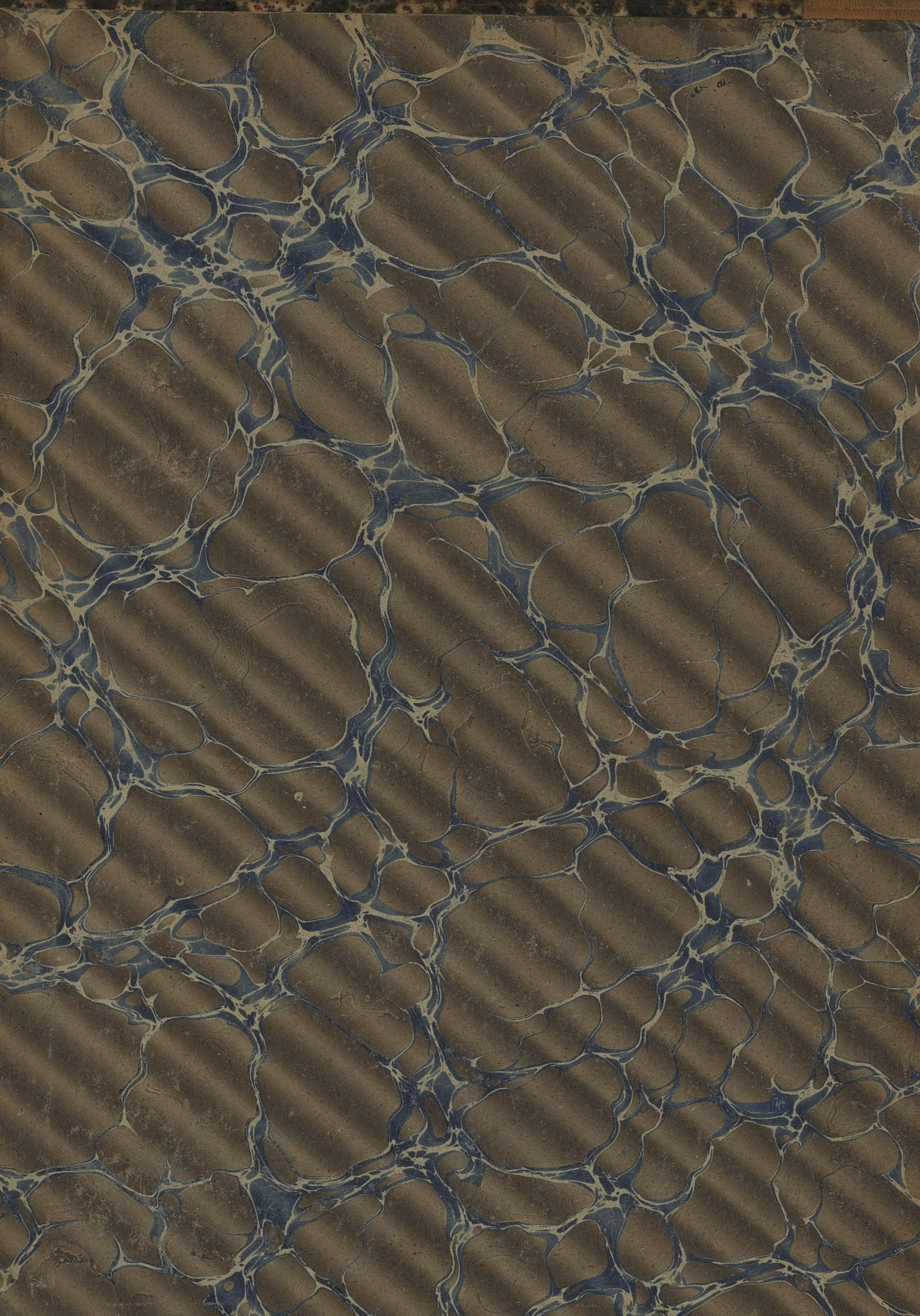
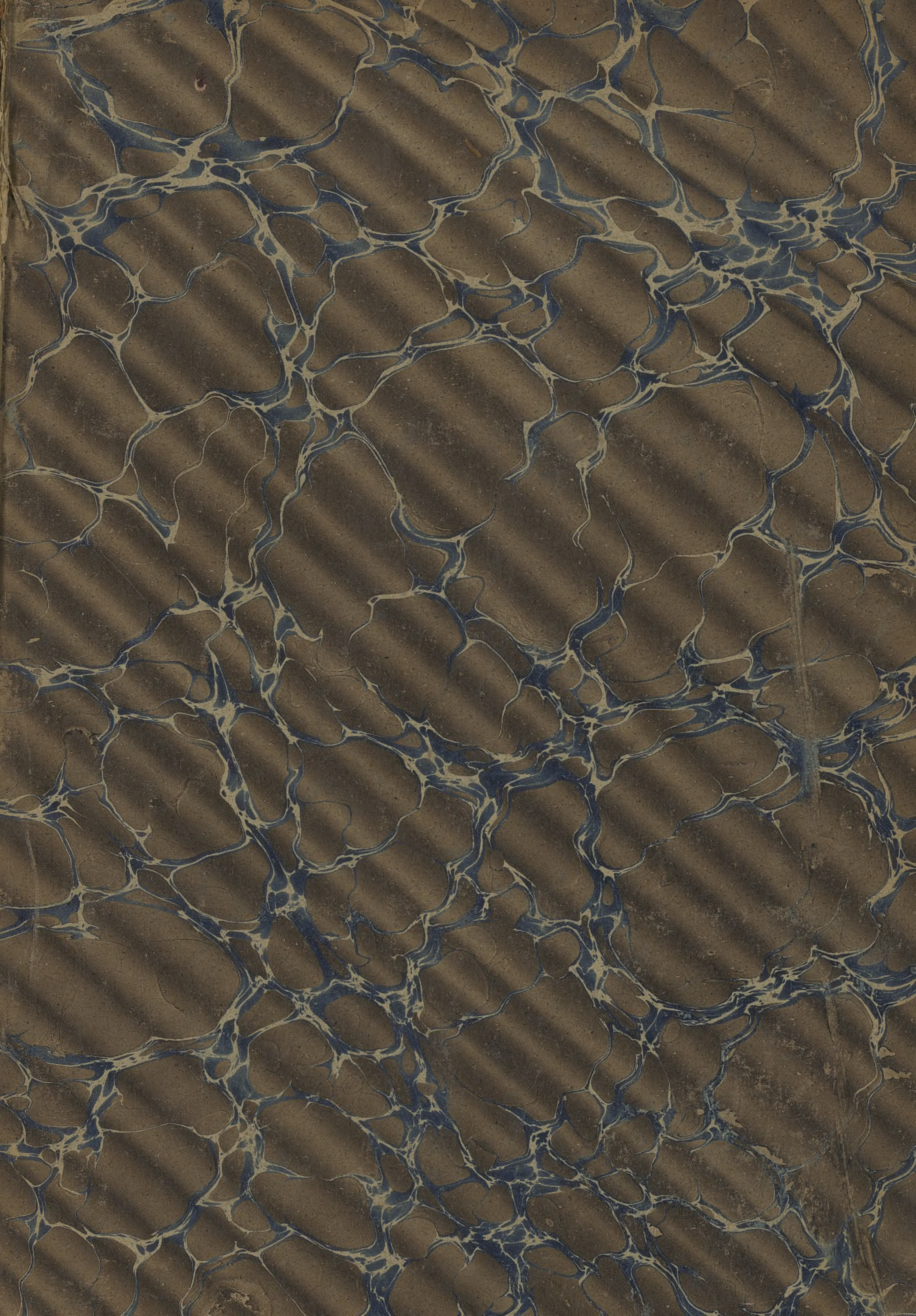
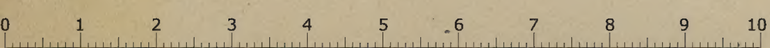

BIBLIOTHÈQUE
de la
FACULTÉ DE MÉDECINE
SR






0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

IMPRIMERIE F. LEVÉ

17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

JOURNAL PARAISSANT TROIS FOIS PAR SEMAINE



SOIXANTE-QUINZIÈME ANNÉE

1902

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1902

GAZETTE DES HOPITAUX

29 mai 1902.

CÉLÉBRATION DU CENTENAIRE DE L'INTERNAT EN MÉDECINE DES HOPITAUX DE PARIS



MONUMENT COMMÉMORATIF DE L'HÔTEL-DIEU

Bas-relief par Donys Puech.

DE L'AN X A 1902

Le 4 ventôse an X, le comte Frochot, préfet de la Seine, sur le rapport d'une commission composée des citoyens Gastaldy, Deschamps, Thauraux, Pelletan, Cullerier et Thouret, prenait un arrêté constituant sur des bases nouvelles le service de santé des hospices civils de Paris. Cet arrêté contenait en substance le règlement qui régit encore l'internat, divisait les élèves en médecine au point de vue hospitalier en élèves *internes* nommés au concours pour 4 ans et en élèves *externes* nommés de la même façon pour 3 ans.

Le 26 fructidor an X (13 septembre 1802), le citoyen Alin, L.-J.-B., était nommé premier de la première promotion de l'internat des hôpitaux de Paris.

Depuis cent ans les concours se sont régulièrement succédés, sauf en l'année terrible de 1870, amenant des promotions de plus en plus fortes de nouveaux élus.

A l'époque lointaine du début le nombre des promus ne dépassait guère la douzaine.

Aujourd'hui, il n'est jamais inférieur à 60 et parfois supérieur à 70.

C'est dire que le temps a amené quelques modifications dans l'organisme de l'internat. Mais, tel qu'il est, même avec les imperfections inhérentes à toute institution, il reste toujours le but désiré de tout étudiant travailleur. C'est encore la seule pépinière, si l'on peut employer ce mot, où se sont recrutés les maîtres d'aujourd'hui, où se recruteront les maîtres de demain.

La vitalité de cette institution déjà centenaire n'est pas à démontrer. C'est toujours le même enthousiasme chez les candidats, la même ardeur, la même fièvre de travail qui, pendant deux années, souvent trois, forcent ces jeunes gens à un dur labeur de tous les jours et de tous les instants.

Quoi qu'on ait pu dire, la jeunesse se forme et se mûrit à cette préparation et lorsque, après quatre années passées au milieu des malades, près de chefs instruits, l'interne devient docteur, il vient prendre place, de droit, parmi ceux que l'on considère comme l'élite du corps médical.

Nous avons dit assez souvent, et sans restriction, la vérité à nos jeunes collègues ; nous avons assez montré, quand cela était nécessaire, les défauts inhérents soit au mode de recrutement, soit au fonctionnement de l'internat pour qu'il nous soit permis de constater aujourd'hui, et sans être taxés de partialité, que l'internat demeure toujours, malgré toutes les attaques, envié, respecté et respectable.

A lire certaines feuilles médicales, le titre et la fonction sont actuellement tombés en quenouille, et dans une dégénérescence voisine de la déliquescence.

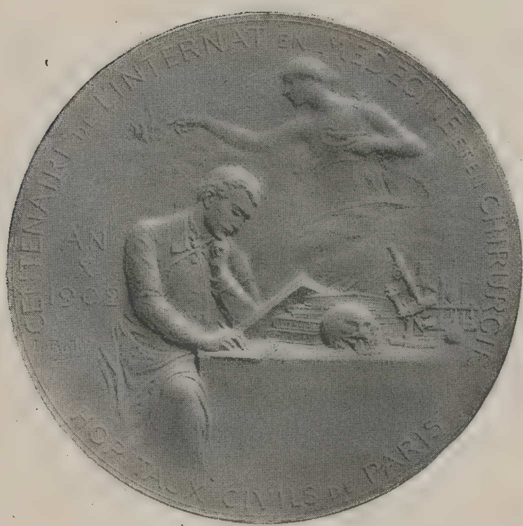
Pour se convaincre du contraire, ceux qui, prenant leurs désirs pour des réalités, annoncent déjà la mort de l'internat, ceux-là, dis-je, n'ont qu'à considérer le nombre toujours croissant des candidats. Si les fils d'anciens internes désirent trop justement comme leurs pères devenir internes à leur tour, nous voyons les fils de médecins qui ne passèrent pas par l'internat, concourir aussi en grand nombre, détruisant ainsi cette légende de la *caste* de l'internat et montrant qu'entre les favorisés du concours et ceux qu'un simple hasard, une mauvaise chance a éliminés,

il ne peut pas y avoir de fossé, mais seulement des souvenirs de camaraderie qui deviendront plus tard des liens de bonne confraternité.

Il est hors de doute néanmoins que des modifications nombreuses vont être mises à l'étude et que le mécanisme actuel ne correspond plus exactement aux nécessités du moment : le champ de la médecine s'est singulièrement transformé; à la clinique, s'est adjoint le laboratoire qui tient une place de plus en plus importante. La chirurgie s'est métamorphosée. Aussi est-il impossible de comparer les conditions de l'internat actuel à celles dans lesquelles il se trouvait en l'an X.

Il faut donc s'attendre à des modifications prochaines dans l'organisme de l'internat. Un siècle ne passe pas, quoi qu'on dise, impunément sur une institution.

Pour cette raison, l'heure n'est pas aux récriminations vaines et futiles. C'est le moment du recueillement et de la concorde. C'est le moment pour les anciens et les nouveaux de se grouper étroitement autour de leur institution séculaire, pour que, l'heure venue des transformations, ils puissent utilement prendre en mains les intérêts des malades, de la science et de leurs jeunes successeurs.





MÉDAILLE COMMÉMORATIVE DU CENTENAIRE

Gravée par L. Bottée.

Cette belle médaille, distribuée à tous les souscripteurs des fêtes du Centenaire, a été gravée gracieusement par le maître L. Bottée.

La face porte les inscriptions suivantes :

Centenaire de l'Internat en médecine et chirurgie.

An X, 1902. *Hôpitaux civils de Paris.*

Au premier plan un interne est représenté à sa table de travail; derrière lui, une figure allégorique personnifiant la médecine;

Au revers, la Ville de Paris encourageant un interne qui panse un blessé. Dans le fond se détachent à gauche l'église et le parvis de Notre-Dame de Paris, en face le portique de l'ancienne École de médecine.

LE CENTENAIRE

O Molière, ton âge est-il si loin du nôtre ?
Il a suffi d'entrer d'un siècle dans un autre
Pour qu'hier devienne jadis,
Et dans le ciel, Monsieur Purgon se désespère
De voir comment ses fils ont renié leur père
Pour devenir ses petits-fils.

Tout croule ! Diafoirus jure par Hippocrate,
Que tout croule, et que la progéniture ingrate
A déshonoré ses berceaux ;
Fleurant crie, et Thomas contemple d'un œil vide
Cette horde d'enfants gâtés qui dilapide
L'héritage auguste des sots !

Ceux qui pontifiaient sont morts. Quand les Augures
Rencontrent, dans les bois de Clamart, leurs figures,
Ils s'esclaffent à pleines dents.
Ils ont fait un grand feu des robes doctorales
Et lancé par-dessus le coq des cathédrales
Le bonnet pointu des pédants.

Bon Molière, regarde un peu ces jeunes hommes,
Et dis si les savants de l'époque où nous sommes
N'ont pas l'air d'être nés de toi ?
Comme toi-même, ils sont les chercheurs de la vie
Qui font leur tâche, avec la palpitante envie
De vivre et de savoir pourquoi.

Sous le tablier blanc et la calotte noire,
Ils sont les ouvriers qui peinent pour la gloire
De bien faire en faisant du bien.
Quand le pauvre a besoin d'un bras qui le soutienne,
Il trouve une pitié qui ressemble à la tienne,
Dans leur cœur qui ressemble au tien !

Il trouve dans leurs yeux un rire qui se penche,
Comme le tien, Molière, et c'est ta verve franche
Qui ressuscite dans la leur.
Car c'est de toi qu'ils ont appris cette science
De poser, ainsi qu'un baume de patience,
Le sourire sur la douleur !

Vers tous les cris, vers tous les râles,
Baignés de lueurs sépulcrales,
Ils vont gaiement et sans dégoût ;
N'ayant ni grands mots, ni grands gestes,
Leur jeunesse se tient debout
Au chevet de toutes les pestes.

Mieux que Dante, ils ont vu l'Enfer,
Tous les châtiments de la chair,
Tous les spasmes des agonies ;
Après l'haleine des fiévreux,
Ils ont respiré les sanies
Que la tombe égouttait sur eux.

Leur charité regarde en face
Tous ceux qu'on fuit, tous ceux qu'on chasse,
Et pour faire à ces délirants
Une fin qui soit presque bonne,
Ils sont les suprêmes parents
Des oubliés qu'on abandonne.

Ils entrent chez la mort en criant : « Nous voici ! »
Ils sont les chevaliers sans morgue et sans souci,
Et leur rire sonne en fanfare :
Rythmant de l'héroïsme en refrains de couplets,
Ils ont les mots de Frère Jean chez Rabelais
Et ceux de Jésus chez Lazare.

Ils sont ceux d'entre nous qui montrent le devoir
De se tourner vers les misères, et de voir
Les torturés de la Géhenne ;
Ils sont les guérisseurs des humbles, et leurs mains,
Expertes au plus pur de nos gestes humains,
Mettent de l'amour sur la haine.

Ils descendent vers la colère des faubourgs,
Et sur la place même où l'appel des tambours
Amoncelait des barricades,
Ils se dressent en des courages éloquents,
Et leur fraternité lève entre les deux camps
L'étendard des bonnes croisades.

O peuple, nous voici debout contre les maux!
Peuple au cœur généreux qu'on trouble avec des mots,
Tu te crois loin, nous sommes proches!
Parce qu'on te déclame, aux carrefours, tu crois
Être seul à traîner le fardeau de ta croix
Parmi les ronces et les roches.

Parce que, pas à pas, sur les cailloux sanglants,
L'œuvre du temps futur chemine à pas trop lents,
O peuple noir, tu t'imagines
Qu'un troupeau de vaincus gît aux pieds des vainqueurs,
Que le monde a deux lois, que la France a deux cœurs,
Et la race deux origines!

On t'a dit qu'au milieu des pourpres et des ors
L'égoïsme bourgeois entasse des trésors
Tandis que tu geins à la peine :
Le trésor qui nous plaît et que nous entassons,
C'est un peu de science avec quelques chansons
Et nous t'en apportons l'aubaine!

Emissaires d'en haut vers les douleurs d'en bas
Nous venons annoncer à qui ne le sait pas
Qu'on vous regarde et qu'on vous aime;
Toute notre richesse habite sous nos fronts,
Et ce que notre effort a conquis, nous l'offrons :
Il n'est don que le don de soi-même.

Donner de l'or, cela n'est plus assez pour nous!
L'or qu'on jette en passant ne comble pas les trous
Creusés entre une classe et l'autre :
Nous nous arrêterons sur le bord du fossé,
Et par-dessus le sang qu'on a déjà versé
Nous verserons un peu du nôtre!

Car nous savons soigner et mourir quand il faut.
Le lit des moribonds fut parfois l'échafaud
Qu'on gravit d'un pied volontaire,
Et rien n'est plus fécond que le sang d'un martyr
Pour arroser la fleur qui s'apprête à sortir,
La fleur d'amour qui sort de terre!

Mais l'âge est trouble, et l'heure est grosse d'avenir
Ce qui veut commencer et ce qui doit finir,
Pressent le temps qui se consomme!
L'homme a trop oublié que l'homme est son égal
Et que, dans la commune angoisse de son mal,
Il n'a pas d'autre ami que l'homme!

C'est pourquoi nous allons à travers les cités,
Visitant les élus et les déshérités
Qu'un même bourreau supplicie,
Et pour joindre l'exemple au conseil, nous passons
Réglant notre labeur et scandant nos chansons
Sur les paroles du Messie.

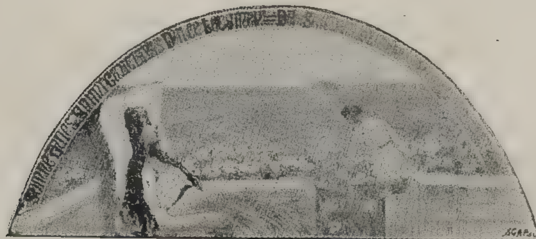
Aidons nous et peinons ensemble vers le mieux!
La haine a trop longtemps hurlé sur nos aïeux
Les noms d'esclaves et de maîtres!
O frères des deux lits, enfants du même toit,
Écoutez-nous, car nous avons touché du doigt
La morne égalité des êtres!

Apprenez-le! le crime est de vous ignorer!
Penchez-vous l'un vers l'autre afin de déchiffrer
Vos énigmes et vos algèbres!
Allez et faites la lumière au lieu du bruit!
Hommes, il n'y a pas de beauté dans la nuit
Ni de pitié dans les ténèbres!

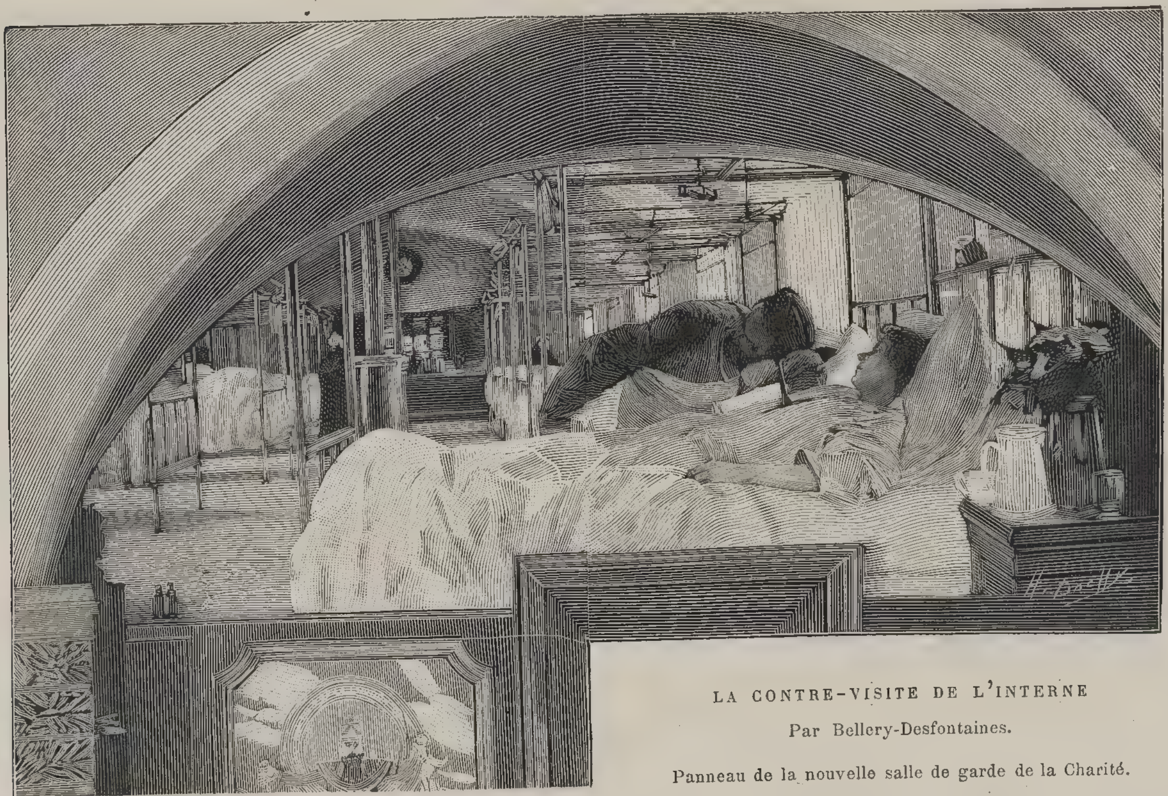
Connaître est le plus sûr commencement d'aimer.
Hommes, ouvrez votre âme, au lieu de la fermer!
Nul de vous n'est digne d'envie.
Tends les bras, toi qui peut! Tends ton cœur, toi qui hais!
C'est par la charité qu'on ira vers la paix,
Et par l'amour qu'on fait la vie.

EDMOND HARAUCOURT.

Paris, le 24 mai 1902.



LES BIENFAITS DE L'OPIUM
Par Isaac.
Tympan du mur sud de la nouvelle salle de garde de la Charité.



LA CONTRE-VISITE DE L'INTERNE

Par Bellery-Desfontaines.

Panneau de la nouvelle salle de garde de la Charité.



VUE D'ENSEMBLE DE LA VIEILLE SALLE DE GARDE DE LA CHARITÉ

Médaillons des professeurs.

CÉLÉBRATION DU CENTENAIRE

Journée du 24 mai 1902.

AU TROCADÉRO

Au mois de février 1902, l'internat des hôpitaux de Paris a atteint sa centième année d'existence. Par suite de diverses circonstances la célébration du centenaire, n'ayant pu avoir lieu à la date fixée, avait été renvoyée au mois de mai.

Samedi, 24 mai, a eu lieu au Trocadéro, dans la salle des Fêtes, une séance solennelle sous la présidence de M. le président du Conseil des ministres.

Un très grand nombre d'anciens internes des hôpitaux y assistaient avec leur famille, ainsi que tous les internes en exercice.

On remarquait sur l'estrade MM. le commandant Fraysse, représentant M. le président de la République; le professeur Brouardel, de l'Institut, président du comité d'initiative; Roujon, représentant le ministre de l'Instruction publique; Escudier, président du Conseil municipal; de Selves, préfet de la Seine, les professeurs Debove, doyen de la Faculté; Guyon, de l'Institut; Raymond, Cornil, Pozzi, Chantemesse, Le Dentu, Pinard, Duplay, MM. Thibierge, Ray. Durand-Fardel, Ziembicki (de Lemberg), Pamard (d'Avignon), Henrot (de Reims); Mourier, directeur de l'Assistance publique; Liard, directeur de l'enseignement supérieur; Lépine, préfet de police, etc...

Les deux doyens des anciens internes, MM. Moissenet (promotion 1835) et Mascarel (promotion 1838), avaient pris place sur l'estrade aux côtés de M. Waldeck-Rousseau.

M. Brouardel prend le premier la parole et rappelle que c'est un des prédécesseurs de M. Waldeck-Rousseau, Chaptal, ministre de l'Intérieur pendant le Consulat, et docteur en médecine de la Faculté de Montpellier, qui a placé, en 1801, sous la direction de son département, le service médical des hôpitaux de Paris.

L'orateur rappelle ensuite les origines modestes de l'internat des hôpitaux de Paris, dont nous avons dit quelques mots plus haut, et il montre combien l'esprit du premier règlement de 1802 était précis.

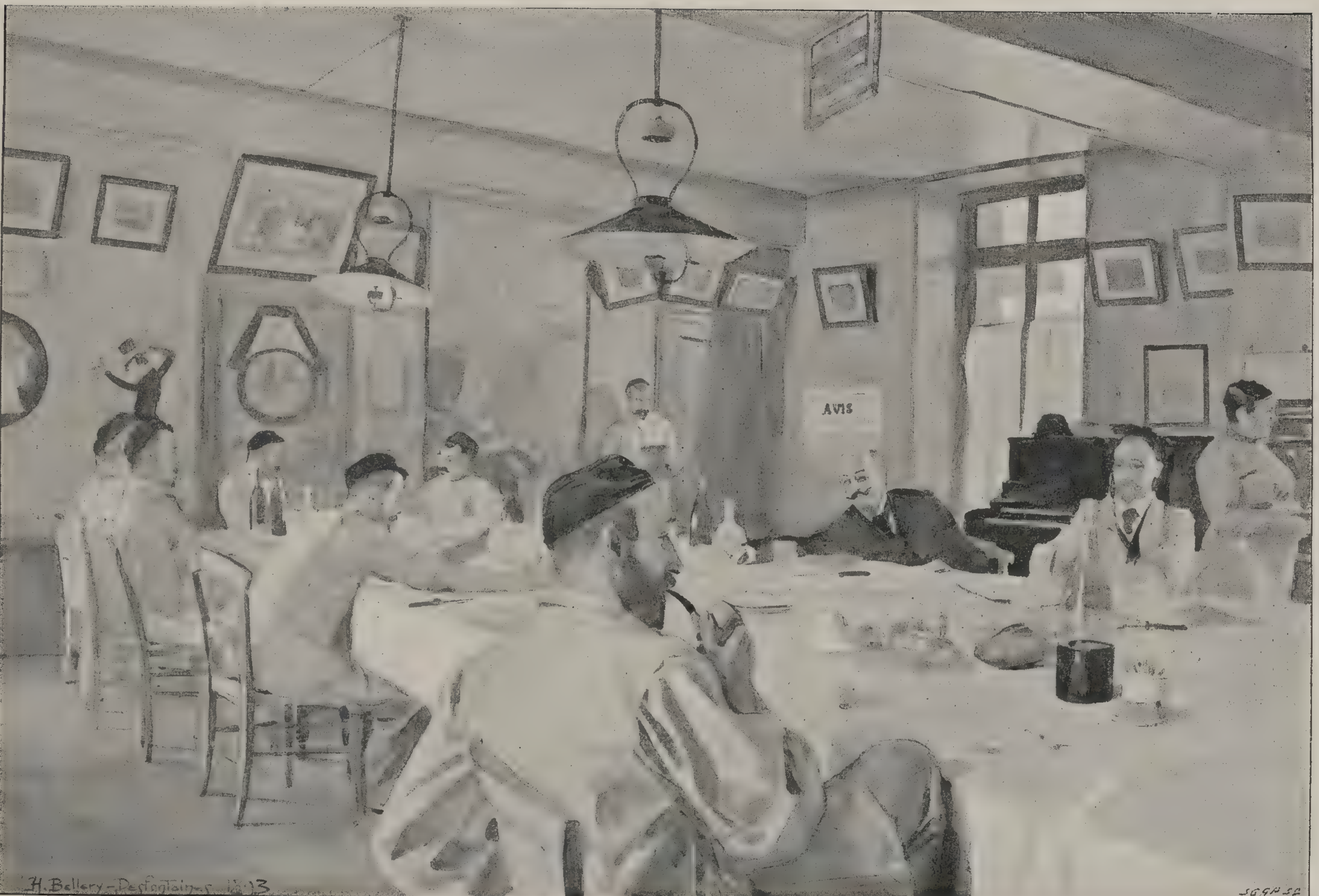
On voulait « que, à toute heure du jour et de la nuit, les malades et les blessés pussent recevoir les soins qui leur sont nécessaires. On pensait qu'en confiant cette surveillance au dévouement de jeunes gens instruits, on plaçait les malades des hôpitaux dans les conditions les meilleures. Depuis lors il s'est écoulé un siècle, le temps a montré que la confiance qui nous était faite était bien placée ».

M. Brouardel montre ensuite qu'aucune institution semblable n'existe à l'étranger : en Allemagne comme en Angleterre, les jeunes médecins assistants, choisis par leurs maîtres, leur doivent tout.

« Vous, au contraire, vous êtes pendant chaque année attachés au service du chef que vous avez choisi. Vous n'êtes la chose de personne; il est bien rare que pendant ces quatre années des liens d'une solide affection ne vous unissent pas à la plupart de vos maîtres. Quand on a vécu tous les jours d'une même vie de travail, quand on a eu les mêmes préoccupations, il s'établit des relations qui ne se rompent jamais : vous appartenez à notre famille intellectuelle. On nous a même parfois reproché de vous trop aimer; je ne sais si cela a les inconvénients que l'on nous a signalés, mais je sais quels avantages cette amitié a pour l'élève et quels avantages surtout y trouve le chef de service. Il vous



HÔPITAL DE LA PITIÉ
Vue extérieure de la salle de garde.



LA SALLE DE GARDE DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS
Dessin de Bellery-Desfontaines.

emprunte une part de votre ardeur juvénile : il est forcé, pour ne pas paraître avoir trop vieilli, de renouveler à votre contact son bagage scientifique...

Telle est l'institution, qui a produit les cliniciens qui ont assuré dans le monde entier la réputation de l'Ecole de Paris. Mais il n'est pas sorti de l'internat que des cliniciens, et cette institution peut revendiquer encore des physiologistes comme Magendie (1803), Claude Bernard (1839), des professeurs d'histoire naturelle comme de Lacaze-Duthiers (1846), Baillon (1853), des hygiénistes comme Fauvel (1835), Bergeron (1840), et des philosophes comme Littré (1826). Messieurs, voilà vos ancêtres, ceux-là ont été illustres, mais tous ont fait leur devoir et ce ne sont pas toujours les plus modestes qui ont rendu le moins de services. »

M. Brouardel conclut enfin de la façon suivante :

« Que sera l'avenir, mes chers camarades? Administrativement l'internat est resté immuable, scientifiquement il a marché avec son temps, et les quelques noms que je viens d'évoquer marquent les dates auxquelles la science médicale a pénétré dans des champs jusque-là inexplorés.

Vous assistez, Messieurs, à la plus grande des révolutions médicales; jamais, depuis les temps les plus reculés, la médecine n'a subi une transformation comparable à celle qui s'est accomplie depuis vingt-cinq ans, depuis Pasteur.

Le terrain sur lequel se développe votre activité se déplace ou plutôt s'élargit. Pardonnez-moi de vous donner des conseils, vous savez peut-être que la vieillesse aime à se livrer à cet exercice innocent, et d'ailleurs, si je me trompe dans mes pronostics, ce sera là un accident qui ne sera pas le premier dans ma carrière.

Ne voyez pas dans les places de médecins des hôpitaux, de professeurs de Faculté, l'unique couronnement de vos efforts. Actuellement, l'encombrement est tel que vous n'arrivez à donner la mesure de votre valeur qu'à cinquante ans, à un âge où les initiatives hardies, où la puissance de travail sont déjà singulièrement atténuées.

Ayez plus confiance en vous. De nouveaux horizons se présentent à vous. La France possède actuellement de vastes colonies. Leur pathologie est à peine entrevue. Des maladies aussi fréquentes que la coqueluche, que la dysenterie ont des noms qui ne figurent même pas encore dans les traités de médecine les plus modernes.

Les maladies du Tonkin, du Sénégal, de Madagascar, diffèrent entre elles autant qu'elles diffèrent de celles de la métropole; laisserez-vous faire toute cette pathologie par nos rivaux scientifiques, les Allemands et les Anglais? Grâce aux échanges incessants, nous portons aux colonies les maladies de notre patrie; nous recevons en échange et peut-être plus nombreuses celles qui leur sont propres.

La médecine elle-même, en France, s'est transformée. Jusqu'il y a vingt-cinq ans, elle était presque exclusivement familiale et curative, elle est devenue essentiellement préservatrice depuis que, grâce à la grande presse, le peuple a connu les travaux de Pasteur, a su qu'il était des maladies évitables, et que celles-ci étaient les plus meurtrières, il a demandé que l'organisation sociale de la médecine lui permît de bénéficier de ces conquêtes. Vous êtes les héritiers des grands hommes dont j'ai évoqué les noms, vous ne laisserez pas à d'autres le soin de faire porter tous leurs fruits à leurs découvertes scientifiques.

Ne vous confinez pas dans la voie étroite des concours, élargissez votre action, vivez dans votre temps, au grand bénéfice de la science et de la patrie. »

Après M. Brouardel, M. Waldeck-Rousseau donne la parole à M. Mourier, maître des requêtes au Conseil d'État, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, qui parle au nom du Conseil de surveillance.

M. le doyen Debove montre ensuite que la Faculté doit « la plus grande partie de son éclat au vaste champ d'observation fourni par les hôpitaux; grâce à la collaboration savante et active de leurs médecins, nous assurons l'instruction scientifique et pratique de 3600 étudiants. Les internes y participent en initiant leurs camarades, moins avancés dans leurs études, aux difficultés de notre art. Espérons que toujours cet enseignement sera prospère, car, si les études biologiques se font hors de l'hôpital, la clinique est l'aboutissement de nos recherches de laboratoire; seule, elle peut faire des praticiens.

Pour marquer les liens qui unissent l'internat à la Faculté, il suffit de rappeler que sur trente-six professeurs, trente et un ont été internes, et en vous adressant ces quelques mots comme doyen, je ne puis oublier, par expérience personnelle, la somme de travail nécessaire pour réussir dans ce concours, et quelle joie donne le succès; elle est proportionnée à l'effort. Jusque-là, nous n'avions reçu que des encouragements ; le jour où nous sommes nommés, nous avons conquis un avantage réel. »

M. Debove termine en faisant des vœux pour l'avenir de l'internat.

Des discours sont ensuite prononcés par MM. Henrot (de Reims), au nom des internes fixés en province, et par M. Ziembicki (de Lemberg), au nom des anciens internes étrangers.

Les paroles de M. Ziembicki, empreintes d'une chaleureuse amitié pour ses anciens collègues et d'une ardente sympathie pour la France, obtiennent un grand et légitime succès. Voici les passages les plus saillants de son discours :

« Fière de ses institutions, de ses universités, de ses écoles supérieures, la France en permit généreusement l'accès aux étrangers qui sont légion, élèves sortis de l'Ecole centrale, des mines, des ponts et chaussées, et près de deux cents de l'internat de Paris, c'est-à-dire cinq pour cent de tout l'effectif séculaire.

En vrai et grand Français, Pasteur pouvait donc proclamer cette maxime :

« La science n'a pas de patrie, l'homme de science en a une. »

Messieurs, cette hospitalité scientifique de la France on doit la mettre d'autant plus en relief, la faire sonner d'autant plus haut, alors que, de l'autre côté du Rhin, trois cents étudiants de race slave viennent d'être expulsés de toutes les universités, comme dangereux pour l'empire, et que les Droits de l'Homme vis-à-vis de nous, dans ces terres qui furent le berceau de notre nationalité, de notre glorieuse histoire et de nos rois, consistent à imposer la langue et le patriotisme germaniques aux enfants à coups de trique, aux mères qui défendent leurs petits à coups de prison.

Est-ce haine aveugle de race, est-ce prescience affolée d'un compte que l'Histoire règlera ? C'est au xxe siècle qu'il appartient de nous le dire.

Messieurs, l'internat de Paris, avec les études préliminaires, implique dix années de séjour en France, et c'est pour nous, étrangers, presque le droit acquis aux lettres de grande naturalisation. La France nous a donné des droits sensiblement égaux à ceux de ses enfants, sans nous demander l'impôt du sang; mais ce sang il se mélangea largement au vôtre quand il fallut défendre votre sol et l'intégrité de votre territoire; et sans remonter au premier Empire, les champs de bataille autour de Paris, dans les Vosges, à Coulmiers et au Mans n'en n'ont pas perdu le glorieux souvenir.

Eh bien! en ce temps de paix, c'est encore à nous de comprendre de quelle façon nous avons à payer la dette sacrée. Nous devons nous considérer non seulement comme vos colons scientifiques jetés à travers le monde, non seulement comme les pionniers de votre génie national et de votre civilisation, sans manquer de chérir celle qui nous est propre ; mais encore, semblables à des sentinelles avancées, nous devons veiller à la sauvegarde de l'idée française qui, à tout prendre, n'est que celle de la vraie liberté.

Messieurs, dans l'internat, nous formons votre légion étrangère et, en guise de drapeau pris à l'ennemi, nous apportons aujourd'hui, dans cette enceinte, le butin scientifique de toute notre vie, les honneurs, les dignités de nos carrières. C'est un tribut qui vous appartient en entier.

. . . .

Remercions la Ville de Paris.

Mais avant tout et au-dessus de tout, inclinons-nous, remplis d'un dévouement qui ne finira qu'avec nos jours, devant l'image grandiose de la France en formant un seul et unique vœu :

Puisse le crêpe qu'elle porte fidèlement à la hampe de son drapeau disparaître à jamais ! »

Ces éloquentes paroles et les nobles idées qu'elles expriment ont été, à diverses reprises, saluées par les applaudissements frénétiques de l'assistance qui a fait, à la fin du discours, une ovation prolongée au professeur Ziembicki.

M. Raymond Durand-Fardel parle enfin au nom du Comité du centenaire dont il a été le très dévoué secrétaire général. Il se félicite avec raison du grand succès obtenu par les fêtes du centenaire,

puisque sur dix-huit cents anciens internes vivants, quatorze cents ont répondu à l'appel du Comité. Enfin M. le président du Conseil des ministres assure les internes et les anciens internes de la sollicitude du gouvernement.

Avant la fin de la séance M. Mourier annonce que les distinctions suivantes ont été accordées par M. le ministre de l'Instruction publique et M. le ministre de l'Intérieur.

Sont nommés officiers d'Académie :

MM. les docteurs Georges Thibierge, médecin de l'hôpital Broca; Paquy, chef de clinique de la Faculté de médecine; Chaillous, anciens internes des hôpitaux ;

Et MM. Laignel-Lavastine et Le Lorier, internes des hôpitaux.

Des médailles d'argent des épidémies sont accordées à MM. les docteurs Guinon, médecin de l'hôpital Trousseau, et Villemin, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, anciens internes des hôpitaux ;

Des médailles de bronze, à M. Tollemer, chef de laboratoire à l'hôpital Bretonneau, ancien interne des hôpitaux ; MM. Hauser, Armand Delille, Bisch, Nattan-Larrier, Aguinet, Gasne, Bergeron, Bergouignan, Civatte, Aubertin, Courtellemont et Latron, internes des hôpitaux.

La musique de la garde républicaine prêtait son concours à cette cérémonie.

AU PALAIS D'ORSAY

Un grand banquet a réuni dans la soirée, sous la présidence de M. Brouardel, anciens internes et internes au palais d'Orsay. Cette fête n'avait aucun caractère officiel, il s'agissait simplement du banquet annuel de l'Association amicale des internes et anciens internes, qui avait largement ouvert ses portes à tous les collègues. Dans la salle où se pressaient plus de *sept cents* convives, le seul protocole observé était l'ancienneté de promotion.

La fête a été particulièrement gaie, on a pourtant discouru — il est vrai, au milieu du bruit intense des conversations particulières.

Le discours de M. Brouardel, fort spirituel, a charmé ceux de ses auditeurs qui ont été assez rapprochés de lui pour l'entendre. Inutile de dire qu'il a été chaleureusement applaudi par tous.

Après M. Brouardel, MM. Pamard (d'Avignon) et J. Reverdin (de Genève), l'un au nom des internes fixés en province, l'autre au nom des internes étrangers, ont vainement essayé de se faire entendre au milieu du tumulte croissant qui accompagnait la fin de ces agapes fraternelles.

On s'est ensuite rendu dans la salle des fêtes où l'on a successivement applaudi divers chansonniers de la Boîte-à-Fursy :

MM. Chepfer, Mevisto aîné, Jules Moy, Fursy et Mme Odette Dulac.

Au programme, figuraient, à côté des chansons rosses, les œuvres de nos collègues Mortagne, Floersheim et Fauquez, qui ont obtenu un légitime succès.

L'enthousiasme a été porté à son comble quand Mevisto a chanté la célèbre chanson de Bicêtre, attribuée au grand Broca, dont le refrain a été repris en chœur par *toute l'assistance*.

Journée du 25 mai 1902.

LE SERVICE COMMÉMORATIF DE NOTRE-DAME

Un certain nombre d'anciens internes avaient pensé qu'il convenait, à l'exemple de ce qui s'était passé pour les centenaires de l'École polytechnique et de l'École normale supérieure, d'honorer par un service religieux la mémoire des anciens internes défunts et en particulier de ceux qui succombèrent victimes de leur devoir professionnel.

Une messe a été célébrée dans ce but, à Notre-Dame, devant une assistance fort nombreuse.

Aucun ancien interne n'étant actuellement dans les ordres, l'abbé Léon Hubert-Valleroux, interne de la promotion 1867, étant décédé, la messe a été dite par l'abbé Gouraud, petit-fils, fils et frère d'interne.

La cérémonie était présidée par S. Em. le cardinal Richard, archevêque de Paris, qui a donné l'absoute.

A L'HOTEL-DIEU

A deux heures de l'après-midi, internes d'hier et d'aujourd'hui étaient de nouveau réunis pour assister à l'inauguration du monument élevé à la mémoire de leurs collègues, morts victimes du devoir.

Dans la cour d'honneur de l'Hôtel-Dieu, adossé à la galerie vitrée qui longe la façade, s'élève le monument commémoratif, œuvre remarquable du maître Denys Puech.

C'est un bas relief, puissamment modelé, qui reproduit l'opération de la trachéotomie chez un enfant atteint du croup. C'est en effet à la diphtérie contractée au chevet des malades qu'ont succombé le plus grand nombre des internes morts victimes du devoir professionnel. L'œuvre de M. Denys Puech est fort bien venue, exacte et largement sculptée dans un très beau marbre.

Au-dessous cette inscription :

A LEURS CAMARADES

MORTS VICTIMES DE LEUR DÉVOUEMENT

PENDANT LEUR INTERNAT

LES INTERNES EN MÉDECINE DES HÔPITAUX CIVILS DE PARIS

MDCCCII-MDCCCCII

A droite et à gauche, sur deux plaques de marbre, les noms des internes morts victimes de leurs fonctions :

1802-1839 (Inconnus).
1839 Bujon (P.-E.).
1839 Chénevière (A.).
1842 Bourgoing (J.-M.-V.).
1843 Faurautier (P.-M.).
1847 Gogué (G.-N.).
1849 Berlié (A.-J.).
1849 Londe (F.-C.).
1853 Zapfle (F.-J.-L.).
1853 Blache (J.-H.).
1855 Provent (E.).
1857 de Saint-Germain (E.-A.).
1863 Chaumel (J.-A.).
1864 Ardouin (J.).
1865 Jubin (L.-L.).
1868 Panthin (P.-E.).
1868 Boussard (G.).
1868 Duprat (C.).
1875 Vallérian (J.-F.-J.).
1879 Abbadie-Tourné (J.).
1880 Herbelin (G.).
1881 Jarry (L.-J.).
1881 d'Olier (J.-H.).
1881 Schaeck (L.).
1882 Courbatieu (E.).
1884 Rivet (G.-M.).
1885 Ayrolles (P.-J.).
1886 Crespin (M.-L.-G.).
1887 Courbarien (P.-C.).
1891 Louis (C.-V.).
1893 Laurent-Préfontaine (J.-M.-J.).
1894 Danseux (F.-M.-M.).
1898 Toupart (L.-P.-C.-A).
1899 Millet (M.-L.).
1900 Nollet (A.-M.).
1902 Follet (R.-M.-L.).

Au nom du comité, M. le professeur Guyon remet le monument à l'Administration de l'Assistance publique : il complimente tout d'abord l'artiste qui « de plein gré, sans vouloir accepter d'honoraires, a

consacré le meilleur de son talent à l'œuvre que voilà. » Il rappelle la disparition de tous ceux, qui avaient fait le rêve si beau de combattre la mort, lorsque celle-ci les a frappés. Puis avec la gravité d'un appel des disparus après la bataille, le vénérable maître dit le nom de ceux qui sont « morts au champ d'honneur » de la fièvre typhoïde, de la variole, de la diphtérie, du choléra. Ces noms — ceux que nous connaissons — sont gravés sur le monument. Malheureusement la liste en est incomplète : beaucoup n'ont pu être retrouvés, les archives de l'Assistance publique ayant été brûlées en 1871.

M. Mourier, directeur de l'Assistance publique, remercie les membres du Comité, et, à son tour, fait en termes émus l'éloge des internes morts à leur poste.

M. Escudier, président du Conseil municipal, a pris enfin la parole.

« Sans médire des lettres, des arts et des sciences qui font le charme et la commodité de l'existence, a-t-il dit, nous estimons de plus en plus que le dévouement est la mesure certaine de la valeur d'un homme et de la puissance d'une nation. Nous croyons chaque jour davantage que nous devons aux héros de la Pensée, aux martyrs de la Liberté, aux soldats morts pour la Patrie, à la foule éclatante ou obscure des victimes du devoir professionnel, ce qu'il y a de plus enviable et de plus pur dans notre patrimoine national, et nous pensons que de leurs actions, de leurs exemples, est faite la poésie la plus émouvante de l'histoire et de la vie. »

Et il a terminé ainsi en s'adressant aux internes :

« Vous seriez moins aimés, moins populaires, si vous n'étiez que des jeunes gens très laborieux et très instruits. Mais on vous accorde une place privilégiée dans la considération générale parce que vous devez pratiquer quotidiennement toutes les formes de la solidarité humaine, de la plus modeste à la plus haute.

Je suis heureux de vous remercier, au nom du Conseil municipal et de la population parisienne, des soins, du zèle, du dévouement et de la science que vous dépensez au service de nos malades, et je salue encore une fois vos morts glorieux, héros d'hier qui feront les héros de demain. »

M. Escudier a été très vivement félicité pour ces énergiques et généreuses paroles, puis, par groupes, lentement, les assistants défilèrent devant le monument.

A L'OPÉRA-COMIQUE

La série des fêtes du centenaire a été clôturée par une fort belle représentation de gala à l'Opéra-Comique.

La salle absolument comble a applaudi *Bastien et Bastienne*, de Mozart, et le deuxième acte du *Médecin malgré lui*, de Gounod, remarquablement mis en scène et chanté par M. Fugère avec son grand talent habituel.

Le vibrant à-propos de M. Ed. Haraucourt que nous publions plus haut a été dit ensuite avec un art infini par le docteur Paul Mounet et Mme Segond-Weber, de la Comédie-Française, et a soulevé les acclamations de l'assistance.

Le si original et artistique programme de H. Bellery-Desfontaines, le peintre aimé des salles de garde, annonçait pour terminer :

F. S. A.

REVUE POUR L'USAGE INTERNE, EN TROIS ACTES,

par MM. Henri DE WEINDEL et Émile PAQUY.

Cette désopilante revue est impossible à raconter : une célèbre aventure de salle de garde, celle du *cochon* que les internes de Bicêtre élevaient avec un soin jaloux... pour le manger à la Noël et qui leur fut enlevé nuitamment par les internes de Beaujon, sert de prétexte à une visite de la salle de garde de Bicêtre, puis à un défilé des actualités médicales.

Tout ceci fut gaiement enlevé par une jeune troupe conduite avec entrain par la plus charmante des commères, Mlle Marthe Régnier.

Grâce à l'obligeance de l'un des auteurs de cette spirituelle revue, notre collègue le docteur Paquy, nous pouvons publier aujourd'hui quelques-uns des couplets qui furent le plus applaudis :

LES CIRCONSCRIPTIONS HOSPITALIÈRES

(Air du *Pompier de Gonesse*).

L'autre jour, c'était dimanche,
Sur le trottoir j'ai glissé,
Je me suis luxé la hanche,
Fracturé le péroné.
Autour de moi on s'empresse,
Des sergots, sur un brancard,
M'enlèvent sans délicatesse
Au bout d'un' bonne heure et quart.

Vers Beaujon on s'carapatte ;
On m' dit là qu'une décision
N' permet plus qu'on s' casse la patte
Hors de sa circonscription.
Sur Saint-Louis, v'là qu'on s' cavale,
On m' dit : « Mon vieux, t'es capot
Du moment qu' t'as pas la gale,
On n' soign' qu' les maladies d' peau ! »

On va comm' des corps sans âmes,
Puis on s'arrête à Broca.
Là, c'est les maladies d' femmes,
Et pour moi c'était *barka* !
Sur Necker, on file ensuite,
Mais un infirmier me dit :
« Si ta vessie n'a pas d' fuite,
R'viens la s'maine des quatr' jeudis ! »

Aux Quinz'-Vingts ? L' directeur braille :
« C' que tu peux t' fouiller, mon vieux,
Si c'est pour la méthode Braille,
Faut d'abord t' crever les yeux. »

« Eh ! bien, vous avez d' l'audace,
M' dit-on à la Charité,
Nous n'avons plus une seule place,
Et faudrait tâcher d' calleter. »

Sur mon brancard, on me dépose.
J' commence à trouver le temps long.
Éreintés, après un' pause,
Vers le Midi nous filons.
Enfin à la porte on sonne,
On est r'çu tout c' qu'il y a d' mieux,
Mais on m'dit : « Il n'entr' personne,
Sans un mot de M'sieur Brieux. »

A Laënnec, Saint-Antoine,
Même accueil, même réception,
J' n'ai pas mal au péritoine,
J' n'ai pas b'soin d'opération.
Tour à tour j' fis connaissance
De chaque hôpital coté,
Mais partout j'eus la malechance
De me voir ainsi boycotté.

Fatigué d' la ritournelle,
On m'a mis au violon,
J' passe en correctionnelle
Dans huit jours comme vagabond.
Cette histoire d'un pauvre homme
Prouve, on ne peut le nier,
Qu' pour s' casser une patte, en somme,
Il faut choisir son quartier.

Grand succès enfin pour le chœur des *Orfèvres* et la *Chanson de Bicêtre* (éditions considérablement élaguées et expurgées pour la circonstance).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.



INTÉRIEUR DE LABORATOIRE
Par Olivier Bon.
Panneau de la nouvelle salle de garde de la Charité.



LA SALPÊTRIÈRE
La salle de garde en plein air.

N° 1. — JEUDI 2 ET SAMEDI 4 JANVIER 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 2 ET SAMEDI 4 JANVIER 1902. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Les chorées symptomatiques.

Par M. Louis Rénon,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin des hôpitaux.

I

Discussion. — La chorée (χώρεια, danse), danse de Saint-Guy, *Chorea sancti Viti*, est caractérisée par une série de mouvements désordonnés, inégaux, irréguliers, essentiellement arythmiques.

Depuis Sydenham, à côté de la chorée vraie, essentielle, on décrit des chorées symptomatiques. Que faut-il entendre sous ce nom de symptomatique? C'est, au début de cette étude, un point capital à élucider, et je dois y insister longuement pour la délimitation exacte de mon sujet.

Bouteille, reprenant en 1810 la description de Sydenham, divise la chorée en chorée vraie essentielle, et en chorées secondaires, deutéropathiques, parmi lesquelles il désigne des affections spasmodiques, à symptômes choréiformes, différant de la chorée, des fausses chorées.

G. Sée, dans sa célèbre description de la chorée, tend à élargir le cadre de la chorée symptomatique, indiquant bien que la chorée est généralement fonction du rhumatisme; mais, dit-il, « ce sont des faits insaisissables pour l'anatomiste. »

Tant que la lésion n'a pas été constatée, et tant que le rapport anatomo-clinique n'a pas été démontré, peut-on affirmer qu'une affection est symptomatique? Non, et Charcot a pu très justement dire : « Derrière toute perturbation fonctionnelle révélée par la clinique, il y a pour l'anatomo-pathologiste un problème résolu ou à résoudre, une lésion délicate ou grossière, passagère ou durable, à trouver et à décrire. »

Quelles lésions a-t-on trouvées dans la chorée, et existe-t-il des chorées avec lésions?

Si l'on jette un coup d'œil sur toutes les chorées, on voit d'abord la *chorée de Sydenham*, chorée essentielle, qui se développe dans le jeune âge, avec son instabilité motrice et psychique, et qui guérit; jusqu'ici, on ne lui connaît pas de lésions.

A côté de cette chorée curable, se place la chorée qui ne guérit pas, la *chorée mortelle* [Trousseau, Charcot, Powel, Dieulafoy (1)]. Elle débute par un état mental particulier, véritable psychose choréique avec hallucinations et hyperthermie, et se termine par la mort en quelques jours. Les autopsies sont exceptionnelles ; dans le cas de Charcot (2), l'examen purement négatif autorise « un rapprochement entre l'état de mal choréique et l'état de mal épileptique »; dans le cas de Silvestrini (3), les lésions cérébrales et médullaires sont encore trop vaguement déterminées pour qu'on puisse les juger sûrement spécifiques de la chorée mortelle. Et, s'il existe de l'endocardite, sans autre lésion viscérale, il semble impossible d'admettre ces embolies que Senhouse Kirkes et Broadbent lançaient si facilement dans les zones choréigènes.

Existe-t-il aussi des lésions dans ces *chorées réflexes*, consécutives aux vers intestinaux (Stoll), à la dentition difficile (Bonnel), aux émotions vives, à la piqûre de certains insectes, à la pénétration des échardes de bois, aux lésions naso-pharyngées (Jacobi), etc., et qui disparaissent, dès que la cause du réflexe est supprimée?

Est-il possible de trouver des lésions dans la *chorée des femmes enceintes*, chorée pouvant récidiver à chaque grossesse, et de pronostic grave (Jaccoud)? La cause de cette variété de chorée est mal déterminée; la théorie de l'embolie ne saurait justifier la majorité des faits, et la part du réflexe (Fonteneau), de l'auto-intoxication (Tarnier, Pinard) et surtout de l'hystérie [Hocquet, Oui (4)] est considérable dans la pathogénie; la grossesse n'intervient que comme une cause singulièrement prédisposante.

Existe-t-il des lésions dans ces chorées, encore mal connues, consécutives à l'*intoxication intestinale entéro-colique*, comme chez cet enfant, atteint d'entéro-colite toxique, recouvert d'érythèmes successifs et multiples, qui, chaque nuit, était pris de mouvements choréiques, usant presque la peau de ses coudes, et répétant sans cesse, sur le mode

(1) Dieulafoy. Un cas de chorée mortelle, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1896-97, p. 148.

(2) Charcot. *Leçons du mardi*, 1888, p. 104.

(3) Silvestrini. *Congrès italien de médecine interne*, octobre 1898.

(4) Oui. La chorée gravidique, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 28 avril 1901, p. 400.

des tiqueurs écholaliques, le dernier mot prononcé devant lui [Hutinel (1)]?

Existe-t-il des lésions dans ces chorées succédant à la *chlorose*, aux *fièvres paludéennes*, aux *fièvres éruptives*, au *mal de Bright*, à la *tuberculose*, à l'*anémie*, à la *syphilis*, à la *blennorragie*, etc.?

Existe-t-il des lésions dans ces chorées *hystériques*, *épileptiques*, *basedowiennes* (Gros, Gagnon, Guéneau de Mussy, Dieulafoy), dans ces *chorées des dégénérés*, « caprices de la fonction musculaire » [Brissaud (2)], s'accompagnant de dégénérescence mentale et de torticolis mental avec mouvements parfois hémichoréiformes [Feindel et Meige (3)]?

Dans tous ces cas, il doit certainement exister des lésions, mais nous ne les connaissons pas à l'heure actuelle. Et cependant le démembrement de la chorée s'opère tous les jours, comme s'opère le démembrement de l'épilepsie. Rien n'est à cet égard plus convaincant que l'histoire de la *chorée chronique héréditaire* de Huntington ; c'était, il y a une douzaine d'années, une maladie essentielle, sans lésions, et maintenant elle est justiciable d'une atrophie cérébrale très accusée [Lannois et Paviot (4)]. Je puis encore citer les recherches intéressantes de Fornaca (5) : chez une fillette de quatorze ans, au cours d'un érysipèle de la face, cet auteur vit se développer des mouvements choréiques, qui guérirent par la suite ; la ponction lombaire permit de constater la présence du streptocoque dans le liquide céphalo-rachidien, preuve d'une lésion temporaire qui a rétrocédé par la suite.

En recherchant si minutieusement l'existence de lésions dans les différentes variétés de chorée, j'ai l'intention évidente de considérer seulement comme symptomatiques les chorées avec lésion. Cette conception me paraît la seule plausible aujourd'hui, si l'on veut donner une idée nette des chorées symptomatiques. Ce n'est pas une solution définitive, mais une solution *temporaire* de la question, un chapitre d'attente de la pathologie nerveuse au début de l'année 1902. Elle avait été proposée dès 1895 par M. Lannois qui la maintient à très juste titre en 1898 (6).

Les chorées symptomatiques, chorées avec lésions évidentes, comprennent dès lors trois grandes classes, l'*hémichorée hémiplégique* (pré ou post-paralytique) associée à l'athétose, la *chorée congénitale* et enfin la *chorée symptomatique généralisée*. Si les causes, les symptômes et les lésions de ces chorées sont distinctes, elles sont reliées les unes aux autres par un grand trait clinique commun, leur incurabilité.

II

Étiologie. — Il n'est pas besoin d'insister sur les causes des chorées symptomatiques; elles sont toutes diverses selon la classe de chorées considérée.

L'âge y joue un rôle incontestable, puisqu'on rencontre les hémichorées hémiplégiques surtout dans l'âge adulte et dans l'âge avancé, et les autres chorées de préférence dans le jeune âge et même chez le nouveau-né.

(1) Hutinel. Entéro-colites aiguës avec accidents graves chez les enfants (choléra sec), *Semaine méd*, 1899, p. 25.

(2) Brissaud. Chorée variable, *Revue neurol.*, 1896, n° 14, et *Presse méd.*, 15 février 1899, n° 13.

(3) Feindel et Meige. Soc. de neurol., 7 novembre 1901.

(4) Lannois et Paviot. *Congrès des neurologistes*, Toulouse, 1897.

(5) Fornaca. *Riforma medica*, 1er avril 1901, an XVII, vol. II, n° 3.

(6) Lannois. Classification des chorées arythmiques, *Revue neurologique*, 1895, p. 66, et *Traité de thérapeutique appliquée* (de Robin), fasc. XV, 1898, p. 303.

L'hérédité nerveuse, et l'hérédité toxique, par intoxication des parents, telle que l'alcoolisme, la syphilis surtout, doivent entrer en ligne de grand compte.

III

Étude clinique. — A. Hémichorée hémiplégique et hémiathétose organiques. — L'hémichorée, ou chorée d'un seul côté (Weir Mitchell, Charcot, Raymond, Grasset, Boinet, Touche), et l'hémiathétose (ἄθετος, sans position fixe) (Hammond) doivent être décrites dans un même chapitre, l'une après l'autre, car elles sont souvent inséparables en clinique.

L'hémichorée hémiplégique est caractérisée par des « mouvements, se montrant dans les membres supérieurs et inférieurs, du côté qui est depuis quelque temps le siège de l'hémiplégie ou qui le sera bientôt, mouvements analogues à ceux de la chorée ordinaire, en ce sens qu'ils sont comme ceux-ci involontaires, qu'ils s'exagèrent pendant les mouvements intentionnels, et qu'ils sont continus, excepté pendant le sommeil » [Raymond (1)].

L'hémichorée hémiplégique est pré-paralytique, paralytique ou post-paralytique.

L'*hémichorée post-paralytique* débute quand l'hémiplégie de mouvement commence à guérir, souvent au bout de cinq à six mois, lorsque les jambes et les bras reprennent leur souplesse, au moment où les malades, revenus à la santé, récupèrent toutes leurs fonctions viscérales avec un bon état général.

D'abord faibles, peu étendus, les mouvements augmentent d'ampleur, arrivent à leur maximum, s'accompagnent d'hémianesthésie et peuvent, comme elle, persister jusqu'à la mort.

Au repos, cette hémichorée se manifeste par l'instabilité des membres affectés, alors même que le malade ne veut faire aucun mouvement, et il lui est impossible de maîtriser cette action. La main ne peut rester tranquille ; des secousses brusques ou inattendues étendent ou fléchissent les doigts, et font mouvoir l'avant-bras sur le bras. Au membre inférieur, les muscles droits antérieurs de la cuisse et les vastes se contractent sans cesse et soulèvent la rotule d'une façon presque régulière, les muscles de la jambe portent le pied alternativement dans l'abduction et l'adduction, dans la flexion et l'extension.

Tous ces mouvements s'exagèrent sous l'influence de la volonté et pendant l'action. Dans la marche, la jambe se fléchit sur la cuisse ; le pied est projeté en dedans et en dehors, la pointe du pied se relève et se baisse alternativement ; quand le pied va toucher le sol, il décrit une courbe oscillatoire, et les mouvements se communiquent au corps tout entier.

La maladresse succède à la perte de l'habileté manuelle, et devient excessive ; la préhension des objets et l'écriture sont impossibles.

Dans la conversation, la face grimace, comme dans un tic facial.

L'ouverture ou la fermeture des yeux n'a aucune influence sur l'hémichorée qui cesse complètement pendant le sommeil.

Associée à une hémiplégie incomplète du mouvement, l'hémichorée s'accompagne toujours d'un certain degré de légère contracture des muscles du bras et de la jambe;

(1) F. Raymond. *L'hémianesthésie, l'hémichorée et les tremblements symptomatiques.* Thèse de Paris, 1876, p. 28.

jamais il n'y a d'atrophie musculaire, ni de déformation (Raymond).

L'hémianesthésie est complète : elle atteint le bras, la jambe, la face et les organes des sens.

Cette hémichorée post-paralytique persiste, comme l'hémianesthésie, jusqu'à la mort des malades; elle est donc essentiellement incurable.

L'*hémichorée pré-paralytique* débute immédiatement à la suite de l'apoplexie : tel ce malade de Grasset qui tombe dans un escalier tenant une fiole à la main, et se relève avec une hémichorée du membre inférieur. Le début peut même se faire sans ictus et sans perte de connaissance [Boinet (1)].

Cette hémichorée évolue de deux façons différentes (Raymond). Dans l'une, aussitôt après l'attaque apparaissent les mouvements choréiques, puis le coma survient au milieu d'un état cérébral grave, bientôt suivi d'hémiplégie, et souvent d'hémianesthésie; les mouvements choréiques disparaissent, et le malade succombe en huit, dix ou vingt jours. Dans l'autre, on note plusieurs attaques d'hémiplégie et à chaque nouvelle attaque l'hémichorée précède l'hémiplégie, souvent associée à l'hémianesthésie; l'hémichorée et l'hémiplégie finissent par guérir, jusqu'à l'attaque ultime qui se termine par la mort.

Dans cette hémichorée, le côté atteint peut présenter un affaiblissement marqué, avec atrophie musculaire, sous la dépendance d'une dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal (Boinet); les mouvements volontaires n'exagèrent pas l'amplitude de cette hémichorée dont les secousses diminuent même légèrement sous l'influence d'une vive émotion, caractère qui n'existe pas dans l'hémichorée post-paralytique (Boinet).

L'*hémichorée et l'hémiplégie* peuvent apparaître ensemble. Un malade de Touche « portait une assiette de la main gauche; il ressentit une brusque faiblesse dans le bras et vit sa main exécuter des mouvements alternatifs de pronation et de supination. Le malade ne perdit pas connaissance, n'eut pas le moindre trouble de la parole. La jambe gauche devint faible, mais ne présenta pas de mouvements involontaires (2) ». Il y a donc, dans quelques cas, simultanéité des symptômes choréiques et hémiplégiques.

L'*hémichorée* s'accompagne souvent d'*hémiathétose*, c'est-à-dire d' « un mouvement incessant des doigts et des orteils et d'une impossibilité de maintenir ces parties dans la position, quelle qu'elle soit, où l'on cherche à les fixer » (Hammond). L'hémiathétose n'est en réalité qu'une variété clinique d'hémichorée, une hémichorée mitigée (Oulmont). Elle se caractérise par des mouvements de reptation, de tentacules de poulpe qui sont permanents et existent au repos. Il y a souvent, en pareil cas, fusion des deux symptômes hémichorée et hémiathétose en un syndrome athétoso-choréique (Brissaud et Hallion).

L'hémichorée peut revêtir une *série de formes cliniques* qu'on peut classer de la façon suivante :

1° *Hémichorée hémiataxique* (Grasset), dans laquelle l'irrégularité des contractions choréiques est extrême; mais, contrairement à ce qui se passe dans l'ataxie, l'occlusion des yeux n'exagère pas les mouvements.

(1) Boinet. De l'hémichorée pré-paralytique, *Arch. gén. de méd.*, t. I, 1900, p. 41.

(2) Touche. De l'hémichorée organique, *Archiv. gén. de méd.*, t. I, 1900, p. 288.

2° *Hémiathétose supérieure* (Touche); c'est l'athétose classique avec ses mouvements d'extension forcée et d'écartement des doigts, ainsi que de pronation et de supination de la main.

3° *Hémichorée brachiale* (Touche). Dans cette forme, le mouvement qui domine est le haussement de l'épaule, accompagné de mouvements de flexion et d'extension du coude.

4° *Hémichorée brachio-athétosique*, combinaison des deux formes précédentes (Touche).

5° *Hémiathétose totale*, caractérisée par la présence aux orteils, de mouvements analogues à ceux que l'on observe aux doigts (Touche).

6° *Hémichorée rythmée*, forme rare, sorte de transition entre la chorée et l'épilepsie (Touche).

7° *Hémichorée double* (Touche), partielle ou totale.

B. Chorée congénitale. — La chorée congénitale se présente sous deux formes cliniques distinctes, une forme flaccide et une forme avec contracture.

La forme *flaccide*, sur laquelle Ballet (1) et Vignaut [de Saint-Florent (2)] ont attiré l'attention, ressemble à la chorée héréditaire chronique tardive de Huntington, mais elle est précoce, débutant à la naissance, chez des enfants qui marchent tardivement, ne parlent qu'à trois ans, et sont d'une intelligence fort au-dessous de la moyenne.

L'accord n'est pas encore fait sur la place nosologique exacte de cette chorée. Tandis que les uns la font rentrer dans le cadre de la chorée de Huntington, les autres (Lannois) la classent dans la seconde variété, chorée avec contracture, puisqu'il a été possible d'y rencontrer parfois un syndrome de Little atténué, avec légère exagération des réflexes.

Cette forme *avec contracture*, raideur musculaire et exagération des réflexes, s'accompagne d'hémiplégie ou de diplégie spasmodique, congénitale, reproduisant le syndrome de Little, ou acquise, à la suite de symptomes cliniques aigus, fébriles, d'attaques épileptiformes, et du changement de l'état flaccide du membre paralysé en un certain degré de contracture. La chorée complète ou l'hémichorée se superpose au syndrome de Little, et l'aspect de l'enfant devient tout à fait caractéristique. Les membres inférieurs sont rigides, les cuisses rapprochées, les genoux collés l'un contre l'autre, les jambes en demi-flexion sur les cuisses et en adduction, les pieds en équin se touchant par leur pointe; la démarche est soit celle des digitigrades, reposant sur la pointe du pied, soit celle des gallinacés, se dandinant avec le tronc.

L'athétose se joint souvent aussi à la chorée congénitale (Freud) pour former un syndrome athétoso-choréique avec *athétose double* (Audry). Il se caractérise par la rigidité musculaire, la contracture, les troubles intellectuels et les mouvements athétosiques; la face est grimaçante, les mains sont animées de mouvements incessants de flexion et d'extension, semblables à ceux des danseuses javanaises, et limités par la limite même de l'extension articulaire.

C. Chorées généralisées, symptomatiques d'une lésion nerveuse. — La chorée généralisée peut être symptomatique de la paralysie générale (Golgi, Brissaud), des tumeurs intracraniennes (Raymond), de tumeurs multiples de la dure-

(1) Ballet. La chorée congénitale, *Bulletin méd.*, 1896, p. 225.

(2) Vignaut (de Saint-Florent). *La chorée congénitale*, Th. de Paris, déc. 1895.

mère (Mac Leade), de la méningite (Lannois) ; elle peut être consécutive à un traumatisme cranien, résultant de la chute sur la tête d'un lieu élevé (Lannois). Dans tous ces cas, la chorée se superpose encore aux autres signes de chacune des affections énumérées. Elle existe aussi dans l'hérédo-ataxie cérebelleuse et dans la maladie de Friedreich : elle rend beaucoup plus pénible la situation des malades ; la démarche ébrieuse devient saccadée, et les mouvements de planement sont tout à fait incohérents.

D. Pronostic. — Le pronostic des chorées symptomatiques, comparé à celui des autres chorées qui sont plus ou moins bénignes, est de la plus haute gravité. Ces chorées sont essentiellement incurables et durent autant que la vie même du malade.

L'hémichorée hémiplégique pré ou post-paralytique est incurable. La chorée congénitale, qu'elle ressemble à la chorée de Sydenham ou qu'elle se surajoute au syndrome de Little, est incurable. Les chorées symptomatiques généralisées sont incurables aussi. C'est donc là un de leurs caractères cliniques des plus constants et de la plus haute valeur.

III

Diagnostic. — Pour établir le diagnostic, souvent difficile, des chorées symptomatiques, il faut considérer successivement les chorées généralisées et l'hémichorée.

A. Chorées généralisées. — Il n'y aura d'abord pas lieu de distinguer la chorée de l'*athétose*, puisqu'on peut rencontrer ces deux affections réunies dans la fusion du syndrome athétoso-choréique.

La *chorée vraie de Sydenham* est, chez l'enfant, bien différente de la chorée symptomatique ; la recherche du syndrome de Little complet ou simplement ébauché sera, dans la plupart des cas, le point le plus important du diagnostic, en tenant compte aussi des signes cliniques et du début si spécial de la chorée de Sydenham avec son instabilité motrice et psychique.

La *chorée chronique* de Huntington est essentiellement héréditaire, et la valeur de cette notion d'hérédité est telle que, dans une seule famille, Lannois a compté dix-sept choréiques. Quand l'hérédité n'est point franchement choréique, mais similaire, la distinction est moins aisée, puisque, comme je l'ai déjà fait entrevoir, cette classe de chorée est peut-être capable d'établir une transition entre les chorées essentielles et les chorées symptomatiques.

La *chorée hystérique* peut simuler la vraie chorée de Sydenham [Debove (1)] ; le diagnostic n'est point toujours facile, même en recherchant tous les stigmates de l'hystérie. Il n'en est plus de même quand il s'agit de la vraie chorée rythmique hystérique, où l'aspect des malades animés d'accès de mouvements rythmiques rotatoires, saltatoires, malléatoires (mouvement du forgeron frappant sur l'enclume), natatoires, etc., est vraiment caractéristique. Si l'hystérie n'est que mono-symptomatique, il est rare que la chorée persiste indéfiniment ; toujours, au bout d'un certain temps, une tendance au changement se manifeste, et bientôt un nouveau symptôme névrosique apparaît. Cela est surtout vrai dans la chorée arythmique hystérique ; dans cette variété, on devra encore tenir compte du mode de début brusque, à la suite d'une émotion [Carrière et Sonneville (1)], de la découverte de zones choréiques et de l'influence de la suggestion pratiquée à l'état de veille ou dans le sommeil hypnotique (Moussous).

La *chorée de Bergeron* et la *chorée électrique de Dubini* ont leurs secousses musculaires rapides, leur accélération du pouls, leur température élevée, leur état apoplectique, leurs décharges électriques rythmiques. Ce ne sont point de vraies chorées (Jaccoud).

Il me suffit de citer l'*ataxie locomotrice progressive*, *la paralysie agitante*, la *sclérose en plaques* et la *pseudo-sclérose en plaques* : il est inutile d'en approfondir le diagnostic.

Les vraies difficultés de la diagnose des chorées symptomatiques, dans les formes généralisées, se rencontrent dans les affections qu'il me reste encore à examiner.

La *maladie des tics convulsifs* (Charcot, Gilles de la Tourette) peut présenter de grandes analogies avec la chorée ; mais, si son évolution est suivie avec grande précision, on note des différences appréciables. Dans la maladie des tics, les mouvements sont brusques, rapides, instantanés ; ce sont toujours les mêmes mouvements se succédant dans le même ordre, au lieu d'être changeants et variés ; les mouvements sont systématisés, tels les mouvements de clignotement, de reniflement, de crachotement ; ils surviennent par accès ; le malade, par effort de sa volonté, peut les arrêter pendant un temps plus ou moins long, mais, l'effort terminé, ils recommencent plus violents qu'auparavant ; les tiqueurs, enfin, répètent volontiers les mots orduriers et grossiers (coprolalie), et ils redisent involontairement les mots et souvent les derniers mots qu'ils ont entendu prononcer (écholalie).

La *chorée variable des dégénérés* (Brissaud) n'est pas une vraie chorée ; elle est intermédiaire à la maladie des tics convulsifs et au paramyoclonus multiplex, mais elle constitue un type clinique indiscutable et dont « la nécessité s'impose » [Moussous. (2)]. Elle se développe chez les dégénérés à hérédité chargée ; le père d'un de ces malades était « alcoolique, absinthique, et restait cinq à six jours sans désoûler » (Brissaud). Elle commence d'abord par des mouvements choréiques, qui cessent au bout d'un temps plus ou moins long, puis elle se termine en se transformant en maladie des tics convulsifs avec coprolalie.

Le *paramyoclonus multiplex* (Friedreich) se caractérise par des secousses musculaires semblables à des décharges électriques ; ces secousses sont plus violentes dans les muscles des membres inférieurs et surtout dans le triceps crural ; la face est généralement respectée.

Le *tic de Salaam* atteint les très jeunes enfants, de sept à vingt mois, et il est rare dans la seconde enfance, exceptionnel dans l'adolescence. Il se compose de mouvements alternatifs de flexion et d'extension de la tête sur le cou, accompagnés de très fréquents mouvements rotatoires de la tête (on en compte cent à la minute) se répétant par accès. Ces accès débutent par une aura, provoquent des mictions involontaires et ressemblent au petit mal épileptique.

Voilà les principaux symptomes des maladies qui ressemblent le plus aux chorées symptomatiques généralisées : leur étude et leur recherche attentives permettraient le diagnostic dans la plupart des cas.

(1) Debove. De l'hystérie simulant la chorée de Sydenham, *Soc. méd. des Hôpitaux*, 18 octobre 1890.

(1) G. Carrière et F.-D. Sonneville. La chorée arythmique hystérique de l'enfance, *Archives générales de médecine*, octobre 1901, p. 399.

(2) A. Moussous. *Congrès de pédiatrie de Nantes*, septembre 1901.

B. Hémichorée. — Si l'hémichorée existe seule, elle peut très bien simuler le *tremblement des hémiplégiques*. Ce tremblement toutefois ne se produit pas au repos, et pour l'observer, il faut le provoquer par des mouvements intentionnels. La forme du mouvement est aussi différente ; dans la chorée, le mouvement est irrégulier, sans oscillations; dans le tremblement, le mouvement est régulier, rythmique, par petites secousses, avec oscillations toujours dans le même sens, et de part et d'autre de la position d'équilibre (Grasset). Ces caractères permettent de séparer l'hémichorée du tremblement, quelle que soit son origine, tabes dorsal spasmodique, sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, paralysie agitante, etc.

C. Valeur séméiologique de l'hémichorée symptomatique. — Cette valeur séméiologique, considérée comme très grande, il y a quelques années, quand toute hémichorée semblait relever d'une lésion du segment postérieur de la capsule interne, en avant du faisceau sensitif dans la partie lenticulo-optique de la capsule, est beaucoup plus discutée aujourd'hui. Je montrerai par l'étude des lésions essentiellement variables que la localisation est devenue beaucoup moins précise ; cela tient à l'incertitude qui règne encore sur l'anatomie et la physiologie pathologiques des chorées symptomatiques, encore très insuffisamment connues.

IV

Anatomie et physiologie pathologiques. — Les lésions sont différentes dans les chorées symptomatiques généralisées, dans les chorées congénitales et dans l'hémichorée hémiplégique.

A. Chorées symptomatiques généralisées. — Les lésions sont variables, diffuses, et peuvent se généraliser à tout l'encéphale. On a successivement décrit des hématomes méningés, de la méningo-encéphalite diffuse (Golgi), des tumeurs de la dure-mère et du cerveau (Raymond), de la thrombose du sinus longitudinal supérieur (Reinhold), et des tumeurs des tubercules quadrijumeaux (Klippel). Ce sont donc des lésions disparates, sans aucune tendance à une ébauche quelconque de systématisation.

B. Chorées congénitales. — Ici encore, la multiplicité domine. C'est tout d'abord la lésion initiale de l'encéphalopathie infantile, avec l'encéphalite traumatique ou non, le foyer d'hémorragie ou de ramollissement, la sclérose lobaire, la porencéphalie, la méningite diffuse; c'est ensuite l'envahissement du faisceau pyramidal, de la capsule interne, des corps opto-striés par le processus atrophique. Dans tout cet ensemble anatomique, il n'y a rien de bien spécial à la chorée.

C. Hémichorée hémiplégique. — L'hémichorée hémiplégique a été nettement localisée par beaucoup d'auteurs.

MM. Charcot, Raymond, Grasset, dans sept cas d'*hémichorée pré-paralytique*, ont trouvé la lésion, hémorragie ou ramollissement, localisée au segment postérieur de la capsule interne, en avant du faisceau sensitif, dans le segment lenticulo-optique. Cette hémichorée peut avoir aussi une *origine corticale*, chez les paralytiques généraux (Brissaud, Boinet); les mouvements choréiques tiennent alors à la lésion de la partie correspondante et périphérique du faisceau pyramidal [Sage (1)] ou à des lésions diffuses de l'écorce et des suffusions hémorragiques des méninges [Mongin (1)]; tels encore des cas de méningite tuberculeuse avec mouvements choréiformes [Boinet (2), Boucarut (3)], déterminés par des lésions sous-corticales de l'origine du faisceau pyramidal, consécutives à l'encéphalite des circonvolutions de la zone rolandique.

Dans l'*hémichorée post-paralytique*, la localisation est moins strictement limitée à la région capsulaire indiquée par MM. Charcot et Raymond; elle peut s'étendre à tous les points du faisceau pyramidal [Ricoux, Demange, Pierret, Foucherand, Bidon (4)].

Touche, sur vingt-quatre cas d'hémichorée organique, dont dix suivis d'autopsie, trouve des lésions dont le caractère essentiel est la variabilité : lésions de la couronne rayonnante, du noyau caudé, de la pointe antérieure du noyau lenticulaire, du noyau externe de la couche optique, de la région sous-optique intéressant le noyau rouge, de la face supérieure du cervelet, et enfin de la capsule interne, dans son segment antérieur, dans son genou et dans la partie la plus reculée de son segment postérieur. Tout ceci prouve que la localisation absolue est bien difficile à préciser.

La *physiologie pathologique* de l'hémichorée organique est donc loin d'être complètement élucidée. Pour Kahler et Pick, l'hémichorée est due à une simple irritation du faisceau pyramidal, et surtout du prolongement du faisceau pyramidal dans la moelle, déjà décrit par Pierret, et comme il résulte des expériences de Chauveau sur le chien. Bonhœfer et Muratof ont découvert une voie coordinatrice qui joint l'écorce du cervelet à l'écorce psycho-motrice cérébrale; cette voie emprunte le trajet du pédoncule cérébelleux supérieur, du noyau rouge, de la couche optique, du genou et du segment antérieur de la capsule interne et de la partie antérieure du noyau lenticulaire; si l'on songe que toutes les lésions décrites par Touche lèsent ces voies coordinatrices et même le cervelet, il paraît plausible d'admettre que l'hémichorée peut être sous leur dépendance.

Tout récemment, M. Raymond (5), dans un rapport à l'Académie de médecine, sur le mémoire de M. Boinet, traitant de l'hémichorée pré-paralytique, se rallie de préférence à la théorie de Kahler et Pick, soutenue aussi par Nothnagel et von Monakow. M. Raymond « pense qu'un foyer, hémorragique ou autre, situé dans la partie postérieure de la couche optique ou dans toute autre région avoisinant la portion cortico-pédonculaire de la voie motrice, exerce, sur les centres moteurs corticaux, une irritation centripète qui, réfléchie sur le faisceau pyramidal, provoque, par voie réflexe, les désordres moteurs choréiformes ou athétosiques. Encore faut-il qu'elle puisse se propager le long des fibres pyramidales et qu'il n'y ait pas interruption complète de ces fibres. On conçoit donc très bien le développement de l'hémichorée, dans un cas de lésion intra-cérébrale, sans hémiplégie consécutive ».

On voit que le mécanisme de l'hémichorée est encore bien peu connu et qu'il nécessite, pour être élucidé, de nouvelles recherches.

(1) Sage. *Des mouvements choréiformes chez les paralytiques généraux*, Th. de Lyon, juillet 1884.

(1) Mongin. *De l'hémichorée symptomatique*, Th. de Paris, 1887.
(2) Boinet. *Congrès des méd. alién. et neurol*, Marseille, 1899.
(3) Boucarut. *Nouveau Montpellier méd.*, 31 juillet 1898, p. 685.
(4) Bidon. De l'hémichorée symptomatique, *Revue de méd.*, 1886, p. 667, p. 837.
(5) F. Raymond. *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 23 juillet 1901, p. 189.

V

Traitement. Conclusions. — Les indications thérapeutiques des chorées symptomatiques sont bien restreintes, et la médication paraît nulle dans une maladie essentiellement incurable. Quelques points cependant sont à relever.

Si la lésion cérébrale, cause de la chorée, est sous la dépendance de la syphilis, on peut avoir des chances de succès, en traitant énergiquement le malade.

Les chorées congénitales sont justiciables des antispasmodiques, de l'électricité, de l'hydrothérapie. Le massage, une gymnastique modérée, la chirurgie, même avec l'orthopédie et la ténotomie, peuvent rendre des services dans les chorées avec syndrome de Little ; je n'en dirai pas autant de la craniectomie, dont les résultats sont peu encourageants. M. Lannois, dans quelques cas, a retiré de bons effets de l'emploi du chlorhydrate d'hyoscine, à la dose de deux dixièmes de milligramme ; l'écriture, jusque-là incohérente et incompréhensible, devenait réellement lisible ; c'était donc une amélioration manifeste.

Tel est l'exposé que j'ai cru devoir faire des chorées symptomatiques. Si le tableau est trop restreint, c'est qu'il m'a paru bien difficile, dans l'état actuel des choses, de le rendre plus grand. L'histoire des chorées symptomatiques, loin d'être définitivement close, subit en ce moment d'incessantes modifications, et il est certain que le nombre des chorées avec lésions est destiné à s'accroître chaque jour, avec les perfectionnements des méthodes anatomiques et histologiques qui ont bouleversé la pathologie nerveuse, avec les progrès dans l'étude des agents et des poisons pathogènes. C'est là l'œuvre de demain ; l'augmentation du nombre des chorées symptomatiques justifiera pleinement cette proposition écrite, dès 1894, par le professeur Grasset : « Le nombre des chorées essentielles est extraordinairement rare (1). »

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(31 DÉCEMBRE 1901)

M. Brouardel a fait un rapport sur une communication de M. Hamy relative au squelette d'une femme qui a été assassinée en 1821, âgée de soixante ans. Ce squelette présente des **déformations considérables causées par le port du corset** qui était de mode à la fin du XVIIIe siècle.

Le sternum est plus courbé qu'à l'ordinaire, les cartilages costaux sont légèrement tordus.

La cage thoracique a la forme d'un baril, selon l'expression de Cruveilhier ; le rétrécissement du thorax, en certains points, peut se chiffrer par la proportion de 29 p. 100 du diamètre habituel ; c'est un exemple curieux des aberrations des anciennes modes.

M. Larger (de Maisons-Laffitte) communique des **faits nouveaux relatifs à l'action de l'hérédité et de la dégénérescence en obstétrique.**

Il a démontré, avec son fils, par un important faisceau de preuves, toutes concordantes, la solidarité étroite qui unit l'obstétrique à l'hérédité et à la dégénérescence. Ces preuves sont contenues dans trois mémoires, déposés à l'Académie, et dans la thèse de Henri Larger.

Voici deux nouvelles observations qu'on peut ranger parmi les plus démonstratives.

Observation I. — Après un premier accouchement en présentation normale, une jeune femme est prise, au moment d'une deuxième conception, de crises hystériques se répétant durant toute la deuxième grossesse : deuxième accouchement en presentation anormale (siège).

A rapprocher d'autres observations où nous avons fait voir des femmes ayant alternativement des gestations anormales, lorsqu'elles sont en puissance de crises épileptiques ou hystériques, et des gestations normales, lorsqu'elles sont indemnes de crises. Des femmes, enfin, accouchant en présentations normales avec un mari normal, et, au contraire, en présentations anormales, avec un mari dégénéré, etc.

Obs. II. — Après trois accouchements normaux, une femme devient enceinte une quatrième fois, durant les émotions du siège de Paris : accouchement d'un garçon né par la face, avec procidence d'un bras. Ce garçon est un dégénéré, un vrai « enfant du siège » (Féré). Marié, son premier enfant naît, comme lui même par la face, avec procidence d'un bras (hérédité par un mâle).

Ce fait est superposable à celui (thèse citée) d'une femme hystéro-épileptique qui a successivement, de deux maris, plusieurs enfants nés alternativement, l'un par la face, avec procidence d'un bras, l'autre par le siège.

L'un de ses fils, épileptique, né lui-même par le siège, a successivement, de trois femmes différentes, des enfants nés, comme lui, par le siège. De sa deuxième femme, il a deux enfants nés, l'un par la face, avec procidence d'un bras, l'autre par le siège. C'est, en un mot, la même alternance que dans les couches de sa mère.

Il est de toute évidence que ces faits, et d'autres semblables, publiés par nous en grand nombre, infirment les théories mécaniques actuelles et démontrent, notamment, que la loi dite « de l'accommodation de Pajot » est une erreur scientifique manifeste.

Nous signalerons, pour les présentations, un travail de M. Le Dentu sur l'**intervention sanglante dans le traitement des cancers du sein.** Ce travail repose sur 58 observations. La conclusion à tirer de ces faits est que l'intervention sanglante, très large et très précoce, donne des résultats très satisfaisants dans le traitement des cancers du sein, c'est-à-dire des survies de six, huit, dix, douze et quinze ans et parfois même des guérisons définitives. Pour n'être pas nouvelle, cette vérité n'en est pas moins bonne à dire et à répéter. Nous pensons, en effet, avec M. Le Dentu, que tous les autres modes de traitement des cancers du sein doivent être considérés comme non avenus et que seule l'ablation radicale, avec curage de l'aisselle, large perte de substance des téguments, faite de bonne heure, opération d'ailleurs nullement dangereuse, constitue certainement le meilleur mode de traitement de ces cancers.

Une petite réforme adoptée par une compagnie de chemin de fer, le P.-L.-M., et qui a bien son importance : la corne actuellement en usage pour l'annonce des trains, passant de bouche en bouche, constitue un très bon moyen de propagation de certaines maladies, de la syphilis, peut-être aussi de la tuberculose. Cette compagnie a remplacé l'embouchure de cette corne par une soufflerie analogue à celle des appareils employés par les cyclistes. La main remplace la bouche.

(1) GRASSET. *Maladies du système nerveux*, 4e édition, 1894, t. II, p. 669.

L'Académie procède : 1° Au renouvellement des Commissions des correspondants nationaux et étrangers :

Première division. — MM. Brouardel, Chauveau, Cornil, Hayem, Kelsch et Vallin.

Deuxième division. — MM. Berger, Budin, Guyon, Le Dentu, Lucas-Championnière et Porak.

Troisième division. — MM. Leblanc, Mégnin, Ménard, Nocard, Railliet et Trasbot.

Quatrième division. — MM. Gautier, Guignard, Hanriot, Jungfleisch, Moissan, Regnard.

2° Au renouvellement partiel des Commissions permanentes :

Épidémies. — MM. Joffroy et Troisier.

Eaux minérales. — MM. Landouzy et Huchard.

Remèdes secrets. — MM. Hanriot et Regnard.

Vaccine. — MM. Hervieux et Ménard.

Hygiène de l'enfance. — MM. Pinard et Porak.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport annuel de M. le trésorier.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des engelures par l'eau oxygénée.

M. Courtin (de Bordeaux) fait usage depuis trois années, dans son service de chirurgie de l'hôpital des Enfants, des bains locaux d'eau oxygénée pour le traitement des engelures des extrémités.

Il a eu l'occasion de faire suivre ce traitement par des enfants porteurs d'engelures à tous les degrés, ulcérées ou non, et dans tous les cas, il a obtenu des résultats satisfaisants.

Il a employé la technique suivante (1) :

« Chez les petits enfants, dit-il, je fais réduire l'eau oxygénée du commerce, qui est de 12 volumes, à 3 volumes, en mélangeant cette eau oxygénée à de l'eau bouillie chaude. Je fais prendre un bain des extrémités atteintes, dans ce mélange, pendant une demi-heure chaque jour. Chez l'enfant au-dessus de trois ans et chez l'adulte, je fais réduire la solution d'eau oxygénée du commerce à 6 volumes, toujours avec de l'eau bouillie chaude et je fais prendre un bain de même durée.

Dans tous les cas, si les malades présentent des engelures ulcérées, je fais mélanger à l'eau oxygénée une solution saturée de borate de soude pour en réduire l'acidité et diminuer la douleur de l'application.

Les pieds et les mains bleuis par les engelures deviennent rouges après quelques instants d'immersion. Les plaies à fond grisâtre et blafard, recouvertes d'un pus sanieux ou sanguinolent, reposant sur des doigts ou des orteils tuméfiés et œdémateux, se détergent vite. Après un ou deux bains, on voit des bourgeons charnus rasés apparaître au fond des plaies et la cicatrisation s'effectuer rapidement.

Je dois ajouter qu'après le bain les plaies sont simplement pansées avec de la gaze et de la vaseline aseptiques.

Trois bains d'une demi-heure de durée suffisent en général pour guérir les engelures non ulcérées. Un plus grand nombre est nécessaire dans les autres cas, suivant la plus ou moins grande infection des plaies, leur étendue et leur profondeur. »

(1) Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 6 déc. 1901.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les empoisonnements criminels et accidentels (1), par le docteur P. Brouardel, professeur de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris, président du comité consultatif d'hygiène, membre de l'Institut.

La complexité des recherches relatives aux empoisonnements, leur délicatesse, les contradictions des résultats obtenus par des expérimentateurs qui parfois ne s'étaient pas placés dans des conditions identiques, ont eu pour conséquence de faire de la science des poisons une sorte de chapitre spécial séparé de la pathologie et qui semble réservé aux méditations des seuls médecins légistes.

Cette dissociation est une erreur dangereuse. Le médecin doit toujours penser à la possibilité d'une intoxication du malade qu'il soigne par l'ingestion ou l'inhalation de produits toxiques.

M. le professeur Brouardel voudrait modifier cet état d'esprit.

Si l'empoisonnement criminel diminue en France, les empoisonnements accidentels sont de tous les jours : sans parler des erreurs des malades, des médecins ou des pharmaciens, les intoxications par l'addition de substances antiseptiques ou aux autres aliments sont journalières. L'addition de l'arsenic au vin et à la bière, le plâtrage des vins, l'addition de l'acide salicylique, de l'acide borique et de la saccharine à nos aliments a causé la mort de centaines de personnes, en a rendu malades des milliers. Il faut que le praticien ait présenté à l'esprit la possibilité de ces intoxications lentes, clandestines, évoluant sans provoquer d'éclat révélateur, aggravant sans bruit de jour en jour l'état du malade.

Après un rapide exposé de l'histoire des empoisonnements, le professeur Brouardel étudie dans une première partie l'empoisonnement criminel : statistique, inculpés et dénonciateurs, expertises médico-légales concernant l'empoisonnement, absorption et élimination des poisons, questions posées au médecin-expert.

L'empoisonnement suicide est très rapidement passé en revue dans la deuxième partie.

La troisième partie est consacrée aux empoisonnements accidentels : les intoxications médicamenteuses, puis l'empoisonnement professionnel sont tout d'abord étudiés. Viennent ensuite les intoxications alimentaires : empoisonnement par aliments naturels nuisibles, et intoxications par falsifications des denrées alimentaires : la question si neuve et si actuelle de l'adjonction d'antiseptiques aux aliments est longuement passée en revue.

L'hygiène côtoie ici la médecine légale et donne un intérêt tout particulier à ce nouveau volume du cours de médecine légale du savant doyen de la Faculté de médecine de Paris. G.

Aperçu historique sur les ferments et fermentations normales et morbides s'étendant des temps les plus reculés à nos jours (2), par le docteur Roussy, maître de conférences à l'École pratique des hautes-études (au Collège de France), etc.

La littérature scientifique présente une grande lacune : elle ne possède pas encore une histoire générale des ferments et des fermentations.

Ce nouvel ouvrage de M. Roussy tend à combler cette lacune.

L'auteur embrasse, dans un immense aperçu général, à la fois historique et didactique, toutes les perpectives de la biologie, jusque dans leurs couches les plus profondes et les

(1) In-8° de 538 p. Prix : 9 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8° de 442 p. Prix : 7 francs. — Paris, Jules Rousset.

plus obscures, et cela, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.

Il s'efforce de dégager de ces différentes branches les notions de ferment et de fermentation qui y sont cachées d'établir la succession et l'enchaînement des faits, des idées et des théories qui s'y rapportent.

L'histoire de la médecine, de toutes ses doctrines et même de la biologie tout entière, est profondément fouillée.

On voit, ainsi, les notions de ferment et de fermentation passer, de l'état métaphysique qu'elles présentaient pendant l'antiquité et le moyen âge, à l'état positif, avec l'avènement incessant, dans le cours de l'époque moderne, de l'esprit scientifique, des grandes académies, de la méthode expérimentale et du dogmatisme expérimental.

Ce savant et très original ouvrage est, en somme, un exposé général de l'histoire et de la science, qui intéressera les médecins, les vétérinaires, les microbiologistes, les botanistes, les chimistes, les physiologistes, les histologistes en général, que les historiens de la science, les philosophes et tous ceux qui suivent les progrès de la science positive et de la pensée. V. C.

Le travail des glandes digestives (1), leçons du professeur Pawlow (de Saint-Pétersbourg), traduction française de MM. Pachon et Sabrazès, professeurs agrégés à la Faculté de Bordeaux.

L'édition de ce livre reproduit l'édition russe de 1897, avec de nouvelles recherches communiquées depuis lors. Ce livre est signé au coin de l'originalité des vues qu'il expose. Ce n'est pas un traité didactique : il se compose de neuf leçons qui traitent des travaux entrepris par le professeur Pawlow et ses élèves depuis un certain nombre d'années; chaque leçon traite d'un sujet particulier relatif aux fonctions digestives, avec les idées personnelles à l'auteur, bien établies par des faits expérimentaux effectués dans son laboratoire et semblant mettre au point d'une façon indiscutable les vues qu'il envisage.

Tout médecin, tout physiologiste s'intéressant à cette partie si importante de la science, recueillera les plus grands bénéfices de la lecture des lignes qui viennent s'offrir à leur appréciation. V. C.

Séméiologie des poumons et de la plèvre, *signes physiques, inspection, palpation, percussion, auscultation* (2), par Henri Barbier, médecin de l'hôpital Hérold, préface de M. le professeur Grancher.

C'est, malheureusement, la tendance actuelle de la plupart des médecins de chercher le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire ailleurs que dans l'examen des poumons. Les procédés de laboratoire tendent à prendre le pas sur l'auscultation et la percussion qu'on néglige. La recherche du bacille de Koch, l'injection de tuberculine ou de sérum, le cito-diagnostic, l'épreuve de l'agglutination, là radiographie, le chimisme respiratoire, tels sont les moyens qn'on étudie et qu'on enseigne.

Loin de moi la pensée de nier la valeur, l'excellence, la supériorité même de tel ou tel de ces procédés dans certains cas particuliers, mais je pense que l'examen physique des organes respiratoires, examen bien fait, suffit dans la très grande majorité des cas à faire le diagnostic précoce, et c'est là ce qui importe.

Pour faire un diagnostic précoce de tuberculose pulmonaire, pour reconnaître la maladie à son début, il faut renoncer aux anciens errements et au premier degré classique des auteurs, avec submatité et craquements, c'est là le seuil du ramollissement, c'est-à-dire de la fin de l'évolution tuberculeuse, et déjà la thérapeutique est difficile, longue, coûteuse, déjà les bacilles ont fait leur apparition ou vont la faire et la contagion s'exercera autour du malade.

Au contraire, la thérapeutique à la période de germination est toute-puissante et quand j'écrivais que la tuberculose est la plus curable des maladies chroniques, c'est à cette période, diagnostiquée par les signes que j'ai décrits, que je pensais.

Cette période était inconnue de Laënnec, dont le pronostic en matière de tuberculose pulmonaire était fatal. Et tous les médecins ont suivi. Il faut réagir contre ces erreurs et dégager enfin cette phase de l'extrême début, cette phase de la germination tuberculeuse, et je remercie le docteur Barbier de m'y aider.

Professeur Grancher (in Préface).

Recherches sur l'origine, les variations et les vicissitudes de l'emplâtre et du baume Opodeldoch, par le docteur Fabre (de Commentry).

Ce travail, qui fait suite aux laborieuses et nombreuses recherches de M. Fabre, est non seulement une étude historique fort intéressante, c'est encore un véritable plaidoyer pour la réhabilitation de ce médicament si ancien et maintenant presque tombé en désuétude.

L'ouvrage de M. Fabre comporte une partie historique où est étudiée l'étymologie du nom et les variations de préparation du fameux baume. Il comprend en outre un appendice rempli de documents fort curieux.

Dans ses conclusions, l'auteur montre que le baume Opodeldoch n'est pas un remède banal et que bien préparé il serait un utile agent thérapeutique. Il insiste, en particulier, sur l'utilité, comme excipient, de la moelle de bœuf qui doit entrer dans la fabrication du baume, et qui est selon lui, ce n'est d'ailleurs pas une opinion isolée, un meilleur excipient que la vaseline, la lanoline ou autres corps gras. F. R.

De l'allaitement mixte, étude clinique et sociale (2), par le docteur Raphaël Raimondi, médecin de la consultation des nourrissons de Montmartre.

La longue pratique de M. le docteur Raimondi et son expérience des consultations de nourrissons lui ont montré la nécessité d'instituer l'allaitement mixte dont les avantages paraissent incontestables.

Bien conseillé, cet allaitement donnerait les meilleurs résultats. La question mérite d'être étudiée sérieusement par l'état et les municipalités. C.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — Notes obtenues. — *Pathologie.* — Séance du 27 décembre. — MM. Gaudeau, 12; Dromard, Faure-Beaulieu et Mlle Mouroux, 11; MM. Béal, 10; Dupouy, 9; Le Meur, Jules Lemaire et Prunier, 8; Muller, 7.

Hôpitaux de province. — *Limoges.* — M. le docteur Alexandre Bacque est chargé du service de stomatologie.

M. le docteur Garraud-Chotard est nommé chef du service de radiographie des hospices.

Poitiers. — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Fagart, Barbarin, Crochet et Nonique.

Externes : MM. Artault, J. Perdoux, Morellet, Houpert, Gerbier, Griffault et Bouffard.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-16 de 252 p., avec 20 fig. noires et col. cart. Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) Une broch. — Paris, Steinheil.

(2) Un fasc. — Paris, 1901.

Asile de Naugeat. — M. Maupaté, médecin-adjoint à l'Asile public d'aliénés de Baissens, est nommé directeur-médecin.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Madamet, médecin-inspecteur de l'armée.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs P.-L. Billet, J.-L. Crussard, P.-C.-E.-C. Darricarrère, Heuyer, Kleinpetter, médecins de l'armée active ; Goubeau, médecin de l'armée territoriale ; Liétard (de Plombières).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Boinet, professeur à l'École de médecine de Marseille ; Carton, Courboulès, J. Dieu, A. Fabre, J. Fasquelle, M.-G. Ferrand, L.-P. Godin, Lassalle, Lions, C.-J. Marchand, Murie, Ott, Quéhéry, P.-E. Rémy, Séguin, Tayac, médecins de l'armée active ; Gorecki, Richard, Seuvre, Stœber, médecins de l'armée territoriale ; Conan, Le Guen, Pierre, Noury, Reaucar, Rolland, Vergoz, médecins des colonies ; J.-C. Colard (d'Ornans) ; Goutay (de Maringues) ; Herpin (de Sevran-Livry).

— MM. les docteurs F. Ledé (de Paris) et Ch. Mérieux (d'Asfeld) ont été nommés chevaliers du Mérite agricole.

— La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après désignées :

Médaille de vermeil. — M. le docteur E. Binet (de Paris).

Médaille d'argent. — M. le docteur Achard (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs C.-L.-M. Arnaud et Chambellan (de Paris) ; M. Theulet-Luzié, interne des hôpitaux de Paris.

Guerre. — Par décision ministérielle du 18 décembre 1901, les officiers du corps de santé dont les noms suivent ont été mis à la disposition de M. le général commandant en chef les troupes de l'Indo-Chine pour être attachés :

1° *Aux corps de troupes stationnés au Tonkin.* — M. le médecin-major de première classe Crossouard ; M. le médecin-major de deuxième classe Gaide.

MM. les médecins aides-majors de première classe Rencurel, Petit, Brochard, Mourseu, Magunna, Duran et Mathis.

2° *Aux corps de troupes stationnés en Cochinchine.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Le Groignec et Revault.

En outre, les mutations suivantes ont été effectuées parmi les officiers du corps de santé désignés ci-après :

M. le médecin-major de première classe Le Guen, désigné pour servir au 7e d'infanterie coloniale à Rochefort.

M. le médecin-major de deuxième classe Roche, affecté au service général en Cochinchine.

MM. les médecins aides-majors de première classe, Coulogner, désigné pour servir au 6e d'infanterie coloniale à Brest ; Dubruel, affecté au service général en Cochinchine ; Le Strat, désigné pour servir au 1er tirailleurs malgaches à Tananarive.

— Par décret en date du 30 décembre 1901, les médecins dont les noms suivent ont été promus aux grades ci-après énoncés et ont reçu les affectations indiquées ci-dessous :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Watier, désigné pour le 72e d'infanterie ; — Fradet, désigné pour le 31e d'artillerie ; — Bonjean, désigné pour le 146e d'infanterie ; — Pouillaude, désigné pour le 27e d'artillerie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin-major de deuxième classe en non-activité Michand, désigné pour l'école militaire préparatoire de l'artillerie et du génie de Billom ; — MM. les médecins aides-majors de première classe Hussenstein, désigné pour le 136e d'infanterie ; — Corse, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Jourdin, désigné pour le 73e d'infanterie ; — Labadie, désigné pour le 5e d'infanterie ; — Faure, maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Baumelou, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; — Auguin, désigné pour le 1er étranger ; — Gorisse, promu-maintenu au 4e tirailleurs algériens ; — Gauthier, désigné pour le 99e d'infanterie ; — Baullès, désigné pour le 116e d'infanterie ; — Brice, désigné pour le 2e étranger.

— Par décision ministérielle du 30 décembre 1901, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins-majors de première classe Darré, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Verdun ; — Roux, pour le 65e d'infanterie ; — Batut, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; — Pauzat, pour le 34e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Noyé, pour le 144e d'artillerie ; — Cardot, pour le 14e chasseurs à cheval ; — Picquot, pour le 19e escadron du train des équipages militaires ; — Vincent, pour l'école militaire de l'artillerie et du génie à Versailles ; — Augias, pour le 111e d'infanterie ; — Cahen, pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique ; — Barbot, pour le 16e bataillon d'artillerie à pied ; — Benoit dit Becker, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Lenoir, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; — Labougle, pour le 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique ; — Lehmann, pour le 21e dragons ; — Baumevieille, pour le 84e d'infanterie ; Maire, pour le 125e d'infanterie ; — Vernet, pour le 154e d'infanterie ; — Grisel, pour la direction du service de santé du 15e corps d'armée ; — Crussard, pour les troupes de l'armée de terre détachées au Tonkin et en Annam ; — Ragnaud, pour le 4e dragons ; — Genod, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Haury, pour le 107e d'infanterie ; — Lesnés, pour le 7e escadron du train des équipages militaires ; — Leniez, pour le 8e bataillon de chasseurs à pied ; — Jirou, pour le 7e chasseurs à cheval ; — Ligouzat, pour le 65e d'infanterie ; — Picqué, pour le 3e chasseurs d'Afrique.

MM. les médecins aides-majors de première classe Boullier, pour le 34e d'artillerie ; — Chassin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Uzac, pour le 1er chasseurs d'Afrique.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Armeilla, pour le 2e du génie ; — Louet, pour le 11e hussards.

Un concours pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire des troupes coloniales s'ouvrira, le 23 janvier 1902, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. (Nous donnerons les conditions de ce concours dans notre prochain numéro.)

Examens de médecin sanitaire. — Le prochain examen des médecins sanitaires maritimes, devant le jury de Bordeaux, aura lieu le 10 janvier prochain.

Les candidats qui voudront y prendre part devront adresser, le plus tôt possible, au directeur de la santé, à Pauillac, avec leur demande :

Leur acte de naissance, un certificat de bonnes vie et mœurs, leur diplôme de docteur en médecine, une pièce établissant leur qualité de Français.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — *Conseil général, séance du 27 novembre 1901, sous la présidence de M. Cornil, vice-président.* — M. Lereboullet, secrétaire général, annonce que conformément au vote émis dans la dernière séance, il a écrit à M. le président Lannelongue pour l'informer qu'il a été nommé président honoraire. Il donne lecture de la lettre qu'il a écrite.

Il rend compte ensuite des démarches faites près de M. le professeur Brouardel et donne lecture d'une circulaire qui sera adressée à toutes les Sociétés unies pour les inviter à élire un nouveau président.

M. Brouardel remercie le Conseil général de ses démarches, mais il demande de différer sa réponse définitive jusqu'à ce qu'il ait pu conférer avec M. Lannelongue (1).

M. le secrétaire général annonce le décès de M. Villard, président de la Société des Bouches-du-Rhône, et exprime les regrets du Conseil.

En réponse à une lettre de M. Maurat, président de l'Associa-

tion amicale pour l'indemnité maladie, au sujet de l'application du don de 3000 francs fait par M. Lannelongue, il est décidé qu'on demandera encore l'avis du donateur avant de statuer.

La Société d'Alger qui s'était séparée de l'Association générale demande à lui être annexée de nouveau. (Avis favorable.)

A une lettre de M. le président de la Société de Laon, Vervins et Château-Thierry, demandant dans quelles conditions les membres de l'Amicale devaient être admis comme membres de l'Association, M. le secrétaire général a répondu que tous les membres anciens seraient exemptés du droit d'entrée et seraient admis sur la demande des membres du bureau de l'Amicale, mais que les membres nouveaux seraient tenus à se faire recevoir, au préalable, membres de l'Association générale en se conformant aux exigences des statuts de celle-ci. (Approuvé.)

A une lettre de M. le président de la Société d'Alais demandant dans quelles conditions une fusion pourrait être établie entre les membres du Syndicat de Nîmes et les membres de la Société d'Alais il a été répondu que les membres du Syndicat de Nîmes devaient adhérer aux statuts de l'Association, soit en s'inscrivant comme membres de la Société d'Alais, soit en fondant une société nouvelle à Nîmes. (Approuvé.)

Une société locale étant en voie de formation à Tunis, les statuts de l'Association lui ont été envoyés.

M. le docteur Muleur (de Cannes) remercie le Conseil de l'appui qui lui a été prêté et de la consultation juridique qui lui a été transmise par Me Deligand.

M. Lereboullet soumet au conseil le texte d'une circulaire qui serait adressée à tous les membres de l'Association, pour les mettre au courant de la situation morale et matérielle résultant des derniers votes de l'Assemblée. Cette circulaire est approuvée par le Conseil. Elle sera adressée aux secrétaires des sociétés unies, avec prière d'en adresser un exemplaire à chaque sociétaire.

M. le baron Cerise lit un rapport établissant quelle est à ce jour la situation matérielle de l'Association.

Des subventions s'élevant à la somme totale de 2350 francs sont votées à diverses sociétés locales.

M. le trésorier général Blache annonce que le notaire de l'Association a touché une somme de 115000 francs sur le legs Marjolin (vente de la ferme de Monsoutin).

M. Motet demande que le capital affecté à la caisse des fonds généraux soit augmenté notablement en vue de faire face aux nouveaux besoins créés par l'annexion des caisses de prévoyance.

M. Blache fait observer que le capital de la caisse des pensions est intangible.

M. Lereboullet explique le fonctionnement des diverses caisses de l'Association et propose qu'un règlement intérieur, qui sera communiqué à tous les membres de l'Association, détermine dans quelles conditions et dans quelles proportions la caisse des fonds généraux pourra accorder des subventions aux caisses annexes. Cette proposition est adoptée.

Une subvention de 6000 francs prise sur les fonds disponibles de la caisse des fonds généraux est votée à la caisse des veuves et orphelins.

Le Conseil décide que la prochaine réunion aura lieu le jeudi 19 décembre et que durant l'année 1902 les séances du Conseil général auront lieu régulièrement le troisième jeudi de chaque mois.

Prophylaxie spéciale. — Le ministre de l'Intérieur vient de constituer une commission chargée de l'étude des différentes questions relatives à la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes, et notamment de faire une enquête sur la fréquence de ces maladies, sur les institutions existant en France pour leur traitement et sur les meilleurs moyens, législatifs ou administratifs, d'en prévenir la propagation.

Sont nommés membres de cette commission : MM. les docteurs Auffret, Balzer, T. Barthélemy, Borne, P. Brouardel, Descoust, A. Dieu, A. Fournier, Landouzy, Le Pileur, Pinard, Pozzi, Proust, Rendu et E. Roux; MM. Bérenger, Bruman, Honnorat, Lépine, Mercier, H. Monod et Mourier.

L'Association française d'urologie a nommé pour la session d'octobre 1902 : MM. les professeurs Guyon, président; Le Dentu (de Paris) et Carlier (de Lille), vice-présidents.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la dernière semaine de l'année, 967 décès.

La fièvre typhoïde a causé 14 décès; la variole, 4; la rougeole, 11; la scarlatine, 5; la coqueluche, 10; la diphtérie, 20.

La diarrhée infantile a causé 37 décès.

En outre, 6 décès d'enfants de 1 à 2 ans et 2 d'adultes ont été attribués à la diarrhée.

En outre, 25 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 165 décès.

En outre 8 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 192 décès; la méningite tuberculeuse, 10 décès; la méningite simple, 18; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 15 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 44 décès; les maladies organiques du cœur, 62 (au lieu de la moyenne 67); le cancer a fait périr 59 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 8 décès; la cirrhose du foie, 7; la néphrite, 33; enfin, 39 vieillards sont morts de débilité sénile.

Association médicale de Maine-et-Loire. — Le bureau se trouve maintenant constitué de la façon suivante : M. Montprofit, président; M. Thibault, vice-président; M. Mullois, secrétaire; M. Lepage, trésorier.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ch. Daubresse (de Lille), Decanter (de Boeschèpe), D. Dillay (de Loudun) et Gibotteau (de la Roche-sur-Yon).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1902, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du praticien*, par le docteur Barth, médecin de l'hôpital Necker. — 2° *Mémorial obstétrical*, par le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral*, par M. Delpech. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur de Valcourt.

Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France; les Écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse à portefeuille : trimestres à deux jours par page, 3 fr.; trimestres à un jour par page, 3 fr. 50; trimestres seuls dorés sur tranches, à deux jours par page, 1 fr. 75; à un jour par page, 2 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, et l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 2. — MARDI 7 JANVIER 1902. 75e ANNÉE MARDI 7 JANVIER 1902. — N° 2

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

Paris, le 6 janvier 1902.

LES CIRCONSCRIPTIONS HOSPITALIÈRES

Lorsque furent créées les circonscriptions qui enserrent actuellement nos hôpitaux, aucun guide sûr ne permit aux bureaux de l'avenue Victoria d'apprécier quelles devaient être les limites exactes de ces nouvelles murailles de Chine. Le Conseil municipal avait décrété ces créations; l'Administration n'eut qu'à obéir au grand dispensateur de ses fonds. Une démarcation artificielle fut irrégulièrement tracée, au petit bonheur, autour de chacun de nos hôpitaux. Sur quelle base l'employé chargé du travail a-t-il établi les propositions soumises au Conseil de surveillance? Nul ne le saura jamais. Car il est inadmissible qu'il se soit uniquement appuyé sur le chiffre probable de la population, qu'il venait d'emprisonner dans des enceintes aussi inextensibles. 1000 habitants de Passy, d'Auteuil ou des Champs-Élysées ne sont pas équivalents, comme valeur hospitalière, à 1000 habitants des quartiers de la Villette, de Belleville ou des Grandes-Carrières. C'est donc à vue de nez que les circonscriptions furent délimitées.

Les deux directeurs qui se succédèrent, MM. Peyron et Napias, comprirent rapidement que si le principe des circonscriptions était théoriquement soutenable, l'application rigoureuse des nouveaux règlements était impossible dans la pratique. Aussi, fatalement, il arriva ce qui devait arriver. Les rigueurs des règlements furent très atténuées et l'Administration laissa les portes de ses hôpitaux presque aussi largement ouvertes que par le passé.

Quand M. Mourier succéda au Dr Napias, les journaux politiques nous apprirent discrètement que le nouveau directeur était décidé à nettoyer ces écuries d'Augias qui s'appellent l'Administration centrale de l'Assistance publique. Médecins et chirurgiens ne s'abordaient plus qu'en se félicitant d'un pareil avènement. Hélas! il fallut en rabattre. Déjà deux circulaires, maladroites autant qu'inconséquentes, émanant du secrétaire général — nouveau venu des bureaux de la Préfecture et absolument ignorant des choses de sa nouvelle fonction — avaient montré qu'un nouvel esprit animait les bureaux de l'avenue Victoria. Les réformes tant promises visaient surtout le corps médical des hôpitaux. On traita les médecins et les chirurgiens comme de simples employés à 1.200 francs! On oublia le talent, la science, l'abnégation, le dévouement, le temps consacré aux pauvres. Il était manifeste que les médecins étaient devenus « l'ennemi ». On ne reconnut pas que si le médecin ou le chirurgien attirait à lui un grand nombre de malades, c'était que sa renommée, sa douceur pour les humbles, sa sûreté dans le traitement, constituaient pour les malades autant un doux espoir pour leur guérison qu'un adoucissement pour leurs maux. L'Administration nouvelle parut n'avoir que faire des questions de sentiment et répudia toute idée de charité. Elle avait été choisie pour faire respecter le règlement et elle affirma l'appliquer dans toute sa sévérité. Elle oublia que les malades ne doivent pas être traités comme de simples marchandises et parqués dans des docks comme de vulgaires colis. Il nous avait toujours semblé, à nous médecins, qu'une parcelle d'humanité, de pitié pour les malheureux, ne devait pas être chose indifférente pour une administration dite d'assistance.

Les prédécesseurs de M. Mourier étaient, certes, des hommes politiques, mais ils étaient médecins et la bienveillance pour les pauvres et les souffrants leur faisait atténuer ce qu'il y a de brutal dans les exigences d'un règlement, toujours dur et souvent cruel quand il frappe des malheureux sans défense.

Il était fatal, néanmoins, qu'une détente se produisît, et elle s'est produite.

Les admissions dans les services hospitaliers se font un peu plus largement. L'Administration donne elle-même quelques entorses au fameux règlement, mais au prix d'inutiles complications et de vaines formalités. Il faut, en effet, pour qu'un malade soit admis dans un hôpital qui n'est pas de sa circonscription, qu'une demande soit faite par le chef de service et que l'Administration centrale, qui ne connaît ni le malade ni sa maladie, prononce en dernier ressort.

Si la protestation des médecins et des chirurgiens a obtenu une atténuation aux rigueurs du règlement, l'existence des circonscriptions a été, du même coup, proclamée inviolable; et leur nécessité est désormais un dogme auquel il serait sacrilège de prétendre toucher.

Il va donc falloir vivre, pour un temps encore, avec ce

régime des circonscriptions, et c'est pourquoi nous mettons sous les yeux de nos lecteurs leur tracé tel qu'il est sorti des bureaux de l'Administration centrale. Il est encore dans sa pureté toute première et aucun remaniement n'en a terni la virginité.

En jetant un coup d'œil sur le plan que nous reproduisons, on saisit mal le but qui a été poursuivi. On dit tout bas que les conseillers n'ont vu là qu'un mesquin intérêt électoral, qu'ils ont voulu que rien de ce qui se passe dans leur quartier ne leur demeurât étranger. C'est mal les connaître, et, pour notre part, nous sommes persuadés que c'est l'intérêt des malades qui les a, seul, guidés.

LÉGENDE. — *La circonscription de l'hôpital Saint-Louis, pour la chirurgie, est formée des quartiers Pont-de-Flandre, Villette, Combat, empruntés à l'hôpital Tenon; Hôpital Saint-Louis, emprunté à Lariboisière; la Folie-Méricourt, emprunté à l'hôpital Andral.*
Le quartier des Archives, qui dépend de l'hôpital Andral comme médecine, est rattaché à l'Hôtel-Dieu comme chirurgie.

BANLIEUE

1. Saint-Ouen, Épinay, Villetaneuse.
2. Pierrefitte, Ile-Saint-Denis, Aubervilliers, Saint-Denis, Stains, Dugny, La Courneuve, Le Bourget, Drancy, Bobigny, Bondy, Pantin, Pré-Saint-Gervais.
3. Noisy-le-Sec, Villemonble, Romainville, Les Lilas, Rosny, Bagnolet.
4. Montreuil, Vincennes, Fontenay-sous-Bois, Saint-Mandé, Le Perreux, Bry, Nogent, Champigny, Joinville, Saint-Maur.
5. Créteil, Alfortville, Charenton, Saint-Maurice, Maisons-Alfort, Bonneuil, Ivry, Vitry, Choisy-le-Roi, Thiais, Villejuif, Orly, Rungis, Chevilly, Gentilly, Fresnes, Kremlin, L'Hay.
6. Arcueil, Bourg-la-Reine, Antony, Bagneux, Sceaux, Chatenay, Fontenay-aux-Roses, Plessis-Piquet.
7. Montrouge, Châtillon, Vanves.
8. Malakoff, Clamart.
9. Issy.
10. Boulogne, Suresnes, Puteaux.
11. Nanterre, Courbevoie, Bois-Colombes, Colombes, Neuilly, Asnières, Genevilliers, Levallois, Clichy.

En effet, en évitant qu'un hopital soit encombré de malades à résidence éloignée, en n'y admettant que les malades du quartier, on facilite aux familles la visite des leurs; le malade lui-même se sent moins isolé, près des siens, c'est pour lui une consolation; et, à ce titre, il n'est pas un médecin qui n'approuve la création des circonscriptions. Malheureusement, en jetant un coup d'œil sur le plan des circonscriptions, nous voyons que bien des hôpitaux sont en bordure même de leur circonscription. Les malades de la même rue demeurant *en face de l'hôpital* sont attribués à un hôpital situé à plus de 2 kilomètres. C'est ainsi que les malades de la rue de Sèvres *en face de l'hôpital Laënnec* sont dirigés sur l'hôpital de la Charité, et les malades de la rue Bichat *en face de l'hôpital Saint-Louis* sont dirigés sur Lariboisière.

Dès lors nous ne comprenons plus. Si les circonscriptions ont pour effet d'éloigner certains malades qui demeurent à la porte de l'hôpital et de les exporter au loin, nous demandons une explication.

Cette explication, nous la donnera-t-on en prétendant que les circonscriptions, facilitant les enquêtes, permettent de dépister les faux pauvres?

Ce serait encore vrai si l'hôpital était au centre de sa circonscription; mais c'est une erreur, si certaines rues limitrophes d'un hôpital sont sous la dépendance d'un hôpital éloigné.

La vérité est que les hôpitaux ont été créés bien longtemps avant qu'il ait jamais été question de circonscriptions. Lorsque celles-ci ont été inventées, les hôpitaux sont devenus gênants. Comme on ne pouvait les déplacer, on a été acculé à des tracés, étudiés sans doute, mais forcément défectueux en certains points, et puis on a laissé faire, demandant au temps, le grand enseigneur, d'indiquer ce qu'il y aurait de défectueux. Malheureusement, en matière d'administration, rien n'est définitif comme le provisoire.

Les limites des circonscriptions sont défectueuses, on le voit, on le sait.

Des esprits mal tournés protesteront peut-être; mais la force d'inertie est la grande force de nos administrations et nous pensons qu'il se passera quelque temps encore avant que les malades de la rue Bichat n'aient plus qu'à traverser la rue pour aller à l'hôpital Saint-Louis.

DE L'AGGLUTINATION DES BACILLES TUBERCULEUX

ET DE SON APPLICATION AU TRAITEMENT DES PHTISIQUES D'APRÈS KOCH

Par M. Ernest WEIGERT (de Lyon).

Dans la *Deutsche Medic. Wochenschrift* du 28 novembre 1901, Koch publie son nouveau travail intitulé « De l'agglutination des bacilles tuberculeux et de l'emploi de cette agglutination ». L'idée théorique dominant ce travail est la suivante. Le phénomène de l'agglutination a comme signification : mesure des propriétés de défense de l'organisme.

Koch étudie d'abord l'agglutination en elle-même, puis ses applications à la thérapeutique.

A la place de la méthode des cultures homogènes d'Arloing, il propose la méthode suivante :

« Je prends, dit-il, la culture qui flotte sur le liquide d'ensemencement, je la mets sur un filtre, puis entre deux feuilles de papier buvard; j'en prends une certaine partie, 0g2 centigrammes par exemple, je la brasse dans un mortier d'agate, en ajoutant quelques gouttes d'une solution de soude à 1/50; je remue le tout énergiquement et régulièrement, jusqu'à ce qu'il ait environ une partie de culture pour 100 parties de soude. »

Il centrifuge ensuite la substance obtenue, l'acidifie légèrement au moyen de quelques gouttes d'acide chlorhydrique. Enfin, il ajoute à sa solution un mélange d'acide phénique à 0,5 p. 100 et de sel de cuisine à 0,85 p. 100. La quantité du mélange doit être suffisante, pour que la culture soit diluée 3000 fois environ, abstraction faite de la partie centrifugée.

Un autre procédé préféré par l'auteur est le suivant : « Je me sers de cultures réduites à l'état de poussière comme on le fait pour la néo-tuberculine (*Deuts. med. Wochens.*, 1897, n° 14). J'en prends 0g1, je mélange et brasse avec soin cette substance dans le mortier d'agate après y avoir ajouté la solution chloro-phéniquée versée goutte à goutte, jusqu'à ce que la proportion soit de 1 p. 100. On centrifuge ensuite pendant six minutes, on enlève le dépôt et on ajoute encore 10 parties de sel et d'acide phénique. On a donc la proportion de 1 à 1000. »

Cette solution, encore diluée (1/10000) au moment de s'en servir, est mélangée au sérum pour l'agglutination. Avec les sérums humains il faut quinze à vingt heures de contact pour obtenir les flocons.

« Non seulement le temps de la réaction, mais encore la quantité du mélange et la température à laquelle l'expérience est faite doivent toujours être égales. Nous faisons le mélange l'après-midi, le laissons *dans l'étuve* la nuit et l'examinons le matin. »

Enfin quelques lignes plus bas — et nous insistons plus particulièrement sur ce point :

« Le sérum conservé ne garde pas intacte sa propriété agglutinante; en quelques semaines elle peut bien diminuer et même la dilution à 1 p. 1000 ne se conserve pas plus de quatorze jours. L'action de l'air, de la chaleur, de la lumière est nuisible. Quelquefois le sérum donnait une agglutination supérieure avec un liquide anciennement préparé qu'avec un liquide fraîchement fait.

Nous venons d'exposer brièvement les procédés de Koch. Sans vouloir en diminuer le grand intérêt scientifique, nous estimons pourtant cette méthode au moins tout aussi compliquée et difficile que celle de S. Arloing et P. Courmont. Elle nécessite soit des cultures ordinaires, soit des cultures pulvérisées de bacilles de Koch. Une étuve est indispensable. Quinze à vingt heures sont nécessaires pour la réaction; enfin les solutions ne se conservent pas plus de quinze jours et sont sensibles aux divers agents atmosphériques. Ne semble-t-il pas que le procédé de S. Arloing et P. Courmont est tout aussi simple? Leur méthode nous paraît moins compliquée, leurs cultures liquides sont très faciles à obtenir, et grâce à l'adjonction de formol, elles se manient aisément et peuvent se conserver un certain temps sans variation de leur pouvoir agglutinant.

Telle est la méthode de Koch. Il l'applique ensuite aux animaux. Après avoir rappelé les données d'Arloing et Courmont, Koch nous présente le résultat de ses propres expériences sur des lapins, chèvres, bœufs, ânes, chevaux, etc., soit normaux, soit tuberculisés. Chez des sujets normaux, le pouvoir agglutinant varie avec chaque espèce. Chez les sujets recevant des doses fortes et répétées de cultures tuberculeuses émulsionnées, l'auteur obtient des chiffres d'agglutination souvent fort élevés : 1 p. 100 chez les bœufs et les chevaux, 1 p. 1000 chez une chèvre, etc.

En résumé, nous voyons que Koch n'a fait que continuer et confirmer les expériences d'Arloing et Courmont sur les différentes espèces animales. Ces deux auteurs étaient déjà arrivés à un pouvoir agglutinant très élevé, puisque, notamment chez le chien, ils arrivent à une agglutination très élevée (1 p. 500, 1 p. 800).

Appliquant ses essais d'agglutination à l'homme, Koch expérimente sur 78 tuberculeux phtisiques. « Un cas de tuberculose au troisième degré réagit avec 1 p. 50, quatre avec avec 1 p. 25 (deux du troisième, un du deuxième, un du premier degré. Tous les autres n'arrivent pas à 1 p. 20; parmi eux se trouvent 38 au troisième, 8 au deuxième, 21 au premier degré. »

Dans les derniers degrés, la tuberculose se comporte autrement que le typhus, le choléra ou la peste; il se produit peu ou pas de substance de défense capable de donner un processus de guérison, ou bien l'immunité consécutive.

Il examine également au point de vue de l'agglutination les non-tuberculeux.

« Sur 30 sujets non tuberculeux, 5 possèdent un sérum ayant une propriété d'agglutination de 1 p. 25, 1 cas de car-

cinome, 2 convalescents typhiques, 1 érysipèle, 1 furonculeux. Le malade atteint de carcinome mourut bientôt et à l'autopsie on put s'assurer de l'absence de toute tuberculose. Ajoutons que, dans un cas de rhumatisme musculaire, le sérum agglutinait dans une proportion de 1 p. 50. »

A la suite de ces expériences, Koch s'associe aux conclusions de Frænkel, Neisser, Dieudonné, Beck et Rabinovitch, et estime que l'agglutination est un moyen de diagnostic impossible pour les tuberculoses débutantes. Faisant un parallèle avec les résultats obtenus au moyen de sa tuberculine T. R., il montre les avantages que comporte pour lui cette dernière.

Aux conclusions de Koch il faut opposer celles d'Arloing et Courmont, de Féré, de Mongour, Rothanel, Buard, Carrière, Widal et Ravaut, Bendix, Romberg, etc., qui arrivent à d'excellents résultats par le séro-diagnostic avec les cultures liquides homogènes. La solution de bacilles employée par Koch était-elle moins sensible que les cultures homogènes? C'est ce que nous ne pouvons dire. Dans tous les cas, les résultats de Koch diffèrent beaucoup de ceux des auteurs que nous venons de citer.

Dans le chapitre suivant, Koch applique ses données à la thérapeutique. Partant de ce principe que : agglutination est synonyme de défense de l'organisme, il conseille son nouveau mode de traitement.

« Tout d'abord il semble qu'on obtient une grande puissance d'agglutination en injectant sous la peau de grandes masses de bacilles tuberculeux; les bacilles pour être résorbés doivent, comme nous l'avons déjà montré, être réduits en fine poussière.

Dans mes précédents essais d'immunisation contre la tuberculose, j'avais séparé les bacilles par la centrifugation en deux parties : le dépôt non soluble (T. R.) et le liquide (T. O). Pour l'agglutination il faut employer les cultures non séparées, et nous sommes arrivés à cette conclusion que le plus sûr et plus rapide est d'arriver vite à de hautes doses si toutefois les réactions ne sont pas trop fortes.

Nous prenons une partie de bacilles tuberculeux pulvérisés pour 100 parties d'eau distillée et autant de glycérine. On laisse reposer quelques jours ce mélange, on se débarrasse des particules grossières et on conserve. Un centimètre cube de la préparation répond à 5 milligrammes de bacilles tuberculeux. On dilue avec une solution de soude à 0,8 p. 100. »

On commence par une injection sous-cutanée de 0,0025 milligrammes (comptés en substance bacillaire, c'est-à-dire avec les deux millièmes parties d'un centimètre cube de la préparation); avec cette dose, il n'y a généralement pas de réaction. Nous augmentons ensuite par une ou deux progressions de 2 à 5 fois la dose jusqu'à ce qu'il y ait une réaction avec élévation de température de 1/2 à 2 degrés. Une fois la réaction commencée, on arrête six ou huit jours et on note la valeur agglutinante. Le deuxième examen peut être fait environ huit jours après la dernière injection. Trouve-t-on alors un certain pouvoir agglutinant ou a-t-on augmenté ce dernier, il faut faire en sorte de le conserver ou même de l'augmenter. Aussi ne diminuerons-nous jamais les doses, nous les augmentons toujours. Nous sommes allés jusqu'à 30 milligrammes. Les grandes injections ne sont faites qu'à des intervalles de deux à quatre semaines.

Plus loin, Koch préconise l'injection intra-veineuse; il emploie alors des doses plus faibles que pour l'injection sous-cutanée. « Il faut prendre la dixième partie de la dose qu'on emploie pour l'injection sous-cutanée.

On commence par l'injection sous-cutanée et continue par la voie intra-veineuse.

Sur 74 malades soignés ainsi, on a pu amener à une agglutination de 1 p. 25 chez 14 malades, 1 p. 50 chez 18 et même au delà, chez certains d'entre eux. »

Chez 9 d'entre eux il n'a rien pu obtenir.

Koch affirme que cette production du pouvoir agglutinant est liée au pouvoir de fabriquer des substances de défense. Il l'affirme par ce fait que parallèlement à l'apparition du pouvoir agglutinant, l'état des malades, dit-il, s'améliorait. L'appétit, l'augmentation de poids, la disparition des sueurs nocturnes, la diminution des râles, des quantités de crachats et même l'abaissement de la température témoignaient bien de cette diminution d'acuité du processus tuberculeux. Nous n'avons exclu, dit-il, de ce traitement que les malades en état d'asthénie cardiaque, ceux chez qui la destruction pulmonaire était trop avancée et nous n'avons cessé que chez ceux chez qui en même temps que l'agglutination on constatait l'abaissement de poids. En terminant, Koch conseille son traitement pour les sanatoria où se trouvent toujours beaucoup de tuberculeux au troisième degré, et, avec beaucoup de modestie, conseille sa méthode alors que toutes les autres ont échoué.

Nous ne voulons pas faire ici la critique de cette dernière partie du travail. Qu'il nous soit simplement permis de trouver curieux de voir Koch injecter de si fortes doses, et en injections intra-veineuses, de substances qu'il considérait autrefois comme très dangereuses. Il faut certainement attendre pour se faire une idée de la question d'avoir des résultats plus étendus que les quelques lignes par lesquelles Koch résume l'état de ses malades.

MÉDECINE PRATIQUE

La suture des parois urétrales sans suture des parties molles et de la peau.

Lorsqu'on pratique l'urétrotomie externe, il est classique de terminer l'opération soit en laissant le périnée ouvert, y compris l'urètre, et pansant à plat, soit en suturant le canal et toutes les parties molles par étages. La suture totale est le procédé de choix quand les urines sont aseptiques, mais, lorsque les urines sont profondément infectées, lorsque le périnée est criblé de fistules suppurantes, il faut laisser l'urètre et le périnée largement ouverts et panser à plat; la cicatrisation se fait par bourgeonnement. Entre ces deux séries de cas bien tranchés, il existe un grand nombre de cas intermédiaires, souvent très embarrassants, dans lesquels les urines, sans être profondément septiques, sont notablement infectées, et où le périnée, sans être réduit à l'état de clapier purulent, est évidemment peu propre à la réunion par première intention. Que faire dans ces cas? laisser l'urètre et le périnée béants et attendre deux, trois mois et même davantage que la brèche se referme par bourgeonnement? tenter la suture totale pour faire bénéficier le malade des chances d'une réunion primitive? C'est pour ces cas difficiles que M. Zadok (1) propose une technique mixte, associant la suture primitive de l'urètre à un large drainage du périnée. La suture du plan urétral seul réduit au minimum les chances de rétention septique, tout en ayant le grand avantage de reconstituer d'emblée la continuité du canal. Au lieu de reconstituer

(1) Th. de Paris, 1901.

plan par plan toute la brèche périnéale, l'auteur se borne à exécuter un plan de sutures urétrales en plaçant des fils qui affrontent les lèvres de la plaie sans traverser la muqueuse : si la paroi urétrale fait défaut, il reconstitue le canal à l'aide des parties molles juxta-urétrales, suivant la pratique de M. Noguès. Rarement M. Zadok ajoute quelques points de suture des parties molles formant second plan par-dessus le plan urétral ; le plus souvent, il place un à deux points de suture sur les parties molles et sur la peau, soit à la partie antérieure, soit à la partie postérieure de l'incision, se préoccupant surtout de laisser largement ouverte et drainée la plaie périnéale. En voulant fermer davantage, on s'expose à voir survenir des accidents de rétention septique et à perdre le bénéfice de la suture de l'urètre lui-même dont la réunion échoue. La suture de l'urètre seul présente les avantages suivants : non seulement une réunion assez rapide du périnée par seconde intention, mais en outre l'étanchéité constante et rapide des parois urétrales. De plus, l'urètre est reconstitué avec des tissus de choix et non avec du tissu de cicatrice. La sonde à demeure sera enlevée du cinquième au huitième jour ; elle ne sera laissée plus longtemps que s'il y a infection vésicale grave ; aussitôt la sonde supprimée, il est nécessaire de commencer au plus tôt la dilatation par le Béniqué, manœuvre qui permet de façonner la cicatrice en formation, de bien modeler l'urètre au niveau de la suture. La dilatation sera entreprise le lendemain même du jour où on aura enlevé la sonde à demeure. Répétée tous les deux jours, chaque séance sera précédée et suivie d'un grand lavage antiseptique du canal ; on devra arriver rapidement à utiliser jusqu'aux n[os] 59 ou 60 Béniqué.

Ce procédé est indiqué, d'une manière générale, dans les cas où l'urine ou les tissus sont infectés. Elle donne surtout d'excellents résultats dans les cas où la réunion totale semble impossible à tenter, parce qu'un échec paraît alors inévitable. Grâce à elle, le malade ne court aucun danger de rétention septique, et une fois le canal restauré, le périnée bourgeonnera et se comblera en moins de trois semaines.

L. B.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'Hygiène (1), par le professeur A. Proust, membre de l'Académie de médecine. Troisième édition, *revue et considérablement augmentée*, avec la collaboration de A. Netter, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Trousseau, et H. Bourges, chef de laboratoire d'hygiène à la Faculté de médecine, chef de laboratoire à l'hôpital Trousseau. *Ouvrage couronné par l'Institut et la Faculté de médecine.*

Dans l'intervalle de vingt années, qui s'est écoulé depuis qu'a paru la 2[e] édition, il s'est fait une transformation si complète des notions fondamentales qui régissent la science de l'hygiène, qu'une refonte à peu près totale de cet ouvrage s'imposait : aussi la 3[e] édition du *Traité d'Hygiène*, constitue-t-elle un ouvrage presque entièrement nouveau.

Le premier fascicule, qui vient de paraître, comprend, au début, des notions sommaires, exposées d'après les données les plus récentes, sur l'anthropologie et la démographie. Tout le reste de ce fascicule est consacré à l'étiologie, à l'épidémiologie et à la prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses. Les caractères et le mode de diagnostic des microbes pathogènes de ces maladies sont brièvement indiquées dans une série de tableaux.

Parmi les chapitres entièrement nouveaux nous signalerons ceux qui traitent des fièvres éruptives, de la diphtérie, des maladies typhiques, de la malaria, des maladies vénériennes, des conjonctivites contagieuses, des teignes, de la fièvre puerpérale, de la tuberculose, de la lèpre, de l'actinomycose. Les chapitres consacrés aux maladies pestilentielles et à l'hygiène internationale ont été complètement remaniés. Enfin un chapitre sur l'hygiène publique (déclaration obligatoire des maladies transmissibles, isolement et désinfection) termine ce fascicule, qui est illustré d'une centaine de figures, de nombreux plans et de plusieurs cartes.

Le 2[e] fascicule, qui complétera l'ouvrage, paraîtra dans le courant du 3[e] trimestre de l'année 1902. Il traitera des maladies d'origine alimentaire et professionnelle, de l'air, de l'eau, des aliments et de l'alimentation, de l'hygiène individuelle, de l'hygiène des villes et des campagnes et de la climatologie.

Maladies du cuir chevelu : I. Les maladies séborrhéiques. — Séborrhée, acnés, calvitie (1), par le docteur R. Sabouraud, chef du laboratoire de la ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis.

Depuis que M. Sabouraud annonça pour la première fois que la séborrhée et la calvitie séborrhéique étaient des maladies microbiennes (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, février 1897), le public scientifique attendait une monographie complète du sujet pour juger les progrès accomplis dans l'étude de ces maladies si communes et jusque-là si mal connues.

C'est le travail que M. Sabouraud nous donne aujourd'hui, quatre ans plus tard, et il en fait le premier volume d'une série ayant pour titre : *Les maladies du cuir chevelu.*

Nous avons déjà montré le côté pratique de cet intéressant volume (*Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 1252). Il convient également de féliciter l'auteur d'avoir réussi à se mettre à la portée de tous les médecins, même de ceux qui ne sont pas spécialistes. L'ouvrage est merveilleusement illustré ; signalons en particulier une série de quarante aquarelles microscopiques en couleur, qui par une heureuse innovation se trouvent intercalées dans l'ouvrage au point précis du texte auquel elles correspondent.

Éléments de Physiologie (2), par Maurice Arthus, de l'Institut Pasteur de Lille, ancien professeur de physiologie, chimie physiologique et microbiologie, à l'Université de Fribourg (Suisse).

Ce manuel, résumé fidèle de l'enseignement donné par l'auteur pendant les quatre années de son professorat à l'Université de Fribourg, a été écrit pour être utile aux étudiants et est, avant tout, un livre d'enseignement. Avant d'aborder la lecture des grands traités de physiologie, il est indispensable d'acquérir un ensemble de notions précises et d'idées directrices qui permette à l'élève de démêler un ensemble de faits souvent complexes. Ce sont ces notions que l'auteur s'est efforcé de condenser dans ce petit livre, qui rendra, à n'en pas douter, les plus grands services à tous ceux qui commencent l'étude de la physiologie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 13 au 18 janvier 1902)

Examens de doctorat.

Lundi 13 janvier, à une heure. — 2[e], *Salle Richet* : MM. Ch. Richet, Rémy et Broca (André).

3[e] (oral, 1[re] partie ; ancien régime), *Salle Pasteur* : MM. Lannelongue, Walther et Wallich ; — M. Retterer, suppléant.

5[e] (chirurgie, 1[re] partie), *Hôtel-Dieu* (1[re] série) : MM. Mauclaire,

(1) 3[e] édit., revue et considér. augmentée. Gr. in-8° avec cartes et fig. — Prix : 18 francs. — Paris, Masson et C[ie].

(1) In-8°, avec 91 fig. dans le texte dont 40 aquar. en couleurs. Prix : 10 francs. — Paris, Masson et C[ie].

(2) In-16. Prix : 8 francs. — Paris, Masson et C[ie].

Reclus et Broca (Aug.); — (2e série): MM. Kirmisson, Jalaguier et Gosset; — (2e partie) : MM. Fournier, Teissier et Legry; — M. Bezançon, suppléant.

MARDI 14 JANVIER, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Vulpian* : MM. Berger, Quénu et Bonnaire.

4e (ancien régime) : MM. Brouardel, Proust et Vaquez; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Le Dentu et Auvray; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Achard et Jeanselme; — (2e série) : MM. Raymond, Chantemesse et Dupré; — M. Hartmann, suppléant.

MERCREDI 15 JANVIER, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Lannelongue, Lepage et Legueu; — M. Hanriot, suppléant.

JEUDI 16 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Pozzi et Thiéry.

2e, *Salle Broussais* : MM. Mathias-Duval, Gariel, et Gley.

3e (2e partie, ancien régime), *Salle Richet* : MM. Dieulafoy, Charrin et Renon; — M. Gouget, suppléant.

VENDREDI 17 JANVIER, à une heure. — 4e (nouveau régime) : MM. Pouchet, Netter et Desgrez; — M. Gley, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Walther; — (2e série) : MM. Lannelongue, Reclus et Jalaguier; — (2e partie) : MM. Landouzy, Gaucher et Wurtz; — M. Teissier, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Richaud, suppléant.

SAMEDI 18 JANVIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Launois et Guiart; — (oral, *Salle Corvisart* : MM. Raymond, Hutinel et Achard; — M. Chassevant, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Beaujon* : MM. Pozzi, De Lapersonne et Poirier; — (2e partie), MM. Proust, Méry et Widal; — M. Dupré, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Potocki et Demelin; — M. Richaud, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — NOTES OBTENUES. — *Pathologie.* — Séance du 3 janvier 1902. — MM. Cauchoix, 11; Dobrovitch et Roland, 10; Bresard, Francoz et Jardry, 9; Le Louët, 8; Mougeot, 7; Delapchier, 5.

Guerre. — Les candidats au concours pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire des troupes coloniales, qui doit s'ouvrir le 23 janvier 1902 à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, devront remplir les conditions ci-après indiquées : 1° être nés ou naturalisés Français; 2° avoir eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1902; 3° avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée en France et aux colonies. Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de deuxième classe au moins; 4° souscrire un engagement de service pendant six ans au moins dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir sont les suivantes : 1° composition écrite sur un sujet de pathologie générale; 2° examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale; 3° épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter; 4° interrogation sur la pathologie exotique; 5° interrogation sur l'hygiène.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la Guerre (8e direction, 3e bureau), le 15 janvier 1902 au plus tard.

Les pièces à fournir sont : 1° l'acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi; 2° diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine; 3° certificat d'aptitude physique; 4° certificat délivré par le bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire; 5° indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la commission du stagiaire.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les médecins stagiaires suivent pendant un an les cours de l'École d'application du service de santé militaire à Paris. Ils portent l'uniforme du corps de santé des troupes coloniales, avec les marques distinctives adoptées pour les stagiaires du corps de santé militaire. Ils sont rétribués sur le pied de 3060 francs par an et il leur est accordé une première mise d'équipement de 350 francs reversible au Trésor en cas de licenciement, démission, non-obtention du grade d'aide-major de deuxième classe, ou non-accomplissement des six années effectives de service à partir de la nomination à ce grade.

Les stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés aides-majors de deuxième classe des troupes coloniales. Ceux qui n'ont pas obtenu, auxdits examens de sortie, la moyenne des points déterminée par le règlement sur le service intérieur de l'École, sont licenciés et restent soumis aux obligations imposées par la loi sur le recrutement.

Le jury est composé d'un médecin-inspecteur des troupes coloniales, président, et de trois médecins principaux ou majors de première classe des troupes coloniales.

— MM. les élèves du service de santé de l'Ecole de Bordeaux : Duran, Montfort, Comméléran, Bruas, Bourret, Peltier, Cloitre, Vaillant, Trautmann, Salabert, Strauss, Lacroix, Fauquet, Kernéis et Le Pape, qui ont opté pour l'armée coloniale, sont autorisés par le ministre de la guerre à suivre les cours de l'Institut colonial de Bordeaux, en vue de la recherche du diplôme de médecin colonial.

Marine. — M. le médecin principal Rétière, du port de Brest, est désigné pour servir à la prévôté du deuxième dépôt des équipages de la flotte.

M. le médecin de première classe Branellec est désigné pour remplir les fonctions de médecin résidant à l'hôpital maritime de Brest.

M. le médecin de première classe Giraud, du port de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur le *Chanzy* (escadre de la Méditerranée).

La médecine au Transvaal. — Les Anglais viennent de publier un décret réglementant l'exercice de la médecine au Transvaal. Les titulaires de diplômes étrangers ne pourront exercer leur profession que si les lois du pays qui leur a conféré leurs diplômes apportent l'équivalence aux diplômes médicaux anglais.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort, à l'âge de soixante-huit ans, de M. le docteur Antoine Résal, de Dompaire (Vosges), qui a été assassiné dans son domicile par deux malfaiteurs encore inconnus.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur la tuberculose et son traitement (tuberculoses chirurgicale, pulmonaire, intestinale) avec extraits d'un mémoire communiqué à l'Académie de médecine de Paris (juillet 1900), par le docteur G.-P. COROMILAS, chirurgien honoraire de l'hôpital Péan à Paris, professeur agrégé à l'Université nationale hellénique, etc. Un vol. in-8° de 270 p., avec 7 fig. — Prix : 8 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— *de potasse...*	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— *de chaux.....*	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— *de magnésie..*	0.120		0.750	0.900	0.672
— *fer et mang..*	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. *Emplois spéciaux*: **SAINT-JEAN**, maladies des organes digestifs; — **PRÉCIEUSE**, maladies de l'appareil biliaire; — **DÉSIRÉE**, maladies de l'appareil urinaire; — **RIGOLETTE**, chlorose, anémie; **MAGDELEINE**, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE		
Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	Sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— *de chaux*		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTÉRIQUE, CICATRISANT.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Les trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — Se méfier des contrefaçons.

Ampoules Boissy
A L'IODURE D'ÉTHYLE
Pour le *Traitement de l'Asthme*
Par la *Méthode iodurée.* — Guérison complète.
Pour Inhalations — *Une Dose par Ampoule*
BREVETÉES — S. G. D. G.
Ampoules Boissy
AU NITRITE D'AMYLE
SOULAGEMENT IMMÉDIAT
Et Guérison des ANGINES de Poitrine
Syncopes, Mal de Mer, Migraine, Hystero-Epilepsie
4 fr. la Boîte. — 2, Place Vendôme, PARIS.

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Dspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et ph[ies].

DANS LES CAS
de Chlorose et d'Anémie
REBELLES
aux Moyens Thérapeutiques ordinaires

LES PRÉPARATIONS
A BASE
D'HÉMOGLOBINE
SOLUBLE
DE V. DESCHIENS

ont toujours donné les Résultats les plus satisfaisants.

SIROP: Une à deux cuillerées à soupe immédiatement avant ou après chaque repas, soit pur, soit dans un demi verre d'eau ordinaire ou gazeuse.

ÉLIXIR: Liqueur très agréable à prendre par petit verre après chaque repas.

VIN: Un verre à madère avant ou après le repas. — Un petit verre à liqueur pour les enfants.

DRAGÉES: 3 à 6 dragées par jour.

GRANULÉE: Une à deux cuillerées à café avant les repas.

DÉTAIL: *Dans toutes les Pharmacies.*

PRÉPARATION ET VENTE EN GROS:
ADRIAN et Cie
9, Rue de la Perle, Paris.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

PRIX du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure;*
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

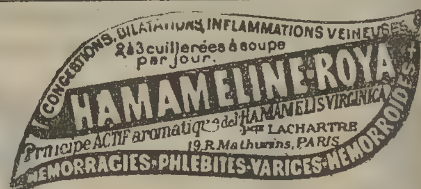
Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées p[r] jour. Bd Haussmann, 41, Paris et ph[ies].



ETABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)
SOURCE BADOIT
L'Eau de Table sans Rivale
La plus Légère à l'Estomac

DÉBIT de la SOURCE : PAR AN 30 MILLIONS *de Bouteilles*

Déclarée d'Intérêt Public
Décret du 12 Août 1897

EXPOSITION UNIVERSELLE, PARIS 1900 : MÉDAILLE D'OR

SEUL VÉRITABLE
EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN
(Bière de Santé Diastasée Phosphatée)
SEUL ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS
DIGESTIF par excellence. Le meilleur des *TONIQUES RECONSTITUANTS*
Le même au **GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX**. Le flac., 2 fr.

DIATHÈSE URIQUE — **PIPÉRAZINE** EFFERVESCENTE • **MIDY** — DOSE: *2 à 6 MESURES PAR JOUR*

N° 3. — JEUDI 9 JANVIER 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 9 JANVIER 1902. — N° 3

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CHIRURGIE DU PANCRÉAS

HÉMATOME RÉTRO-PÉRITONÉAL GUÉRI PAR LA LAPAROTOMIE SUIVIE DUNE INCISION INTER-GASTRO-COLIQUE

Par Victor PAUCHET,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, chirurgien des hôpitaux d'Amiens, Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Le clinicien, consulté pour des accidents abdominaux à point de départ sus-ombilical, localise généralement ses recherches à l'exploration de l'estomac, du foie et des voies biliaires. Du pancréas, il n'est pas question. La pathologie de cet organe a pourtant été bien étudiée depuis ces dernières années. De 1887 à 1898, parurent les publications de Nimier, Senn, Hagenbach, Fitz, Seitz, Hartmann, Biondi, Sendler. En 1898, Körte, de Berlin, publie son beau mémoire qui donna une idée d'ensemble de la question. Depuis cette époque, les divers articles des traités classiques de chirurgie et les rapports documentés des membres du congrès international de 1900 ont achevé d'instruire les chirurgiens sur la pathologie du pancréas. Malheureusement, bien des points restent encore dans l'ombre.

L'observation qui va suivre est celle d'une femme chez laquelle, il y a trois ans et demi, j'ai évacué, après laparotomie, une collection sanguine siégeant en arrière de l'estomac, de l'épiploon et du côlon. J'ai dû attendre l'épreuve du temps pour asseoir mon diagnostic. En effet, à l'issue de cette opération, j'ignorais si cet épanchement sanguin avait pour origine une tumeur maligne, un kyste ou une simple apoplexie pancréatique. Je dois éliminer aujourd'hui l'idée du cancer qui eût emporté la malade quelques mois plus tard; je dois écarter également l'idée d'un kyste qui se serait rempli à nouveau pendant les quelques années qui suivirent. La guérison complète de la malade m'impose donc le diagnostic d'*hématome rétro-péritonéal* ayant probablement pour origine une *pancréatite hémorragique*.

OBSERVATION. — Mme B..., cinquante et un ans, obèse, grossesse normale, il y a vingt-cinq ans. Depuis deux ou trois ans, elle a présenté deux ou trois accès douloureux qualifiés de coliques hépatiques. La dernière crise eut lieu en mai 1898 où la malade fut examinée par le docteur Thomas (de Montdidier) qui trouva tous les signes d'une angiocholite infectieuse : fièvre, subictère, augmentation du volume du foie. Deux mois plus tard, le foie avait repris son volume normal, la malade vaquait à ses occupations, lorsque, au cours d'une promenade, et sans traumatisme, elle fut prise subitement d'une douleur épigastrique violente et dut se faire ramener en voiture. Le docteur Thomas pratiqua une piqûre de morphine et, malgré cette précaution, rencontra une telle défense de la paroi abdominale qu'il fut obligé de surseoir à un palper plus complet. Le facies n'est pas mauvais, le pouls est un peu rapide mais conserve à peu près son ampleur normale. Trois jours plus tard, la contracture défensive de la paroi est assez atténuée pour permettre à notre confrère de reconnaître par le palper la présence d'une masse rénitente siégeant dans l'hypocondre gauche à égale distance des fausses-côtes et de l'ombilic. Au bout de huit jours la masse se percevait plus nettement encore et se prolongeait dans la région épigastrique. Le docteur Thomas craignit alors un néoplasme du péritoine rendu plus perceptible par suite de la résolution musculaire. Au cours de ces accidents, le thermomètre n'avait jamais révélé la moindre élévation fébrile.

Examen clinique, juin 1898. — La malade présente un assez bon état général bien qu'elle ait maigri depuis ces dernières semaines. Pas de glycosurie, pas d'albuminurie, les organes thoraciques et pelviens sont normaux. Je perçois au palper une masse irrégulière, pas nettement rénitente, occupant l'hypocondre gauche et l'épigastre sur la largeur de trois ou quatre travers de doigt. J'explore ensuite le rein, le foie, la rate et le reste de l'abdomen pour éliminer l'idée de tumeur rénale, hépatique ou splénique. Je fais boire à la malade successivement une solution alcaline et une solution d'acide tartrique pour distendre l'estomac. Je constate alors par la percussion et le palper que cet organe descend au-devant de la tumeur et diminue d'autant la surface de matité par laquelle elle se révélait. Je n'insuffle pas le côlon, car la malade a été purgée le matin même. Les battements aortiques se communiquent à la tumeur.

En présence de cette masse allongée peu mobile se révélant à la percussion par une zone de matité intermédiaire à la zone tympanique de l'estomac, en haut et à la sonorité du côlon en bas — masse parfaitement isolée par conséquent du foie, de la rate et du rein — je conclus à l'existence d'une tumeur péritonéale siégeant derrière l'estomac et le grand épiploon et ayant déterminé une poussée péritonitique tra-

duite par les derniers accidents. Comme je ne songeais pas à une lésion du pancréas, je négligeai d'interroger la malade sur les troubles fonctionnels qui accompagnent parfois les affections de cet organe : stéarrée, sialorrée, etc.

Laparotomie. — Incision médiane des régions épigastrique et ombilicale. Je tombe sur l'épiploon et l'estomac, ceux-ci me séparent de la masse qui paraît peu mobile et non fluctuante. Je ne pratique pas de ponction mais j'agrandis l'incision en abaissant sur elle une perpendiculaire sectionnant le grand droit en travers et descendant vers le flanc gauche. J'incise l'épiploon gastrocolique et je tente avec l'index de décortiquer la tumeur. Le doigt entre directement dans la masse et creuse un orifice qui donne issue à des caillots brunâtres. J'évacue ainsi une cavité que je pus ensuite explorer avec les doigts. Cette loge hématique était elle-même contenue dans l'espace virtuel qui répond à l'arrière-cavité des épiploons, c'est-à-dire qu'elle était limitée en avant par l'incision, l'estomac et le côlon, en haut, par le foie, en bas par le mésocolon transverse, à gauche par la rate, en arrière par le pancréas qui paraît faire partie des parois de l'hématome. Il va sans dire que ce n'est pas à l'aide du doigt introduit dans la cavité que j'établis ces divers rapports. Les parois de l'hématome étaient en effet épaisses, irrégulières et tomenteuses et ne permettaient pas de reconnaître les organes qui les limitent. Profondément, le foyer est constitué par une masse épaisse, mollasse, friable, qui doit être le pancréas hypertrophié et vasculaire. J'éponge la cavité à l'aide d'une compresse, et tandis que j'essuie fortement le fond de la caverne, un jet de sang se produit. Je voulus pincer à deux ou trois reprises le point saignant, mais chaque prise déchirait les tissus et bientôt le champ opératoire fut tellement inondé de sang, que pendant quelques instants j'eus des inquiétudes pour la vie de la patiente. Je jetai une masse de compresses dans la cavité et j'exerçai une compression très serrée pendant dix minutes environ. Quand je retirai les mèches de gaze, le suintement était complètement tari; mais l'existence de cette masse friable, mollasse, très vasculaire, me fit craindre un sarcome de l'arrière-cavité des épiploons ou un cancer vasculaire du pancréas, ces tumeurs pouvant être le point de départ d'une hémorragie.

La crainte d'un néoplasme m'enleva l'idée de drainer la cavité et, comme tout suintement avait cessé, je fermai la plaie gastro-colique par quatre points au catgut. L'ouverture abdominale fut complètement fermée par un seul plan à la soie. Les suites furent simples et apyrétiques. La réunion immédiate était obtenue en dix jours. Le palper pratiqué au moment de l'ablation des fils, permit de sentir une résistance correspondant aux parois de l'hématome. Le docteur Henry qui avait été présent à l'opération transmit mon pronostic au docteur Thomas qui n'avait pu être présent. Notre confrère surveilla donc l'état général de la malade et les phénomènes locaux qu'elle pouvait présenter. « Je m'attendais, me disait-il quelques mois plus tard, à voir augmenter la masse épigastrique et à voir diminuer la malade, or c'est le contraire qui se produisit. La tumeur diminua et la malade augmenta. »

Depuis plus de trois ans, la malade continue à jouir d'une santé parfaite et n'a rien ressenti du côté de l'abdomen. J'ai eu moi-même l'occasion de l'examiner il y a quelques mois. La zone indurée qui limitait l'hématome a complètement disparu. Il s'agissait donc d'une collection sanguine rétropéritonéale ou enkystée dans l'arrière-cavité des épiploons, n'ayant aucun rapport avec le foie, la rate, ni le rein, se trouvant, au contraire, en contact intime avec le pancréas, qui limitait en arrière la cavité et faisait partie de ses parois. J'ai donc incisé un foyer provenant d'une pancréatite hémorragique.

Aperçu sommaire de la pathologie pancréatique. — Parmi les organes qui, il y a quelques années encore, paraissaient devoir échapper à l'exploration du médecin, le pancréas occupait une des premières places. Aujourd'hui la lumière s'est faite sur une partie de la question. On a décrit la *dyspepsie pancréatique* et le *diabète pancréatique*. Les interventions abdominales, comme les autopsies, ont permis de reconnaître que le pancréas pouvait être le siège d'un groupe d'affections qui sur les autres viscères sont couramment traitées et diagnostiquées.

Comme le foie, le pancréas peut s'infecter par l'intestin et présenter des lésions *aiguës* ou *chroniques* de ses canaux excréteurs, il peut être le siège d'*abcès*, de *calculs*, d'*adénome*, de *cancer*, de *tuberculose*, de *syphilis*, d'*échinocoques* et d'inflammation chronique de son parenchyme ou *cirrhose*. Comme l'ovaire le pancréas peut être le siège de *kystes* épithéliaux (cysto-épithéliomes) bénins ou malins; comme les glandes salivaires, auxquelles on l'a comparé, il peut donner naissance à des kystes par rétention, véritables *grenouillettes pancréatiques*; enfin, comme l'estomac et le duodénum, le pancréas peut être le siège de phénomènes inflammatoires et nécrobiotiques qui aboutissent à l'autodigestion du parenchyme et à la production d'hémorragies parfois sérieuses, c'est la *pancréatite hémorragique*.

L'*exploration directe* du pancréas est délicate. Appuyé sur la colonne vertébrale, dont le séparent l'aorte et la veine cave, il est recouvert en avant par l'estomac et le côlon. Quand l'organe est normal, on ne peut le reconnaître par le palper. Quand il est augmenté de volume ou qu'il est le point de départ d'une collection ou d'une tumeur, on fera bien de faire précéder l'exploration d'une purgation pour vider l'intestin et de s'assurer d'une résolution musculaire complète, soit par la bonne volonté du malade, soit par le sommeil anesthésique. Les lésions pancréatiques s'accompagnent souvent d'un ensemble de symptômes fonctionnels, généraux et locaux qui sans être constants dans leur présence sont d'un puissant secours au clinicien quand celui-ci à la chance de les rencontrer.

Certains *troubles fonctionnels* tels que le subictère et la douleur épigastrique sont communs aux affections gastroduodénales, hépatiques et pancréatiques, mais il est quelques symptômes qui attireront plutôt l'attention vers le pancréas : l'hypersécrétion salivaire ou *sialorrée*, la diarrhée graisseuse ou *stéarrée*, la diminution de l'*indican* dans les urines, l'épreuve du *salol*.

Comme *symptômes généraux*, on note l'abattement général, l'amaigrissement, la glycosurie, et en cas d'infection, des poussées fébriles intermittentes analogues à la fièvre biliospetique.

Les *symptômes objectifs* n'existent que si les lésions ont acquis un certain volume. Je fais exception pour le cancer de la tête du pancréas qui révèle indirectement sa présence par des signes de stase biliaire : distension de la vésicule, ictère foncé, etc., et je rappelle que la masse d'origine pancréatique peut évoluer au-dessus de l'estomac ou au-dessous de l'estomac et du côlon ou enfin, comme c'est le cas le plus fréquent, entre l'estomac et le côlon. On trouvera donc une masse *occupant la partie supérieure de l'abdomen*, soit l'épigastre, soit l'hypocondre gauche, soit plutôt les deux régions à la fois. Elle subit des déplacements *synchrones aux battements aortiques*. Si la tumeur est sous-hépatique on reconnaît aisément son *indépendance par rapport au foie* dont on délimite facilement la zone de matité et qui ne l'entraîne pas dans les mouvements respiratoires.

Si la tumeur est sous l'estomac on reconnaît la sonorité de cet organe qui s'interpose au foie et à la tumeur, et si *on distend le ventricule par insufflation on reconnaît la zone de sonorité de cet organe qui descend au-devant de la tumeur.*

Pancréatite hémorragique. — Le pancréas peut s'infecter soit par le canal de Wirsung qui débouche avec le cholédoque dans le duodénum, soit par contact d'une lésion inflammatoire voisine (ulcère stomacal), soit enfin par voie sanguine au cours d'une maladie infectieuse (typhoïde, grippe). Si la pancréatite est légère, elle se termine par *résolution*, si elle est plus grave elle aboutit à un *abcès*, si elle passe à l'état chronique elle produit la *cirrhose* de l'organe. A côté de ces lésions inflammatoires dont on retrouve les variétés similaires dans le foie, il est un processus qu'on peut rapprocher de celui qui commande la formation des ulcères gastriques et duodénal. Pour aboutir à la nécrose et aux hémorragies qui en résultent plusieurs processus se combinent : infection, thrombose des vaisseaux, nécrose et autodigestion. Il en résulte des hémorragies dont l'importance est proportionnée au calibre du vaisseau ouvert.

La pancréatite hémorragique présente un début bruyant caractérisé par une douleur épigastrique vive, des vomissements et un état syncopal. Si l'hémorragie est légère, les accidents s'atténuent et disparaissent au bout de quelques jours; si elle est d'abondance moyenne, le syndrome douloureux du début laisse après lui un hématome qui se révèle par le palper abdominal. Si l'hémorragie est abondante, le malade succombe rapidement avec tous les signes d'une hémorragie interne.

Le *diagnostic* des formes foudroyantes ne se fait qu'à l'autopsie. Dans les formes légères ou moyennes, le syndrome douloureux du début peut faire penser à une colique hépatique ou néphrétique, à une crise gastralgique par ulcère rond, à une appendicite ou à une occlusion intestinale. On pensera au pancréas et on cherchera la glycosurie, la stéarrée, et surtout on pratiquera un palper soigneux de l'abdomen, dès que l'hématome sera constitué. La situation rétro et sous-gastrique de la tumeur, l'empiètement de la sonorité gastrique sur la surface de matité après l'insufflation rendront le diagnostic facile dans les cas de collection sous-gastro-colique ou inter-gastro-colique. On ne confondra pas cet hématome avec une tumeur du foie, de l'estomac, du rein ou de la rate.

Le traitement est l'incision après laparotomie. On fendra l'épiploon gastro-colique en travers, on videra la collection et on marsupialisera la cavité.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(7 janvier 1902)

C'est la séance des congratulations mutuelles : M. Guyon, président sortant, après le compte rendu annuel d'usage, remercie ses collaborateurs, souhaite la bienvenue aux nouveaux élus et termine en adressant à M. Brouardel ses félicitations pour son long et fructueux décanat et en exprimant le vœu que, dans cinquante ans, l'Académie ait un secrétaire perpétuel assez éloquent pour lui faire un aussi beau discours que celui de M. Jaccoud.

M. Riche, en prenant place au fauteuil présidentiel, fait, à son tour, l'éloge de son prédécesseur et exprime le regret que ce ne soit pas M. Guyon, l'un de ceux qui ont le plus contribué, par sa générosité, à la nouvelle installation de l'Académie qui préside à l'inauguration de ce nouveau local.

MM. Lombard et Laffont lisent une note dans laquelle ils reconnaissent pour cause à certaines maladies la glycosurie, l'albuminurie, l'hémophilie, un défaut de plasticité du sang. Ils proposent l'emploi de la gélatine pour **remédier à ces troubles résultant de ce défaut de plasticité du sang.** Ils prescrivent la gélatine par la voie gastrique en solution dans l'eau, à la dose de 15 grammes par jour.

M. Laveran lit une note de M. Matignon sur **la fréquence de la syphilis opposée à la rareté du tabes dorsalis à Pékin.** La syphilis, bien que mal soignée par les Chinois, est ordinairement bénigne chez eux.

Enfin, M. Bouffé a fait présenter un travail sur **les heureux résultats fournis par les injections d'orchitine dans le rétablissement et la régularisation de la menstruation chez les jeunes filles chloro-anémiques.**

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Recherches expérimentales sur l'origine de l'infection tuberculeuse chez les jeunes enfants. — L'effroyable fréquence de la tuberculose chez les enfants d'un à deux ans a déjà fait songer à la possibilité de contagions propagées par les mains sales de l'enfant et les poussières du plancher. Feer et Volland considèrent presque la scrofule et la tuberculose du jeune âge comme des maladies dues à la saleté (Schmutzkrankheiten).

Dieudonné a voulu vérifier expérimentalement cette manière de voir. Il fit la recherche des bacilles tuberculeux sur les mains et le nez de quinze enfants, dont les parents étaient tuberculeux ; ces enfants étaient à l'âge critique dont il s'agit. Chez deux enfants le résultat fut positif, une fois aux mains, l'autre fois aux mains et au nez.

Les cobayes inoculés avec le bouillon préparé succombèrent à une tuberculose typique. Dieudonné se rallie à la suite de cette constatation aux mesures d'hygiène conseillées par Feer. (*Münch. med. Woch.*, 1901, n° 37.)

P. V.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Caverne pulmonaire chez un nourrisson. — M. Mayoud, interne des hôpitaux de Lyon, a présenté au nom de M. Audry, à la Société des sciences médicales de Lyon, des pièces provenant de l'autopsie d'un nourrisson.

Il s'agit d'une prématurée à sept mois, née le 1er septembre 1901 et entrée à la première crèche le lendemain. On ne sait rien sur les parents : le père est inconnu ; la mère, d'après le certificat d'un médecin, ne présente aucune maladie ni infectieuse, ni vénérienne, on ignore les causes de l'accouchement prématuré.

A son entrée, l'enfant pèse 1670 grammes. On la met dans la chambre couveuse, où elle passe quinze jours. et on la donne à nourrir au sein. Bien qu'elle soit très pâle et qu'elle tousse un peu, son état est satisfaisant; pendant les mois pe septembre et d'octobre, elle augmente de 80 grammes par semaine. Au commencement de novembre, son poids reste stationnaire, puis diminue. L'enfant dépérit, tousse davantage, se cyanose, présente des battements des ailes du nez, de la dyspnée et meurt le 2 décembre. Pendant toute la maladie, on n'a rien entendu à l'auscultation, sauf, la veille de la mort, de nombreux râles sous-crépitants des deux côtés.

A l'autopsie, les poumons sont farcis, à la surface et à la coupe, de granulations jaunes de différentes grosseurs, avec quelques points de broncho-pneumonie. Dans le lobe infé-

rieur du poumon droit, à sa partie supérieure et postérieure on trouve une caverne, superficielle, du volume d'une grosse noisette, à parois anfractueuses et ulcérées, ne contenant que peu de pus dans son intérieur.

Hypertrophie des ganglions trachéo-bronchiques.

Quelques granulations miliaires dans la rate. Rien dans le foie, ni dans les reins, ni sur le péritoine; quelques ganglions mésentériques hypertrophié; pas de lésions de l'intestin grêle. Rien aux méninges, ni dans le cerveau; cœur normal.

En somme : caverne pulmonaire tuberculeuse, avec tuberculose miliaire des poumons et de la rate; un nourrisson né à sept mois, et âgé de trois mois.

Ces pièces sont intéressantes à cause de la rareté des cavernes pulmonaires dans la tuberculose du nourrisson. M. Audry n'en a vu aucun cas, depuis deux ans qu'il a le service de la première crèche à la Charité. (*Lyon méd.*, 5 janvier.)

R. N.

DERMATOLOGIE

Le traitement du prurit avec lichénification par la cure d'exfoliation. — M. Leredde (de Paris) a eu l'idée d'employer, dans un cas rebelle de lichen simplex du cou, le traitement que les auteurs allemands emploient dans la cure de l'acné, c'est-à-dire l'exfoliation.

Cette méthode thérapeutique consiste à appliquer sur la peau malade, pendant un temps limité, qui varie de quelques minutes à quelques heures, des pommades ou des pâtes contenant une dose élevée d'agents chimiques, ayant sur la peau une action énergique, kératolytiques et réducteurs tels que la résorcine, l'acide salicylique, le naphtol, le savon mou de potasse. On produit ainsi une inflammation aiguë, violente, mais passagère de la peau qui persiste pendant peu de jours; elle aboutit à une desquamation intense, à une véritable exfoliation, à l'élimination plus active des produits glandulaires, des sécrétions cutanées et définitivement à la décongestion consécutive du derme.

La malade dont M. Leredde nous rapporte le cas avait été traitée longtemps et sans succès par les topiques, en particulier à Berlin par le professeur Lassar. L'electricité employée par M. Leredde, pendant environ cinquante séances répétées quotidiennement, n'ayant donné que des résultats incomplets, il y renonça et tenta la cure d'exfoliation décrite plus haut.

Tous les huit jours, M. Leredde appliqua sur toute l'étendue de la plaque de lichen simplex, pendant quinze, puis vingt minutes, une couche épaisse de pâte résorcinée de Unna, pâte dont voici la formule :

Axonge benzoïnée...........	14	grammes.
Oxyde de zinc...............	5	—
Terre fossile...............	1	—
Résorcine...................	20	—

Dans l'intervalle des applications, la région malade était couverte d'une pâte de zinc :

Oxyde de zinc............	ãã 5 grammes.
Amidon..................	
Vaseline.................	
Lanoline.................	

L'effet fut rapide et remarquable d'efficacité. Chaque application amenait une exfoliation abondante. Au bout d'un mois, la guérison pouvait être considérée comme complète.

Deux autres cas observés permettent à M. Leredde de conclure que l'exfoliation semble devoir être préférée aux courants de haute fréquence, comme traitement de début tout au moins, à cause de sa facilité. On pourrait d'ailleurs combiner les deux méthodes, en faisant intervenir l'électricité après l'exfoliation lorsque les conditions physiques de la peau se seraient modifiées. (*Bull. gén. de thérap.*, 1901, n° 21.)

F. R.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la dysenterie aiguë des enfants par les lavements d'eau oxygénée (M. Rocaz). — Les médications internes préconisées (purgatifs, ipéca, opium) réussissent généralement dans les cas légers, mais échouent dans les formes graves dans lesquelles on a surtout conseillé les lavements médicamenteux destinés à agir sur les ulcérations du gros intestin. Le nitrate d'argent est encore en vogue, mais il est d'un maniement difficile. M. Rocaz a employé, dans une épidémie grave de dysenterie aiguë qui a sévi dans les environs de Bordeaux, l'eau oxygénée en deux ou trois lavements quotidiens. Il a employé de l'eau oxygénée à 10 volumes étendue de cinq fois son volume d'eau stérilisée tiède.

Ces lavements antiseptiques étaient, autant que possible, précédés d'un grand lavement évacuateur. La quantité de liquide injectée dans le rectum était naturellement subordonnée à l'âge du malade, mais elle l'était encore davantage à la tolérance du gros intestin. Il est évident, en effet, que pour être efficace ce lavement doit être gardé le plus longtemps possible; il doit, en outre, pénétrer profondément et, dans ce but, il est bon d'employer une sonde un peu longue, mais très souple, car il ne faut pas oublier, en effet, que le maximum des lésions dysentériques siège au niveau du rectum et que tout traumatisme de cette région est très douloureux, sinon dangereux. Enfin, il est bon de faire coucher les malades après l'administration du lavement, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, afin que le liquide puisse baigner tout le côlon.

Administrés avec ces précautions, les lavements d'eau oxygénée sont très facilement supportés; ils ne provoquent aucune douleur, et M. Rocaz a pu en faire administrer une cinquantaine à une fillette de huit ans, sans qu'elle s'en fût jamais plainte.

M. Rocaz a pu communiquer les résultats suivants à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

Sur une dizaine de malade de deux à douze ans, les bons effets du traitement se sont fait sentir dès les deux ou trois premiers jours. Les selles ont vite changé d'aspect, renfermaient moins de pus et de sang; elles étaient de moins en moins fréquentes et le sphincter reprenait sa tonicité. Pour être sûr de la guérison, il est nécessaire de continuer la médication quelques jours après la disparition des accidents.

M. Rocaz croit que les lavements d'eau oxygénée sont particulièrement indiqués dans les formes graves.

De tels faits méritent d'attirer l'attention des praticiens. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 15 déc. 1901.)

L. G.

Traitement de la péricardite aiguë. — M. Deguy, étudiant le traitement de la péricardite aiguë, rappelle un certain nombre de formules utiles. En voici quelques-unes :

Parmi les révulsifs, après les pointes de feu, la glace, on peut employer les légers badigeonnages de teinture d'iode ou frictionner avec l'un des *liniments* suivants :

Baume de Fioraventi......	ãã 15 grammes.
Alcool camphré..........	
Laudanum de Rousseau...	ãã 10 —
Teinture de belladone.....	
Essence de térébenthine...	ãã 5 —
Chloroforme.............	
Ether acétique...........	

On peut employer encore la formule suivante due à M. Huchard :

Alcoolat de genièvre.........	120	grammes.
— de lavande.........	60	—
Essence de térébenthine......	30	—
Teinture de benjoin.........	10	—

S'il s'agit de péricardite rhumatismale, on pourra faire

des badigeonnages avec de l'essence de Wintergreen, ou bien des frictions légères avec une pommade au salicylate de méthyle.

La formule suivante de M. Bourget (de Lausanne) est très recommandable :

Acide salicylique.........	} ââ	15 grammes.
Essence de térébenthine..		
Lanoline................	} ââ	100 —
Axonge..................		

Il convient également de mentionner les compresses chloroformées qui produisent parfois une excellente révulsion, mais dont l'emploi doit être surveillé.

Quant au vésicatoire, ses avantages, qui sont cependant réels, ne sont pas proportionnés aux dangers qu'il fait courir au malade, à cause de son action sur l'épithélium rénal.

Outre la révulsion il faut agir sur le cœur et le tonifier.

Pour stimuler la contractilité du muscle cardiaque et relever la tension artérielle abaissée, la digitale est le médicament le plus sûr.

On peut l'administrer en macération selon la formule suivante :

Poudre de feuilles de digitale.	0gr40
Eau froide...................	120 grammes.
Sirop d'éc. d'oranges amères.	60 —

La même potion est continuée pendant cinq jours, en diminuant chaque jour de cinq centigrammes la dose de feuilles.

La forme pilulaire est également très pratique :

Poudre de feuilles de digitale.....	} ââ 0gr05
Calomel.........................	
Scille..........................	

Par pilule. — Quatre par jour pendant trois jours, puis deux pendant trois autres jours.

Dans les cas de collapsus cardiaque, les injections sous-cutanées de caféine, d'éther, rendent les plus grands services.

Lorsqu'on aura administré la digitale, il sera bon de maintenir et de continuer son effet au moyen de la spartéine administrée sous forme pilulaire :

Sulfate de spartéine......	} ââ 0g05 centigr.
Extrait de convallaria.....	

Par pilule. — Deux pilules par jour.

Ou bien encore en injections hypodermiques selon la formule :

Sulfate de spartéine..........	1 gramme.
Eau distillée..................	50 —

Une à deux injections dans les vingt-quatre heures.

La médication caféinée, surtout chez les enfants, est très recommandable et peut être administrée soit en injections sous-cutanées préconisées depuis longtemps par M. Huchard, soit en potion selon la formule suivante :

Citrate de caféine........		1 gramme.
Sirop de mûres..........	} ââ	20 —
Eau de laurier-cerise.....		
Eau distillée............		80 —

La formule de sérum caféiné de M. Marfan est excellente à beaucoup d'égards :

Citrate de caféine..........	0g75 centigr.
NaCl......................	2g50 —
Eau distillée...............	500 grammes.

On injectera 50 centimètres cubes de cette solution, et on renouvellera les injections si le besoin s'en faisait sentir.

Les stimulants diffusibles, comme la liqueur d'Hoffmann, l'acétate d'ammoniaque, les potions alcooliques trouvent également ici des indications précises.

D'autres indications thérapeutiques sont tirées de la nécessité d'évacuer le plus complètement possible les déchets de l'organisme et les produits microbiens. On ordonnera donc le régime lacté absolu, on emploiera les injections salines et les diurétiques.

La théobromine est un médicament de choix.

Théobromine.................	0g40 centigr.
Benzoate de lithine..........	0g10 —

Pour un cachet, 2 à 3 par jour.

Enfin, il faut faire dormir le malade (bromidia ou sulfonal).

Calmer les douleurs et l'éréthisme nerveux (bromure de potassium, antipyrine ou valérianate d'ammoniaque). [*Journ. des prat.*, 28 déc. 1902.] L. G.

Un moyen simple pour faire tolérer la sonde œsophagienne par les sujets hypersensibles. — Afin de supprimer le réflexe nauséeux qui, chez certains hystériques ou neurasthéniques, constitue un obstacle à l'emploi de la sonde œsophagienne, M. H. Crenshaw, avant de procéder à l'introduction de cet instrument, a eu l'idée ingénieuse, que rapporte le *Bulletin médical*, d'en soumettre le bout inférieur, pendant quelques minutes, à l'action d'un jet de chlorure d'éthyle. Ainsi congelée à sa pointe, la sonde pénétrerait dans l'œsophage, puis dans l'estomac, sans la moindre difficulté, comme un fragment de glace qu'on ferait avaler au malade pour calmer des vomissements. (*Med. Rec.*, 21 déc. 1901.) H.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement des névroses réflexes.

Par M. le docteur J.-P. Lectoure.

Les névroses, dit M. Albright, sont encore assez peu connues et leur domaine mal délimité. Cependant les plus fréquentes d'entre elles, l'hystérie, la chorée et la neurasthénie méritent d'être bien connues et parce qu'elles peuvent facilement, si on ne leur prête pas une attention suffisante, être confondues avec différentes affections organiques et aussi parce que, contrairement à l'opinion commune, elles cèdent le plus souvent à un traitement bien dirigé.

Il est assez difficile de définir l'*hystérie*, maladie que les anciens considéraient comme une affection organique d'origine génitale, et que l'on s'accorde assez communément aujourd'hui à regarder comme une névrose, c'est-à-dire comme une affection inorganique dépendant d'une lésion *sine materia* des centres nerveux. Les causes diverses invoquées par les auteurs, causes agissant sur ce terrain prédisposé, ne font en effet que réveiller la névrose : elles ne la créent pas, et M. Souques a pu dire avec raison que le développement de l'hystérie relève de deux facteurs, l'un essentiel et invariable, l'hérédité névropathique, l'autre contingent et polymorphe, l'agent provocateur (1). Cliniquement, l'hystérie se caractérise d'une part par des stigmates permanents, et d'autre part par des accidents, au premier rang desquels il faut placer les attaques. Ces attaques, dont Charcot, Bourneville et Regnard, puis Richer ont donné une description remarquable, sont toujours précédés de prodromes psychiques ou somatiques. Une fois constituée l'attaque présente, dans ses formes complètes, trois périodes distinctes : la période épileptoïde, se subdivisant en phases tonique, clonique et résolutive; la période des grands mouvements, se subdivisant en phase de contorsion et phase des grands mouvements proprement dits; et enfin la période des attitudes passionnelles. Cette dernière période est souvent suivie de délire. En somme, et bien qu'elle en diffère

(1) *Manuel de médecine*, t. IV.

pas certains points, l'attaque d'hystérie rappelle, dans ses grandes lignes, les attaques comitiales, d'où le nom d'hystéro-épilepsie qu'on lui a souvent donné.

En présence d'une semblable manifestation de la grande névrose que faut-il faire? Deux indications principales sont à remplir, dit M. Albright, soulager l'état actuel des paroxysmes, empêcher le retour de semblables accès. Pour soulager la malade pendant l'attaque, il est bon de faire faire des inhalations de chloroforme et des injections rectales de chloral, au besoin de donner un diurétique. Pour éviter les retours de l'attaque, l'idéal serait de connaître la cause qui l'a produite et de supprimer cette dernière : malheureusement la chose est souvent impossible et l'on doit se borner à ordonner les médications qui exercent une action sédative sur le système nerveux. Les toniques, le grand air, la bonne nourriture, les occupations peu fatigantes seront d'abord prescrites. Mais il faut compléter le traitement diététique, par l'administration des bromures et du chloral. Les bromures possèdent en effet une remarquable action dépressive sur le système nerveux et particulièrement sur le cerveau. Les expériences d'Albertoni ont montré en effet que le bromure de potassium affaiblit l'excitabilité réflexe du cerveau à tel point que, chez un animal bromuré, il est impossible de provoquer des accès épileptiques par l'irritation électrique du cortex. L'hystérie relève d'une excitabilité anormale de l'écorce, il est donc tout indiqué de lui opposer le traitement bromuré. Quant au chloral, il exerce à la dose de 2 à 3 grammes une dépression profonde sur la substance grise des hémisphères cérébraux et Binz a prouvé expérimentalement que, dans ce cas, les cellules cérébrales subissent des modifications très analogues à celles que produisent le chloroforme ou la morphine. Le chloral, seul ou associé au bromure, convient donc à merveille au traitement de l'hystérie. Réunis, comme ils le sont dans la préparation de Bromidia, qui contient, par cuillerée à bouche, un gramme de chloral et de bromure, un centigramme de chanvre indien et un milligramme d'hyoscyamine, ils donnent en effet les meilleurs résultats dans le traitement de l'hystérie. M. Albright se loue fort de cette préparation qui, à elle seule, lui a valu trois cas de guérison rapide et complète.

La *chorée*, encore appelée danse de Saint-Guy, du nom du saint qui passait au moyen âge pour jouir de la vertu d'arrêter les mouvements choréiques, se caractérise essentiellement par la production de mouvements involontaires, irréguliers, incessants, défiant toute description. A la face, ces mouvements impriment à la physionomie les changements les plus extraordinaires, les grimaces les plus imprévues; aux membres supérieurs, les mouvements de flexion, d'extension ou de pronation, etc., donnent quelquefois au petit malade l'aspect d'un bateleur, suivant la célèbre comparaison de Sydenham; enfin l'agitation musculaire des membres inférieurs est parfois telle que les malades sont absolument condamnés au lit. Les mouvements convulsifs peuvent encore gagner les muscles du tronc et du bassin, et atteindre même les muscles de la vie organique. Dans ces cas, l'état général ne tarde pas à s'altérer. Fatigués par des mouvements incessants, épuisés par le manque d'alimentation, par la fièvre, ces malades finissent par perdre tout sommeil et par dépérir. M. Albright a eu récemment plusieurs cas de ce genre à soigner. Dans l'un d'eux, il s'agissait d'une petite fille de treize ans, plus ou moins souffrante depuis trois ans, mais chez laquelle la chorée prit soudain une gravité exceptionnelle. En peu de temps apparurent l'amaigrissement, la perte de forces; la petite malade devint triste et mélancolique, l'esprit hanté de perpétuelles craintes de mort. Le docteur Albright, appelé à ce moment, prescrivit une demi à une cuillerée à café de bromidia toutes les quatre heures pour arrêter les spasmes et produire le sommeil. Ce traitement fut complété par l'administration d'huile de foie de morue et d'hypophosphites. Le soulagement fut immédiat, si bien qu'au bout de trois semaines de ce traitement, on put transporter la petite fille à la campagne où elle resta six à sept semaines. Elle y continua la même médication et la guérison complète ne tarda pas à survenir. C'est que le Bromidia est aussi formellement indiqué dans les cas de chorée que dans les cas d'hystérie, par son action dépressive sur le système nerveux central. Cette préparation eut appelée à rendre les plus grands services dans une affection que caractérise l'hyperexcitabilité extrême du système nerveux moderne.

Ceux qui ne dorment pas, dit encore M. Albright, sont encore reconnaissants à leur médecin de les soulager sans le secours d'un narcotique nauséeux. Les injections de morphine, trop fréquemment employées, ne sont pas sans danger, surtout chez les vieillards. Dans ces cas, que l'insomnie relève d'une lésion organique ou simplement d'un trop grand surmenage, elle est admirablement combattue par le Bromidia et M. Albright n'hésite pas à employer cette préparation dans tous les cas d'insomnie nerveuse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — NOTES OBTENUES. — *Pathologie.* — Séance du 6 janvier 1902. — MM. Bourguignon, 13; Ambrosi et Perliac, 12; Lebhar, 11; Lœderich, 10; Ferté, 8; Roux et Vermeil, 6.

Anatomie. — Séance du 2 janvier 1902. — MM. Alquier, 10; Blairon, 9; Papin, Ramond et Rendu, 8; Lafosse et Marsan, 7; Mignon, 5; Claude, 4; Barré, 3.

Séance du 4 janvier. — MM. Rousseau, 11; Barbé et Jamet, 9; Magitot, 8; Dennecé, Bour et Broc, 7; Dupuy, 6; Brunchwig et Deniker, 4.

La ville la plus malsaine de l'Europe. — La municipalité de Madrid vient de publier une statistique très intéressante des décès qui se sont produits dans la capitale depuis le 1er janvier 1887 jusqu'au 31 décembre 1901. Il en résulte que Madrid est la ville la plus malsaine de l'Europe.

Dans les cinq ans en question, le chiffre des décès s'est élevé à 79 374! En 1901, 17 242 personnes, parmi lesquelles 4 064 enfants âgés de moins de quatre ans, sont mortes à Madrid, c'est-à-dire environ 33 p. 1 000 de la population, alors qu'à Paris, cette proportion est à peine de 20 p. 1 000.

Dans les cinq dernières années, la tuberculose a emporté à Madrid 9 556 habitants; la petite vérole, 1 934; la rougeole, 3 099 et ainsi de suite. Il y a quelques mois, la municipalité a pris certaines mesures afin d'empêcher la propagation des maladies contagieuses. Ainsi la mairie a fait afficher une ordonnance en vertu de laquelle aucun appartement ne pourra être loué sans avoir été préalablement désinfecté par les employés dn laboratoire municipal. Les locataires aussi bien que les propriétaires qui agissent en contravention à ce règlement s'exposent à de fortes amendes. Cette mesure a déjà donné des résultats satisfaisants, et depuis qu'elle est en vigueur, on constate une diminution assez forte de la mortalité.

Mais le grand facteur de l'insalubrité de Madrid, c'est la sophistication des aliments, et c'est sur ce point que devront porter les réformes.

Il faudra aussi songer à agrandir la ville, qui est devenue trop étroite pour la population qu'elle renferme. D'après la dernière statistique, Madrid a 528 000 habitants et 17 000 maisons, ce qui fait 31 habitants par maison!

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Le Baron (de Paris).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 4. — SAMEDI 11 JANVIER 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 11 JANVIER 1902. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Le cancer du testicule en ectopie abdominale.

Par M. Ch. KÆPPELIN,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Une loi de pathologie générale, formulée par Ledouble, Langenbeck, et adoptée d'une façon à peu près universelle, enseigne qu'un organe malformé ou déplacé est prédisposé à toutes sortes de maladies. Au dire des classiques le testicule retenu dans l'abdomen non seulement échappe à cette régle mais paraît jouir d'une véritable immunité. Les chirurgiens ont coutume d'affirmer que les tumeurs de la glande ectopique sont fréquentes, les tumeurs malignes en particulier, mais ils admettent que la cryptorchidie profonde est à l'abri de cette terrible complication. Si pourtant on parcourt la littérature médicale, on voit que Ch. Monod et Terrillon, P. Reclus et la majorité des auteurs sont dans l'erreur quand ils avancent « que le cancer du testicule ectopié ne s'observe que dans l'inclusion inguinale ». Des observations, peu nombreuses, il est vrai, établissent que la cryptorchidie abdominale n'est pas une garantie contre la néoplasie. Elles ont montré combien le diagnostic des tumeurs qu'on y rencontre est délicat et par ce fait même elles font prévoir que leur rareté n'est peut-être pas aussi exceptionnelle qu'on l'estime généralement, la lésion étant sans doute ordinairement méconnue lorsqu'il n'y a pas de vérification opératoire ou nécropsique. Nous avons publié, alors que nous étions l'interne de M. Jaboulay (1), un cas de néoplasme abdominal développé sur un testicule arrêté dans dans sa migration, diagnostiqué et opéré. Tout récemment MM. Souligoux et Lecène ont rapporté un cas analogue (2). Après nous être livré à des recherches sur ce sujet encore obscur et mal étudié, nous avons eu l'idée de réunir dans un travail d'ensemble les données cliniques, anatomo-pathologiques et opératoires qu'il est actuellement possible d'extraire des quelques observations, très instructives, que nous avons pu relever. Nous nous efforcerons de mettre en relief les particularités qu'elles renferment, elles nous paraissent susceptibles de jeter quelque lumière sur une affection peu courante qui mérite d'attirer l'attention des chirurgiens.

(1) *Lyon méd.*, 12 nov. 1899.
(2) SOULIGOUX et LECÈNE. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, juin 1901.

I

Etiologie. — D'une façon absolue, le cancer du testicule caché est loin d'être fréquent, si l'on en juge par le petit nombre des faits publiés. Nous n'en avons trouvé que sept dus à Johnson, Mathieu, Kahlden, Picqué, Jaboulay, Arrou, Souligoux. Il y a sans doute des cas ignorés qui ont passé inaperçus ou faute de contrôle et de certitude n'ont pas été livrés à la publicité, mais il n'est pas admissible que, si cette dégénérescence se rencontrait avec une certaine fréquence on ne l'ait pas découverte plus souvent. Les malades qu'elle atteint souffrent et viennent réclamer le secours de la chirurgie, s'ils sont inopérables, l'évolution rapide de l'affection donne bien vite l'occasion de pratiquer une autopsie que son intérêt même commande de ne pas négliger.

Si donc, des auteurs aussi sérieux que Trélat et Peyrot, Monod et Terrillon, Duplay et Reclus disent n'en pas connaître d'exemple, si presque tous les chirurgiens n'ont jamais eu l'occasion d'en observer, il faut bien croire que ce cancer est en réalité exceptionnel.

Ce n'est pas, d'ailleurs, le chiffre absolu de la fréquence du néoplasme abdominal qu'il est utile de considérer, mais plutôt la fréquence relative du cancer dans l'ectopie profonde en raison des conclusions qu'on peut en tirer au point de vue du pronostic et du traitement de l'anomalie de position.

Pour l'ectopie inguinale les statistiques sont démonstratives. On ne compte plus aujourd'hui les cas où est survenue cette complication. Monod et Terrillon en France, Kahlden en Allemagne, Wisner, Michiels dans leurs thèses en ont relaté de nombreux, il est peu de cliniciens qui n'en aient plus ou moins observés. Schœdel dit avoir rencontré, dans les hôpitaux de Londres, cinq fois le cancer du testicule inguinal, pour trente-six fois celui de la glande normalement descendue; or tel n'est pas évidemment l'indice numérique du rapport de fréquence des migrations complètes et des migrations entravées. L'anomalie constitue une prédisposition évidente. Mais il importe de remarquer, comme l'ont fait ressortir les auteurs, qu'on doit tenir compte ici d'un facteur qui, selon eux, occupe le principal rôle sinon

le seul dans l'éclosion de la tumeur, nous voulons parler du traumatisme chronique. La glande arrêtée à l'aine est exposée à toutes sortes de froissements continus et répétés. Les heurts et les pressions auxquels elle est soumise du fait des contusions de la région, de la contraction des muscles et de l'action d'un bandage sont autant de causes occasionnelles en dehors desquelles le cancer n'aurait peut-être qu'une faible tendance à s'y localiser. Il est difficile d'invoquer pour le testicule ectopié dans l'abdomen pareil mécanisme, sauf toutefois dans la variété rétro-pariétale. Lorsque la glande est accolée à la paroi, derrière l'orifice interne du canal inguinal dans lequel elle s'engage parfois faisant alors saillie sous les téguments, les diverses influences que nous venons de signaler peuvent encore s'exercer. C'est bien à la suite d'une vive contraction de la paroi, au cours d'un effort (partie de cricket), que Johnson a vu se développer le premier cas connu de tumeur testiculaire abdominale. Mais la glande est à l'abri de tout choc extérieur lorsqu'elle est iliaque proprement dite, ou abdomino-lombaire.

Existe-t-il dans ces variétés une prédisposition à la dégénérescence et faut-il admettre encore l'opinion de Langenbeck devenue courante, qui ferait considérer le cancer comme une complication habituelle de toute cryptorchidie? Ce n'est pas avec les documents que nous possédons qu'il est possible de répondre. Tout ce que l'on peut affirmer c'est que le danger est moindre dans la rétention haute.

L'ectopie iliaque n'est pas rare : 7 pour 39 inguinales (Godard). Si tel était le rapport des néoplasmes qui compliquent les deux espèces de l'anomalie, d'après ce que nous savons de la fréquence relative du cancer de l'aine, le cancer profond, bien qu'il échappe beaucoup plus facilement à l'attention, serait retrouvé plus souvent. Or, von Kahlden rapporte 2 cas de cancer abdominal sur 57 cas de tumeurs primitives des glandes ectopiques.

Le cancer du testicule abdomidal, tout comme celui du testicule normalement descendu, se rencontre surtout entre vingt-cinq et quarante-cinq ans, en pleine période d'activité sexuelle. Il n'est pas signalé chez l'enfant, il doit être très rare chez le vieillard, une fois passée la vie génitale (cas de Arrou, 63 ans).

L'hérédité ne semble jouer aucun rôle. On ne trouve ordinairement aucune tare néoplasique, ni cancer, ni tératomes chez les ascendants.

Il n'y a pas de cause déterminante, en règle générale, ou du moins elle nous échappe. Il s'agit d'hommes vigoureux, jeunes, bien portants, qui n'avaient jamais souffert de leur ectopie jusqu'au jour où éclate, sans raison appréciable, le premier symptôme de la complication. La localisation testiculaire peut être secondaire. Dans le cas de Mathieu, il y avait cancer du rein et du testicule correspondant, mais on ne sait pas sur lequel de ces deux organes avait porté primitivement la dégénérescence. Dans deux faits observés par Lewinsky et Arrou la pathogénie est évidente. Le premier malade avait un cancer médullaire, la propagation se fit de proche en proche par le cordon; le second fut opéré d'abord pour néoplasme du testicule inguinal et présenta quelques mois plus tard une tumeur maligne du testicule opposé resté dans l'abdomen.

II

Anatomie pathologique. — La tumeur est latérale, occupe partie ou totalité d'une fosse iliaque, empiète quelquefois sur celle du côté opposé. Elle peut plonger dans le petit bassin ou même s'y loger tout entière.

Elle présente une forme arrondie, ovalaire, assez régulière, reproduisant celle d'un testicule très augmenté de volume. Elle n'acquiert pas d'habitude, des proportions énormes et varie de la grosseur d'un œuf de dinde à celle d'une tête de fœtus. La surface en est lisse et unie. Picqué l'a trouvée bosselée, ce paraît être l'exception. Elle est encapsulée par une enveloppe fibreuse adhérente qui est sans doute l'albuginée distendue et épaissie. Sa consistance est rénitente, plutôt molle, uniforme.

A la coupe la surface de section est de coloration blanchâtre, blanc jaunâtre ou gris-rosé. Elle offre l'aspect des néoplasmes dits encéphaloïdes.

L'épididyme est souvent envahi, comme la glande; il constitue une masse secondaire, plus petite, accolée à elle; il est reconnaissable car il conserve grossièrement sa forme. Dégénéré ou sain il se continue avec un pédicule vasculaire à la constitution duquel concourent le canal déférent, les artères spermatiques et des veines, plongés dans une atmosphère celluleuse et entourés par un court mésentère péritonéal. Ce cordon suit une direction variable, et se porte soit vers l'orifice inguinal interne soit en haut, du côté de la paroi lombaire.

La tumeur possède des adhérences constantes. Les anses intestinales, parfois agglomérées à son voisinage, l'épiploon, la vessie, le cul-de-sac recto-vésical, l'arcade crurale lui sont rattachés par des brides plus ou moins serrées, plus ou moins vasculaires.

On peut observer des compressions, principalement quand la tumeur plonge ou prolabe dans l'excavation, on a vu le rectum aplati contre le sacrum, la vessie refoulée en avant et déformée.

Il ne se fait pas de greffe péritonéale sans doute parce que le néoplasme est encapsulé. Picqué a noté cependant un épaississement suspect sur le cul-de-sac recto-vésical. Kahlden a vu sur la séreuse des noyaux néoplasiques de la grosseur d'une noisette ou d'un œuf de pigeon. L'ascite réactionnelle existe parfois, mais toujours en très petite quantité à moins que la masse cancéreuse ne soit devenue énorme (Arrou, Kahlden) et que l'exsudation alors abondante ne tienne à la compression vasculaire dont on retrouve les autres signes.

A la période cachectique on observe des lésions ganglionnaires le long de l'insertion du mésentère dans les fosses iliaques, la région lombaire. Les ganglions sont durs, pigmentés, noirâtres, hypertrophiés. L'adénite sus-claviculaire a été relevée une fois (Picqué). Le néoplasme qui retentit vite sur le système lymphatique ne semble avoir, en revanche, qu'une faible tendance à se généraliser aux organes. Seul Kahlden a constaté la présence de noyaux viscéraux secondaires.

Signalons enfin l'existence possible d'un varicocèle inguinal, observé dans le cas de Souligoux du même côté que la tumeur.

Histologiquement, nous trouvons deux fois la mention : épithélioma (Jaboulay, examen de Paviot; Souligoux-Lecène), une fois la mention : sarcome globo-cellulaire (Mathieu), une fois : sarcome à grandes cellules (Kahlden). Ce que nous savons aujourd'hui de l'anatomie microscopique du cancer testiculaire nous autorise à penser qu'en réalité il s'agit dans tous ces cas d'une néoplasie épithéliale, puisque telle est la dégénérescence qu'on décèle dans l'immense majorité des examens, l'aspect qui faisait dire

autrefois sarcome globocellulaire n'étant plus interprété actuellement dans le sens d'une formation conjonctive embryonnaire.

Il est probable que les différentes espèces histologiques de l'épithélioma testiculaire se retrouvent ici : Souligoux et Lecène ont été en présence d'un épithélioma Wolffien, la description qui nous a été donnée par M. Paviot, dans notre cas, correspondait à celle de l'épithélioma séminifère de Pilliet et Costes. Le tératome ovulaire ou cancer mixte n'a pas été signalé. Quant au rapport de fréquence des diverses variétés il est évident que nous ne saurions l'établir sur quatre exemples.

III

Symptomatologie. — Début. — Le début brusque est exceptionnel. Une douleur abdominale vive, survenant en coup de fouet, soit spontanément (Souligoux), soit pendant un effort violent (Johnson), est alors le premier signe de l'affection. Il est probable qu'il y a dans ces cas une phase de latence, que la tumeur s'est développée d'abord en silence jusqu'au jour où soudainement elle se révèle à l'occasion d'une cause quelconque ou sans raison connue.

Que cette période initiale se traduise par quelques symptômes légers, progressifs et l'on aura la forme de début lent, la plus habituelle. C'est principalement dans la région lombaire que siège une souffrance vague, intermittente, laissant au patient des trèves assez longues, puis continue, pénible mais encore supportable, sans irradiations, peu inquiétante et d'autant plus dangereuse pour le sujet qu'il l'endure et reste des semaines sans consulter un médecin.

État. — Plus ou moins rapidement (1-2 mois) la tumeur devient appréciable. Un jour le malade se découvre une grosseur dans le ventre, soit à droite, soit à gauche, jamais médiane. Peu à peu cette masse augmente, cependant que les troubles fonctionnels s'accusent et que, le plus souvent, la santé dépérit. L'intervention est alors réclamée et le chirurgien n'a pas de peine à mettre le doigt sur la lésion.

Le ventre est peu distendu, la tumeur, toujours latérale, est sentie dans une fosse iliaque. Elle peut remplir une fosse ilio-lombaire (Johnson-Arrou) mais ordinairement son volume est moyen; elle est lisse et régulière au palper, sa consistance est rénitente, uniforme. Cette tumeur est peu mobile; fixée par ses adhérences et par son pédicule, on ne lui imprime qu'avec peine des déplacements limités. Elle peut plonger dans l'excavation pelvienne et s'y trouver enclavée. Le toucher rectal appréciera la saillie qu'elle y fait et, par l'exploration de son pôle inférieur, complétera les renseignements de la palpation sur la consistance, l'état de la surface, la mobilité du néoplasme.

La percussion donne au-devant de la tumeur, qui est au contact de la paroi, de la matité et de la sonorité dans les flancs. A moins qu'elle n'ait acquis des proportions considérables il n'y a pas d'ascite : ni flot, ni ballottement, contrairement à ce qu'on pourrait supposer par analogie avec ce qui s'observe dans les dégénérescences malignes de l'ovaire.

La recherche des ganglions lymphatiques doit être minutieuse. Ils sont situés dans la profondeur et difficilement accessibles, il n'existe pas d'adénopathie inguinale. Leur présence, grosse de déductions pronostiques ne sera donc révélée que par une exploration méthodique et soigneuse du ventre, il est rare d'obtenir une sensation nette, on doit se contenter de la probabilité fournie par l'impression de masses diffuses et d'empâtement profond. Puis un examen du foie, de la rate, des reins, des poumons permettra la recherche de noyaux cancéreux secondaires dans ces organes. On cherchera aussi les adénites éloignées, sus-claviculaire et autres (Picqué).

Il faut enfin découvrir l'ectopie testiculaire et pour cela il faut y penser; le malade n'attire généralement pas l'attention sur cette particularité de haute signification. Cette constatation sur un individu porteur d'une néoplasie abdominale ne permet pas sans doute d'affirmer la dégénérescence de la glande, mais ne ferait-elle que diriger de ce côté les investigations, c'est beaucoup lorsqu'il s'agit d'une affection rare, à laquelle on n'a guère coutume de songer.

Signes fonctionnels. — La douleur est un signe précoce, tantôt vive d'emblée, tantôt légère au début mais rapidement progressive, elle ne fait jamais défaut. Tour à tour gravative, lancinante, elle siège principalement dans l'abdomen d'où elle irradie aux lombes, aux cuisses, au périnée, au scrotum. Elle est spontanée et semble peu influencée par la palpation, la marche, les contractions de la paroi sous les différents efforts volontaires ou involontaires. Cependant la fatigue, les travaux pénibles, les efforts répétés, la station debout prolongée l'exacerbent. Elle n'est pas toujours améliorée par le repos dans le décubitus. Les paroxysmes sont fréquents. Le néoplasme est parfois indolore, parfois très sensible à la pression, ce dernier mode est plus rare.

Les troubles de compression, quand ils se montrent, portent sur la vessie : dysurie, fréquence des mictions, ténesme; sur l'intestin, le rectum, constipation, distention des anses, ballonnement du ventre. Les compressions vasculaires et nerveuses ne surviennent qu'à une période avancée, si la tumeur est volumineuse.

Souligoux a vu des poussées péritonéales avec vomissements porracés, mais sans élévation thermique.

Nous n'oublierons pas, pour terminer cet exposé des manifestations fonctionnelles, le *varicocèle symptomatique*. Cette dénomination nous paraît convenir à cette masse mollasse, mobile, douloureuse que M. Souligoux décrit chez son malade, et qui, prise tout d'abord pour le testicule éctopié à l'aine, fut reconnue après incision pour être un paquet de veines pelotonnées et gorgées de sang, un véritable varicocèle inguinal.

Évolution. — L'état général peut s'altérer vite et l'affection évoluer d'une façon aiguë (6 semaines, Johnson). Ordinairement le cancer est un certain temps compatible avec l'intégrité de la santé. Les malades laparotomisés par Picqué et Souligoux étaient des hommes vigoureux, nous ne connaissons pas leur destinée ultérieure, il est possible au reste qu'opérés assez tôt ils aient été définitivement guéris, mais que le patient temporise, l'envahissement ganglionnaire ne tarde pas à se faire, l'appétit se perd, l'amaigrissement, la perte des forces arrivent et moins d'une année suffit à le conduire au dernier degré de la cachexie, terminaison habituelle de l'affection. Pendant les quelques semaines qui précèdent la mort, on peut voir la tumeur, qui jusque-là avait grossi lentement, subir une augmentation rapide et acquérir un volume énorme (6 kilogs, von Kahlden).

IV

Diagnostic. — Le diagnoctic est hérissé de difficultés, aussi n'a-t-il été porté que deux fois pendant la vie (Picqué-

Jaboulay). Bien que parmi les signes que nous avons énumérés aucun ne soit pathognomonique, on peut cependant le faire, après avoir constaté l'ectopie, en se basant sur l'ensemble des symptômes qui valent par leur groupement et donnent à la maladie une physionomie clinique assez spéciale, en pratiquant des éliminations successives pour écarter les tumeurs de l'abdomen capables d'en imposer pour elle.

Ce diagnostic comporte plusieurs questions :

Tout d'abord y a-t-il tumeur? Au début la douleur est l'unique symptôme qu'accuse le malade, le ventre est normal, la tumeur est petite, il faut la rechercher pour la découvrir, à travers une paroi épaisse ou résistante il est aisé de concevoir que la chose soit peu commode. Que la douleur vive, continue, paroxystique soit localisée aux lombes, la colique néphrétique, la névralgie pariétale, la névralgie lombaire idiopathique ou symptomatique d'un mal de Pott, la néphralgie, les crises douloureuses préataxiques se présenteront tour à tour à l'esprit, que le siège des souffrances soit placé dans l'abdomen, l'intestin, la vessie, l'appendice seront incriminés. C'est pourtant à cette période qu'il est important de ne pas se tromper, un diagnostic précoce étant la condition d'une intervention hâtive et, par suite, vraisemblablement efficace. Il est bien certain cependant que, dans ce cas, on ne pourra que soupçonner un cancer latent du testicule absent dans les bourses.

Quand la tumeur est contestable, le diagnostic est possible si l'ectopie est découverte. Le chirurgien ne doit jamais négliger la recherche de la glande à sa place normale et sur le trajet accessible de sa migration toutes les fois qu'il est en présence d'une tumeur abdominale chez l'homme. Si le testicule n'est retrouvé ni dans les bourses ni à l'aine, il paraîtra logique de dire : néoplasme du testicule ectopié dans le ventre. Mais ce n'est là qu'un diagnostic de probabilité qu'il reste à confirmer par une étude approfondie des symptômes et l'élimination méthodique des lésions similatrices. Étant donné la rareté des tumeurs qui nous occupent et la fréquence incomparablement plus grande des autres tumeurs de l'abdomen qui peuvent, en somme, coexister avec l'ectopie, il faut toujours y songer et se demander *si la localisation est réellement testiculaire*.

Les tumeurs de l'abdomen supérieur (estomac, foie, rate), bien plus haut situées, ne constituent pas, le plus souvent, une cause d'erreur, à l'exception peut-être des kystes hydatiques pédiculés qui sont rares. Les affections rénales prêteraient davantage à confusion.

C'est d'abord le rein flottant provoquant des douleurs lombaires et un certain degré d'altération de la santé (troubles digestifs, neurasthénie); la mobilité, la réductibilité parfaite dans la fosse lombaire le caractérisent. C'est ensuite, et surtout, le cancer du rein. Mais si parfois ses signes fonctionnels sont peu appréciables, il se traduit le plus souvent par des douleurs, des hématuries spéciales, l'exploration méthodique, pratiquée selon les règles énoncées par Guyon, Le Dentu, Glénard, lèvera les doutes. Quant au varicocèle symptomatique, on ne le retrouverait qu'au cas où le cordon, descendu plus bas que le testicule, aurait pénétré dans le canal inguinal. Encore ce signe n'aurait-il plus de valeur, puisque nous connaissons l'existence d'un varicocèle de l'aine, symptomatique du cancer testiculaire abdominal.

Avec l'hydronéphrose, indolente et fluctuante, capable de subir d'énormes variations de volume, coïncidant avec des émissions plus ou moins abondantes d'urine, la confusion est peu faisable.

Du côté de l'intestin les néoplasmes du côlon donneraient surtout le change. Dans les deux cas, il y a tumeur latérale, troubles intestinaux, cachexie, mais dans le cancer intestinal les phénomènes digestifs sont plus marqués, les selles peuvent contenir du sang et des débris cancéreux, les symptômes d'occlusion subaiguë et d'entérite chronique prédominent, il n'y a pas de vraies douleurs, il s'agit plutôt de coliques, les irradiations font défaut.

Dans certaines circonstances on a pu songer à l'appendicite. Le début par une douleur vive, survenue brusquement dans la fosse iliaque droite, devait y faire penser dans le cas de Johnson; la tumeur adhérente à la paroi et douloureuse à la pression était susceptible de simuler un plastron inflammatoire ou un abcès péricæcal. Le cas de Souligoux est encore plus typique à cet égard : le commémoratif d'une douleur subite, au voisinage de l'ombilic, la présence de phénomènes péritonéaux : ballonnement du ventre, vomissements porracés, sensibilité abdominale, constituaient un tableau clinique assez particulier pour faire naître l'erreur, d'autant plus facile à commettre qu'on n'avait pas senti la tumeur. Sans le varicocèle inguinal on ne l'eût probablement pas évitée. L'impossibilité de provoquer une douleur exquise nettement localisée au point de Mac Burney ou présentant à ce niveau son maximum, la recherche et la constatation de la tumeur, avec ses caractères, l'absence de fièvre et de température feront éliminer l'appendicite.

La péritonite généralisée sera rejetée pour ces dernières raisons.

Le varicocèle de l'aine peut en imposer pour le testicule ectopié, la tumeur reste alors méconnue parce qu'on ne la soupçonne pas, les accidents péritonéaux, s'ils existent sont rattachés à l'anomalie (Souligoux). Il peut aussi faire croire, si les signes d'occlusion sont marqués, à l'étranglement d'une entéro-épiplocèle, complication fréquente de l'ectopie.

Lorsque la tumeur plonge dans le petit bassin, les signes de compression rectale et vésicale dominent parfois la scène, un examen approfondi de ces organes établira leur intégrité et permettra d'écarter les lésions qui leur sont propres. Dans les néoplasmes du rectum le doigt reconnaît une masse irrégulière, bosselée, dure, recouverte de végétations saignant facilement; il ramène une sanie fétide et quelquefois des débris cancéreux, les selles moulées sont sanguinolentes. Ces différents symptômes ne sauraient exister dans une sténose d'origine extra-pariétale. Les tumeurs vésicales, bénignes ou malignes, entraînent toujours des troubles plus marqués de la miction; les hématuries spontanées, capricieuses, abondantes, rebelles, récidivantes sont capables d'affaiblir puissamment les malades; le cathétérisme, la cystoscopie fourniront des renseignements précieux pour le diagnostic.

Le diagnostic peut encore se poser avec les adénites iliaques chroniques, à cause éloignée, souvent méconnue, mais celles-ci s'accompagnent d'une tuméfaction des ganglions de l'aine qui primitivement ont été douloureux, avec la péritonite bacillaire ulcéreuse, grande simulatrice, avec un fibrome de la paroi; il suffit ici, pour éviter la confusion, d'explorer les connexions du néoplasme, immobilisé par la contraction des muscles.

Il nous resterait à passer en revue les lésions osseuses cancéreuses et autres du petit bassin, nous ne voulons pas

entrer dans le détail de leurs symptômes, qu'il nous suffise d'indiquer que le diagnostic reposera sur les points d'attache osseux de la tumeur et sur sa marche.

Dire qu'on est en présence d'une tumeur testiculaire, c'est affirmer sa nature. Nous ne savons pas qu'on ait signalé l'orchite chronique simple ou l'orchite syphilitique dans l'ectopie abdominale, l'orchite aiguë s'accompagne de péritonite, de fièvre, d'un cortège inflammatoire qui ne peut tromper. La tuberculose aurait été observée deux fois. Godard cite, d'après Robert, un fait qu'il considère comme un exemple de dégénérescence tuberculeuse du testicule retenu dans l'abdomen. La glande était « ramollie et convertie en une substance vraiment tuberculeuse ». Ce fait rapporté sans plus de détails n'est pas probant. Larrey relate un cas qui est encore moins net. La bacillose du testicule caché, si elle existe, n'a donc pas d'histoire clinique.

Nous n'avons pas relevé de cas de tumeurs bénignes. Du reste la marche rapide, le prompt retentissement ganglionnaire, l'amaigrissement, l'acheminement vers la cachexie ne laissent aucun doute sur l'existence du cancer.

Est-il possible de pousser plus loin l'investigation, de préciser davantage? Il ne semble pas que la clinique soit susceptible de fournir les éléments d'un diagnostic histologique. Tout au plus pourrait-on songer au lymphadénome en présence d'une splénomégalie, d'adénites multiples, d'altérations sanguines. Picqué l'avait soupçonné dans le cas qu'il rapporte, mais il reste muet sur les résultats de l'examen microscopique et l'évolution ultérieure de la maladie. En règle générale il faut se souvenir que les probabilités sont en faveur d'une néoplasie épithéliale.

Enfin le chirurgien recherchera soigneusement les différentes complications : propagation aux ganglions lombaires et iliaques, aux ganglions médiastinaux, thoraciques, métastases viscérales, etc., dont il retirera de précieuses indications par le pronostic et le traitement.

V

Traitement. — Quelque problématique que soit la prédisposition au cancer créée par la position vicieuse de la glande séminale, on s'est demandé s'il n'y aurait pas lieu d'instituer un traitement préventif du cancer ectopique en pratiquant soit la cure radicale de l'anomalie, soit l'ablation du testicule. Pour l'inclusion inguinale le principe de la castration préventive a été soutenu par quelques chirurgiens, l'orchidopexie se fait couramment, mais en ce qui concerne l'ectopie abdominale les auteurs classiques ne se sont jamais préoccupés de la possibilité d'une transformation néoplasique dont, encore aujourd'hui, la plupart disent ne connaître aucun exemple. Monod et Terrillon, très affirmatifs sur ce point, s'expriment de la façon suivante : « On ne songera évidemment pas à amener au dehors, par un acte chirurgical quelconque, un testicule iliaque. On se souviendra d'ailleurs que la glande incluse dans l'abdomen n'expose pas aux mêmes inconvénients et dangers que le testicule inguinal. On n'hésiterait donc pas à la refouler dans le ventre si franchissant tardivement l'anneau interne, elle paraissait vouloir venir se fixer dans la région de l'aine, ou si sa progression ne semble pouvoir se faire qu'au prix d'une hernie. »

Wisner dans sa thèse soulève le problème et le résout par la négative. «... Nous n'y insisterons pas, dit-il, car, malgré la bénignité d'une opération abdominale qui aurait pour but l'ablation du testicule resté dans l'abdomen, nous ne pensons pas qu'il puisse être question d'employer cette pratique, bien que la castration inguinale préventive ait pu être érigée en méthode générale dès que l'antisepsie eut fait de cette opération une intervention dépourvue de gravité. »

La castration préventive est une opération trop sérieuse pour un danger à venir qui est, en somme, douteux.

L'orchidopexie est plus discutable. Arrou, dans son récent traité, la conseille en limitant ses indications comme suit : « Les variétés pelvienne, iliaque, sous-rénale ne sont susceptibles d'aucun traitement: une seule intervention s'imposera quand le testicule sera atteint d'inflammation, de dégénérescence ou de névralgies rebelles, c'est la castration. Il n'en est pas de même de la variété rétro-pariétale, surtout quand la glande est mobilisable. On pratiquera à la fin la cure radicale et l'orchidopexie. *Quelles que soient les difficultés de l'intervention, elle doit toujours être tentée.* »

Cette conduite a donné des succès à Guelliot, à Monod et Championnière, à Schwartz, à Richelot.

A titre préventif nous dirons donc que, lorsque la glande est accessible au palper derrière l'anneau interne, il faut l'attirer et la fixer dans la bourse vide, mais si la palpation reste muette, il est bien certain qu'on n'est pas autorisé à chercher au delà de l'orifice inguinal postérieur un testicule sans doute atrophié, malformé, qui se dérobe dans les profondeurs du ventre. Dans ces conditions on ne le tenterait que si l'enfant était cryptorchide, l'infécondité et même l'impuissance étant la conséquence de cette double ectopie. Une telle infirmité, mais non la prévision d'une dégénérescence ultérieure hypothétique autorise un essai aussi hasardeux.

Quand une fois la lésion a débuté, la question ne se pose plus. Si l'on s'abstient la mort est fatale, il faut intervenir.

Deux voies d'accès se présentent à l'opérateur : l'incision latérale, parallèle ou non à l'arcade de Fallope, et l'incision médiane, sous-ombilicale, celle que Picqué, Jaboulay ont pratiquée d'emblée et Souligoux secondairement, après avoir découvert la tumeur au moyen du doigt introduit dans la plaie inguinale. La première, bien qu'elle tombe sur le milieu du néoplasme, n'en facilite pas l'extirpation, elle donne moins de jour, ne découvre pas l'excavation pelvienne, ne permet qu'imparfaitement l'exploration manuelle des fosses iliaque et lombaire. La laparotomie médiane sous-ombilicale est l'opération de choix. La position de Trendelenburg est indiquée pour faciliter les manœuvres.

Les différentes couches sont incisées jusqu'au péritoine pariétal. A l'ouverture de ce dernier on peut voir s'écouler une petite quantité de liquide ascitique. La tumeur apparaît, elle possède des adhérences multiples qu'il faut libérer. Les adhérences viscérales (intestin-vessie) sont lâches, facilement isolables, on les décolle à la main, les adhérences aux parties fibreuses (arcade-paroi) sont serrées et vasculaires, on les dissèque après ligatures. Ce temps, un peu laborieux, une fois terminé on recherche le pédicule qui, d'habitude, se trouve en arrière, il est traité comme celui d'un kyste de l'ovaire par ligature à la soie et excision, le moignon est réduit dans le péritoine. On referme le ventre par trois plans de suture après s'être renseigné sur l'état des ganglions.

Si les manœuvres d'extraction ont été longues, si l'hémostase n'est pas parfaite, s'il est malaisé de tarir un suintement en nappe qui laisserait des inquiétudes, l'application d'un tamponnement à la Mikulicz destiné à rester en place quarante-huit heures est la meilleure règle de conduite.

Les résultats opératoires ont été bons jusqu'ici : la plaie

guérit vite et bien, même chez des sujets affaiblis, l'intervention possède l'innocuité d'une laparotomie aseptique. Quelle est sa valeur, quel bienfait les malades en retirent-ils dans la suite? Les malades opérés de bonne heure par Picqué et Souligoux n'ont pas été suivis, nous ne saurions donc apporter une réponse avec preuves en main. Michiels relate deux cas de guérison certaine dans l'ectopie inguinale. L'un de Desprès, le malade était sain au bout de quatre ans, l'autre du professeur Guyon, il n'y avait pas de récidive dix ans après l'ablation. On peut donc toujours espérer obtenir par l'extirpation faite en temps utile la plus longue survie possible sinon la cure radicale; si l'on ajoute que l'on parviendra le plus souvent à diminuer les douleurs, toujours à produire un effet moral nécessaire, on voit qu'il n'y a pas lieu d'hésiter pour pratiquer la castration.

A une période avancée, cependant, lorsque l'état général est altéré, lorsque l'engorgement ganglionnaire devient appréciable l'intervention semble donner un coup de fouet à la cochexie. Dans ce cas, le chirurgien fera mieux de s'abstenir à moins que la violence des douleurs, l'intensité ou la nature des troubles de compression, les réclamations du malade ne lui forcent la main.

Bibliographie. — ARROU. *Chirurgie des organes génito-urinaires de l'homme*, 1901. — CURLING. *Traité des maladies du testicule*, traduit par Gosselin, Paris 1857. — PIERRE DELBET. Pathogénie des tumeurs hétérotopiques, *Union méd.*, 13 juillet 1895; — *Traité* Le Dentu-Delbet. — LE DENTU. *Des anomalies du testicule*, Th. d'agrég., Paris 1869. — DUPUYTREN. *Leçons orales de clinique chirurgicale*, Paris 1839. — GLUCK. *Berl. klin. Wochens.*, 26 juin 1893. — JUNIEN LAVILLAUROY. *Contribution à l'étude anatomique des cancers du testicule*, Th. de Paris, 1898, n° 201. — VON KAHLDEN. *Münch. med. Wochens.*, 1887. — KÆPPELIN. *Lyon méd.*, nov. 1899. — MATHIEU. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1881. — MONOD et TERRILLON. *Maladies du testicule*, Paris 1889. — FRANCIS MUNCH. Les tumeurs tridermiques de l'ovaire et du testicule, *Semaine méd.*, 6 sept. 1899, n° 38, p. 207. — MICHIELS. *Contribution à l'étude des tumeurs malignes du testicule ectopié*, Th. de Bordeaux, 1897. — PICQUÉ. *Revue de chir. de Paris*, 1892. — PILLIET et COSTES. Étude histologique sur les épithéliomes du testicule, *Revue de chir.*, 1895, n° 8, p. 641. — P. RECLUS. In Duplay-Reclus, t. VI. — SEBILEAU. In Le Dentu-Delbet, t. X. — SOULIGOUX et LECÈNE. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, juin 1901. — SZYMANOWSKI. *Der inguinal testik in Prager vierteljaœr f. die prakt. Heilk.*, 1868, t. II, p. 57. — TRÉVOUX. Th. de Lyon, 1888. — MAX WILMS. Kystes dermoïdes et tumeurs mixtes du testicule, XVIII[e] Cong. de la Soc. allem. de chir., séance du 16 avril 1898. — WISNER. *Contribution à l'étude du cancer du testicule ectopié*, Th. de Paris, 1895.

UN CAS DE COMMOTION DU CERVELET

CONTUSION DE LA RÉGION OCCIPITALE DROITE. MARCHE TITUBANTE, MOUVEMENTS FORCÉS D'ENTRAÎNEMENT A DROITE. SIFFLEMENTS DANS L'OREILLE GAUCHE. POULS DICROTE, DUR ET VIBRANT.

Par M. CAMPOS-HUGUENEY, médecin-major de deuxième classe.

Les observations de commotion du cervelet sont rares; à ce titre, déjà, elles méritent d'être signalées. La clinique peut et doit dire son mot dans cette question pas très claire des fonctions du cervelet.

OBSERVATION. — B... Pierre, vingt-huit ans, mineur; réserviste, fait une période de vingt-huit jours au 28[e] bataillon de chasseurs. Rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires : père mort d'une apoplexie cérébrale.

Antécédents personnels : pas de syphilis, pas de symptômes nets d'alcoolisme; B... boit 3 litres de vin par jour, qu'il excuse grâce à ses fonctions de boiseur dans les parties profondes et chaudes de la mine. Il a subi en 1898 un traumatisme léger de la région frontale gauche. La chute d'une pierre a déterminé une plaie contuse du cuir chevelu, décelée actuellement par une cicatrice longue de 5 centimètres, non adhérente et non douloureuse.

Le 13 octobre 1901, à dix heures trente du soir, B..., voulant éviter un tramway, glisse et fait une chute en arrière sur la région occipitale droite, qui vient heurter le bord du trottoir. Il ne perd pas connaissance, il se relève sans le secours de personne et fait une dizaine de pas pour aller s'appuyer contre un arbre du cours Saint-André. Là, il se repose debout pendant une dizaine de minutes et reprend ses esprits émus par cette chute assez violente. Sous le choc il a éprouvé un peu d'obnubilation de la vue, mais nullement de vertige. Après s'être remis de son émotion, il songe à rentrer au quartier. Il s'engage sur le cours Saint-André, fait péniblement 3 ou 400 mètres avant d'atteindre la barrière du chemin de fer, et là, sans avoir perdu connaissance, il fait une deuxième chute légère sur la face. Il se relève avec les mains et reprend son chemin. A 100 mètres de la caserne, troisième et dernière chûte sur les coudes et sur les mains. Enfin il arrive à la porte du quartier, ayant mis une heure environ pour faire un court trajet de 1500 mètres. Il remet son titre de permission au sergent de garde, qui ne remarque rien d'anormal dans l'état de B... Il passe une mauvaise nuit, éprouvant des douleurs vives dans toute la tête et surtout à la nuque.

Le lundi matin, il vient à la visite médicale, soutenu par son caporal. En effet, il marche difficilement et vacille à droite, à gauche. Le caporal infirmier, qui voit le malade dans le corridor de l'infirmerie, fait à part lui cette remarque : « Voilà un réserviste qui a dû faire la fête hier dimanche! »

B... après nous avoir raconté sans aucune hésitation son accident de la veille, nous donne des détails sur les faits qui ont suivi le trauma de la nuque. « Après ma chute, j'ai marché péniblement; j'allais de travers, on a dû me prendre pour un ivrogne, car j'ai demandé secours à des passants qui n'ont pas voulu m'écouter et qui se sont écartés. Je savais cependant où je me trouvais, je n'avais nul vertige, mais je sentais que ma tête très lourde m'entraînait à droite malgré moi. Aussi je suis tombé deux fois, la première fois assez lourdement sur la face et je me suis fait deux petites plaies à la racine du nez et au front; la deuxième fois sur les mains, sans me faire aucun mal. Je n'ai jamais perdu connaissance, personne ne m'a aidé à me relever; je marchais la tête raide, légèrement penchée en avant, sans oser regarder à droite ou à gauche, mais surtout à droite, de peur d'être jeté à terre de ce côté-là. »

B... nous déclare que sa tête n'oscillait pas sur les épaules dans aucune direction, mais qu'elle était fort lourde et qu'elle l'entraînait à droite. « Si j'avais tenu ma tête à droite, dit-il, il aurait fallu être tout le temps à terre. »

Lundi matin, examen du malade : face pâle, un peu inquiète, regard fixe et brillant; pas de signes d'éthylisme. Douleur vive à la pression au niveau du point contus, large comme une pièce de 1 franc et siégeant dans la région occipitale droite, sur une ligne horizontale partant du bord inférieur du conduit auditif externe et allant à la nuque, à 3 centimètres de la ligne médiane postérieure et à 4 centimètres obliquement au-dessous de la bosse occipitale. Pas de plaie; de l'empâtement seulement au point contus.

Marche titubante, de travers; le malade, pour venir à moi et pour faire 4 mètres, incline fortement à droite et va se heurter à une armoire.

Impossibilité de ramasser un objet à droite, sans tomber de ce côté; à gauche, B... arrive à le ramasser non sans efforts, non sans tâtonnements, mais sans chute.

La station debout, les yeux fermés, se fait normalement; mais la station sur l'un ou l'autre des pieds, les yeux ouverts ou fermés, n'est pas possible.

Douleur vive dans toute la tête et à la nuque. Le malade n'est bien que couché; alors, la tête étant fixée sur l'oreiller, il n'éprouve plus de lourdeur, ni cette sensation d'entraînement. Etant debont, il faut qu'il maintienne sa tête dans les mains, s'il ne veut pas tomber.

Pupilles normales, peut-être un peu paresseuses à la lumière et à l'accommodation. Pas de strabisme. Acuité visuelle intacte.

Bourdonnements, sifflements dans l'oreille gauche, du côté opposé à la contusion de la nuque. Ces bourdonnements ont été remarqués par le malade, le lundi matin, au réveil, huit heures environ après l'accident. Pas de surdité, pas de signes d'otite actuelle ni ancienne.

Les forces, le sens musculaire, la coordination des mouvements, les diverses sensibilités, les réflexes, tout cela est normal.

B... entre à l'infirmerie. Pas de fièvre, inappétence, langue blanche. Bouillon, lait, 0,50 centigrammes de calomel à prendre par prises dans l'après-midi. Il reste couché toute la journée, il passe une nuit assez mauvaise à cause des douleurs vives de tête.

Mardi. Marche un peu moins titubante. Les mouvements de la tête dans tous les sens ne sont pas douloureux; au contraire, au dire du malade, ils soulageraient cette sensation pénible de lourdeur, 3 selles dans la journée d'hier. Pouls à 63, régulier, assez plein, résistant.

Mercredi. Nuit meilleure. Le matin, B... peut ramasser un objet à droite sans tomber. Signe de Romberg. Tête encore lourde. Pouls 66 régulier, résistant

Jeudi. Nuit bonne. Pouls 61, dur, plein, vibrant et nettement dicrote. Encore quelques sifflements dans l'oreille gauche. Le malade ne tombe plus pour ramasser un objet, mais la marche sur un point fixe accuse une déviation du corps à droite.

Vendredi. Pouls 58, toujours régulier, résistant et dicrote.

Samedi. Pouls 72, moins dur qu'hier encore un peu dicrote. La marche sur un point fixe se fait encore un peu de travers. Il n'a plus cette céphalalgie pesante.

Dimanche. Pouls 66, plein, résistant, mais sans dicrotisme. B... guéri demande sa sortie de l'infirmerie. Il est libéré quelques jours après.

En résumé, une contusion de la nuque à droite a produit les symptômes suivants : pas de signes de commotion cérébrale, connaissance parfaite, marche titubante, mouvements forcés d'entraînement à droite, chutes répétées sur le côté droit; pas de vertiges ni de vomissements; sifflements dans l'oreille gauche, pas de surdité, céphalalgie, lourdeur occipitale et généralisée. Pouls dicrote, résistant, vibrant, peut être un peu ralenti. Pupilles un peu paresseuses. Les autres fonctions nerveuses normales.

Notre blessé a-t-il bien présenté le syndrome cérébelleux caractérisé par des troubles du mouvement dans la station debout, dans la marche, avec intégrité relative des mouvements isolés des membres? (Déjerine.) Certes, il a eu nettement la marche titubante, les mouvements forcés d'entraînement, le défaut d'équilibration avec une coordination et un sens musculaire normal. Cette observation peut être comparée à celle de Castan, résumée dans l'article ENCÉPHALE du *Dictionnaire Jaccoud*. A la suite d'une commotion, Castan a noté la titubation des membres, l'impossibilité de les diriger, la guérison en huit, dix jours (*Montpellier médical*, 1863). Pour Jaccoud, ces troubles, indépendants de toute commotion cérébrale, sont une confirmation très concluante des expériences de Flourens sur les fonctions du cervelet.

Comment les contusions de la nuque produisent-elles ces troubles du cervelet? S'agit-il d'un trouble primitif du cervelet ou bien d'une contusion du nerf occipital interne, se réfléchissant sur la moelle, puis sur le cervelet? Le nerf sous-occipital interne, la dixième paire de Willis, naît des parties latérales et supérieures de la moelle : il est donc en relation avec le cervelet, puisque la moitié correspondante de l'hémisphère cérébelleux est en connexion étroite avec la moitié correspondante de la moelle.

Deux symptômes positifs indiqués dans notre observation méritent d'être relevés, les sifflements de l'oreille gauche, le dicrotisme et la tension élevée du pouls radial. B... a présenté comme trouble de l'ouïe, non pas la surdité notée neuf fois sur cent (Luys), mais bien des sifflements dans l'oreille gauche et opposée à la région contuse, la région occipitale droite. Il est intéressant de noter les troubles de l'ouïe dans les affections du cervelet : en effet, « quand on considère les rapports étroits du cervelet et des points d'origine du nerf acoustique, il est difficile de ne pas faire entrer en ligne de compte les compressions qui peuvent s'exercer sur la paroi inférieure du quatrième ventricule, et on s'étonne volontiers de voir les troubles de l'ouïe si rarement mentionnés » (Blachez).

Leven parle en physiologiste : « Le cervelet a une influence réelle sur la vision et sur l'ouïe, influence indirecte qui ne s'observe pas dans l'expérimentation, mais qui ne s'est révélée jusqu'ici qu'à la longue dans les faits cliniques » (*Dictionnaire Dechambre*).

Pourquoi cette observation n'aurait-elle pas la valeur d'une expérience ? Le hasard, ce grand maître des accidents de la rue, ne s'est-il pas montré dans l'espèce... parfait expérimentateur? Il fait glisser un homme, il le jette sur un bord de trottoir et lui fait sur la nuque une contusion si bien dosée qu'elle met en éveil les fonctions auditives du cervelet. Quel est le physiologiste qui se chargerait de reproduire des sifflements dans l'oreille gauche, en contusionnant la partie droite de la nuque? Il n'est donc pas inutile de mentionner ces troubles de l'ouïe, suivant en cela le conseil donné par Blachez et Leven.

Pourquoi ces sifflements se sont-ils produits à gauche et non pas à droite, côté lésé? Ce fait serait-il en faveur de la commissure des nerfs acoustiques, qui est loin d'être admise par tous les anatomistes?

Quelques mots du pouls de notre blessé. Il a présenté pendant cinq jours des caractères peu ordinaires. Nous n'avons observé le pouls que trente-six heures après l'accident; il était alors à 63, régulier, fort et résistant. Le troisième jour, même état. Le quatrième, le pouls est nettement dicrote, toujours résistant et régulier. Le cinquième jour, pouls à 58; enfin, le sixième jour, il remonte à 72 et perd son dicrotisme et sa tension élevée. Avons-nous été en présence d'un pouls cérébelleux? ou bien faut-il admettre un trouble bulbaire ou cérébral? Les auteurs classiques refusent au cervelet toute influence sur le cœur et ont rejeté la théorie de Willis, qui faisait jouer à cet organe un rôle considérable dans le fonctionnement des viscères, en particulier les mouvements du cœur. Mais ne pourrait-on pas dire que le cervelet, qui esi déjà l'organe équilibrateur pour les membres et pour la tête, équilibre de même le cœur droit et le cœur gauche? Nous n'avons pas la prétention de résoudre le problème, nous apportons simplement un fait : commotion du cervelet, — tension forte, ralentissement et dicrotisme consécutifs.

En terminant, nous relevons un symptôme négatif, l'absence de vertiges dans les accidents présentés par le blessé. La titubation n'a donc pas été causée par l'état vertigineux, si fréquent dans les lésions graves, les tumeurs du cervelet. Par contre, dans la sclérose, les vertiges ne sont pas constants ou sont un symptôme de second ordre. Il en est de même dans l'ivresse alcoolique et l'ivresse nautique ou mal de mer, états morbides dans lesquels le cervelet joue certainement un rôle important.

Flourens avait déjà été frappé par les ressemblances qui existent entre un pigeon débarrassé de son cervelet et celui intoxiqué par l'alcool. L'homme ivre n'est pas, en effet, atteint d'une double commotion cérébrale et cérébelleuse. D'un côté, le délire, l'incoordination des idées; de l'autre, la démarche cérébelleuse typique (Duchenne de Boulogne), les vertiges, les sifflements d'oreilles, le défaut d'équilibration des membres, de la tête, les vomissements.

Il est plus facile encore de rattacher le mal de mer à un mauvais fonctionnement du cervelet. Qu'y a-t-il dans la naupathie? Du vertige qui est loin d'être constant, des tintements d'oreilles, une pesanteur de tête insupportable, une démarche titubante, ébrieuse, des vomissements, de l'asthénie très accusée. Enfin, comme chez le cérébelleux, la position horizontale fait disparaître ou tout au moins diminue fortement la crise naupathique.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(8 JANVIER 1902)

M. Picqué a communiqué deux intéressantes observations de **phlébite avec gangrène de l'intestin**. Après avoir étudié ces deux faits dans leurs détails, il rappelle la symptomatologie de la phlébite intestinale et de la gangrène et conclut en admettant, dans ces deux cas, une corrélation de cause à effet entre la phlébite et la gangrène.

M. Quénu n'accepte pas cette conclusion et ne croit pas à cette corrélation.

M. Guinard fait un rapport sur une observation de M. Morestin ainsi intitulée : **Perforation intestinale consécutive à une hernie inguinale réduite par le taxis, péritonite, laparotomie, suture, guérison.** Ce titre résume à lui seul toute l'observation de M. Morestin, qui n'est qu'un nouveau réquisitoire contre le taxis. M. Guinard insiste, à son tour, sur les méfaits du taxis, et il croit qu'il y a lieu d'y insister encore, parce qu'il se fait souvent en dehors des médecins. Combien de hernieux pratiquent sur eux-mêmes cette manœuvre ! Résultat : perforation de l'intestin, comme dans le cas de M. Morestin, et nécessité d'une intervention beaucoup plus grave que ne l'eût été l'opération primitive qu'on a précisément voulu éviter par le taxis. Dans le cas qui nous occupe, il s'agissait d'un homme de quarante ans atteint d'une hernie inguinale gauche. Un jour, ne pouvant plus faire rentrer sa hernie, il appelle un médecin qui la réduit, après quarante-huit heures, par le taxis. Ce malade est, aussitôt après, pris d'accidents très graves de péritonite infectieuse suraiguë. Ce malade est transporté à Saint-Louis, dans le service de M. Richelot, où M. Morestin lui fait une laparotomie et trouve l'anse d'intestin grêle réduite, ayant une perforation de 5 centimètres sur 7 centimètres. Il suture cette perforation, referme le ventre et le malade guérit.

M. Guinard, avec M. Morestin, n'hésite pas à incriminer ici la réduction par le taxis comme la cause certaine de la perforation. M. Guinard conclut donc en disant qu'en présence d'une hernie étranglée, c'est la laparotomie qui est la seule planche de salut et, pour cette intervention, l'anesthésie locale par la cocaïne suffit parfaitement.

M. Tuffier présente une malade qu'il a vue pour la première fois il y a onze ans et qui portait une **tumeur de la région parotidienne gauche** qu'elle refusa de se laisser opérer. Sept ans après, cette tumeur présentait tous les caractères d'un carcinome. M. Tuffier a pratiqué l'ablation. Un an après même tumeur du côté droit; ablation. Voilà trois ans que cette femme a été opérée et a eu ses deux faciaux coupés; aujourd'hui elle commence à avoir certains mouvements de la face.

MÉDECINE PRATIQUE

L'extrait de capsule surrénale et ses dérivés; leur emploi et leurs effets.

Par M. Paul VIOLLET.

Il est beaucoup question depuis quelques années, à l'étranger surtout, et parmi les spécialistes de la gorge ou du nez, de l'action vaso-constrictive, sinon anesthésiante, de l'extrait de capsule surrénale. Le docteur Moure (de Bordeaux) vient de publier dans sa Revue (1) les résultats intéressants obtenus par lui avec le principe actif de l'extrait de capsules surrénales, isolé récemment par le docteur Jokichi Takamine (de New-York) et appelé par lui adrénaline.

D'après le docteur Harmer (2), qui a expérimenté l'extrait de capsules surrénales chez 32 personnes, en solution de 10 à 50 p. 100, l'application de ce produit sur les muqueuses du nez, par exemple, modifie rapidement sa couleur et son volume; de rouge elle devient pâle et se rétracte. Cet effet, qui se produit déjà au bout de deux minutes, persiste au maximum plusieurs heures. L'extrait ne paraît pas avoir de propriétés anesthésiques par lui-même, mais il favorise l'action de la cocaïne au point que, même à petite dose, la cocaïne détermine une anesthésie complète. Cette propriété rend l'emploi de l'extrait de capsules surrénales précieux chez les personnes qui supportent mal la cocaïne (3). L'auteur n'a pas observé d'action dans les laryngites aiguës ou subaiguës.

Le docteur Moure a expérimenté le principe actif de l'extrait de capsules surrénales, l'adrénaline, en solution variant de 1/1000 à 1/10000; il l'a utilisé comme moyen hémostatique dans les interventions sur les muqueuses nasale, buccale, laryngée et auriculaire, en combinant son action avec celui de la cocaïne; il a même eu l'occasion de l'employer au cours d'une cure radicale de sinus maxillaire, opération particulièrement sanglante; il a constamment observé un pouvoir hémostatique puissant ainsi qu'une action plus complète des applications de cocaïne à la suite des badigeonnages pratiqués avec les solutions d'adrénaline. Il a pu également arrêter rapidement une épistaxis, un coryza aigu et inciser sans douleur un abcès péri-amygdalien (avec adjonction de cocaïne) à l'aide de ce même produit.

---

(1) *Revue hebd. de laryngol.*, 28 déc. 1901, nº 52 (communic. faite à la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, le 29 nov. 1901).

(2) *Wien. klin. Woch.*, 1901, nº 19; C. R. in *Centralbl. f. Inn. Med.*, nº 43, p. 1052.

(3) J'ai eu moi-même récemment l'occasion d'expérimenter l'extrait de capsules surrénales chez une malade atteinte d'ulcère tuberculeux d'une corde vocale que je ne parvenais pas à cautériser convenablement, faute de pouvoir obtenir une anesthésie suffisante, en employant même des solutions de cocaïne de titre élevé et à haute dose; un simple badigeonnage de la muqueuse laryngée avec une solution d'extrait à 5 p. 100 m'a paru faciliter beaucoup l'anesthésie par la cocaïne.

L'adrénaline semblerait donc, d'après M. Moure, devoir permettre l'action de la cocaïne sur des muqueuses enflammées; elle pourrait peut-être aussi favoriser les pansements et interventions, les laryngites ulcéro-œdémateuses des tuberculeux [l'expérience que j'en ai faite dans un cas semble le démontrer (voir la note plus haut)]; elle mérite encore d'être essayée en chirurgie générale dans l'amputation du col utérin, par exemple, les interventions partielles sur la langue, le voile du palais, la face interne des joues, etc.

Le pouvoir vaso-constricteur de l'adrénaline serait si considérable que le docteur E. Mayer (de New-York) a constaté qu'une solution de moins de 1/100000 (8 millioniémes de gramme), injectée dans les veines, augmentait la pression sanguine d'une quantité représentée par une colonne de mercure de 14 millimètres. La médecine pourra peut-être elle-même tirer profit de cette action énergique.

REVUE DES THÈSES

Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux ou pseudo-rhumatisme infectieux articulaire à marche aiguë, d'origine bacillaire, par M. le docteur Fernand Egmann. (Th. de Lyon, 1901.)

Sous le nom de rhumatisme articulaire aigu tuberculeux nous entendons, dit M. Egmann, comme cette expression l'indique, du reste, des accidents inflammatoires articulaires aigus d'apparence rhumatismale et cependant, ainsi que l'a établi M. le professeur Poncet, de nature tuberculeuse.

Il s'agit d'un pseudo-rhumatisme infectieux d'origine bacillaire, et par sa pathogénie, il appartient à la grande classe des pseudo-rhumatismes infectieux, bien connus aujourd'hui.

Tard venu parmi ces derniers, le rhumatisme tuberculeux est appelé à y prendre une grande place, en raison même des caractères éminemment infectieux de la tuberculose, de son polymorphisme, etc.

Le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux peut être la première manifestation de la tuberculose, et frapper un malade avant toute lésion bacillaire.

Dans d'autres cas il apparaît dans le cours d'autres lésions tuberculeuses.

A en juger par les seize observations de rhumatisme articulaire aigu d'origine bacillaire que l'auteur a réunies dans sa thèse, la première forme que l'on pourrait appeler en quelque sorte pré-tuberculeuse, si elle n'était déjà une localisation de l'infection, serait la plus fréquente. Il en possède en effet dix observations; les six autres appartenant à des malades atteints auparavant de lésions tuberculeuses plus ou moins anciennes.

La nature de ce rhumatisme bacillaire est révélée non seulement par la clinique, mais aussi, dans quelques cas où ces recherches ont été possibles, par l'expérimentation, et par la séro-réaction. Dans deux cas de rhumatisme articulaire aigu tuberculeux, des inoculations au cobaye, de liquides retirés par la ponction des articulations atteintes, ont produit de la tuberculose. Dans deux autres cas, la séro-réaction a donné, entre les mains de MM. Arloing et Courmont, suivant la méthode de MM. Widal et Ravaut, un diagnostic positif.

Une autre particularité intéressante à signaler êt qui démontrerait, si besoin était, que dans ces 16 observations, l'auteur s'est bien trouvé en face d'un pseudo-rhumatisme, c'est l'inefficacité du traitement de ces lésions par le salicylate de soude et par l'antipyrine.

Le traitement sera donc celui de toute polyarthrite aiguë, c'est-à-dire comme traitement local, l'immobilisation, la révulsion, etc.; et surtout, comme dans toute manifestation bacillaire, le traitement général, qui peut avoir une importance d'autant plus grande que, dans la forme pré-tuberculeuse par exemple, employé dès le début, il peut mettre à l'abri de localisations bacillaires plus graves.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de Paris. — Le conseil de la Faculté a élu hier M. le professeur Joffroy membre du conseil de l'Université de Paris.

M. Gilbert est proposé en seconde ligne.

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux sera ouvert le mercredi 26 février 1902, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 27 janvier 1902 et sera clos définitivement le samedi 8 février suivant, à trois heures.

Préfecture de la Seine. — M. le docteur Brochin est nommé médecin honoraire de la Préfecture.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la première semaine, 946 décès au lieu de 967 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 1023. L'état sanitaire, dans son ensemble, est donc assez satisfaisant. Les maladies de l'appareil respiratoire continuent à être rares.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, au lieu de 14 pendant la précédente semaine (la moyenne est 6); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins reste à peu près stationnaire (42 au lieu de 36).

La variole a causé 3 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est stationnaire (33 au lieu de 34).

La rougeole a causé 8 décès au lieu de 11 pendant la semaine précédente et de la moyenne 9; la scarlatine 3, au lieu de 5 pendant la dernière semaine (la moyenne est 2); la coqueluche 8, au lieu de 10 pendant la dernière semaine de 1901 et au lieu de la moyenne 6. La diphtérie a causé 15 décès, au lieu de 20 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 7; le nombre des cas nouveaux est toujours élevé (139, au lieu de 129 et 134).

La diarrhée infantile a causé 29 décès de 0 à 1 an, au lieu de 37 pendant la semaine antérieure et au lieu de la moyenne 22.

En outre, 37 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies des organes de la respiration ont causé 176 décès, au lieu de 165 pendant la semaine précédente et au lieu de 232, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit: bronchite aiguë, 12 décès (au lieu de la moyenne 23); bronchite chronique, 24 (au lieu de la moyenne 33); pneumonie, (37 au lieu de la moyenne 55); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 103 (au lieu de la moyenne 121), dont 46 sont dus à la congestion pulmonaire et 45 à la broncho-pneumonie. En outre, 4 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 182 décès; la méningite tuberculeuse, 17 décès; la méningite simple, 15; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 15 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 65 décès; les maladies organiques du cœur, 62 (la moyenne est 69); le cancer a fait périr 51 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 7 décès; la cirrhose du foie, 7; la néphrite, 20; enfin, 39 vieillards sont morts de débilité sénile.

Concours pour l'érection en Angleterre d'un sanatorium de tuberculeux. — S. M. le roi d'Angleterre a résolu de consacrer une somme considérable d'argent, mise à sa disposition dans un but philanthropique, à l'érection d'un sanatorium pour tuberculeux.

Le roi a nommé à cet effet, pour faire partie d'un comité consultatif, les personnes dont les noms suivent :

Sir William Broadbent, baronet K. C. V. O.;
Sir Richard Douglas Powell, baronet K.C.V.O.;
Sir Francis Latting, K.C.V.O.;
Sir Felix Semon;
Sir Hermann Weber;
Docteur C. Theodore Williams.

Le sanatorium devant être construit d'après les données scientifiques les plus récentes et les plus pratiques, Sa Majesté a décidé qu'une somme de 800 livres sterling serait consacrée à récompenser les auteurs des meilleurs plans. Ces plans seront soumis à l'appréciation du comité consultatif.

I. Les médecins, à quelque nation qu'ils appartiennent, peuvent prendre part à ce concours. Les plans peuvent être, soit l'œuvre d'un médecin seul, soit le travail collectif d'un médecin et d'un architecte.

II. Le sanatorium est destiné à recevoir 100 tuberculeux, 50 hommes et 50 femmes.

III. Sur les 100 lits du sanatorium, 88 sont destinés à recevoir des malades appartenant aux classes nécessiteuses, et 12 sont réservés à des patients des classes aisées.

IV. Les installations doivent être également confortables pour tous les malades.

Chaque malade aura une chambre particulière. Les patients des classes aisées seront logés avec plus de confort.

V. Le sanatorium sera érigé sur une pente assez élevée, dans un lieu bien ensoleillé et à l'abri des vents frais. Il y aura dans le voisinage une laiterie dépendante du sanatorium. L'établissement sera entouré de parcs boisés, où les malades pourront se livrer à des exercices corporels de tout genre. Le sol sera sec et poreux; la distribution d'eau abondante.

VI. Le sanatorium sera pourvu des installations hygiéniques les meilleures et les plus récentes ainsi que de tous les instruments et appareils nécessaires aux recherches scientifiques. Des dispositions seront prises en vue de la récréation des malades.

VII. L'économie est une condition à observer dans l'élaboration des plans; elle ne devra cependant pas être exagérée, de façon à ne pas léser le confort des malades et nuire à l'utile direction de l'établissement.

VIII. Les mémoires seront écrits en langue anglaise et dactylographiés.

IX. Les mémoires ne seront pas signés du nom de leurs auteurs, mais porteront simplement une devise. Chaque mémoire sera accompagné d'une enveloppe cachetée à la cire, répétant sur sa partie extérieure cette devise et renfermant à l'intérieur le nom et l'adresse du ou des auteurs.

X. Les mémoires et les plans devront être adressés franco de port, jusqu'au 15 avril 1902, à l'un des secrétaires du Comité : sir P. Horton Smith, 15, Upper Brook street, London W., ou sir John Broadbent, 35, Seymour street, London W.

XI. Il sera décerné trois primes de 500 livres sterling, de 200 livres sterling et de 100 livres sterling, aux auteurs des meilleurs ouvrages, dans l'ordre de leur mérite respectif, pourvu que ces travaux atteignent le degré voulu de perfection.

Les projets doivent autant que possible être brefs; les propositions à faire seront exposées et résumées à la fin du travail. Les mémoires non primés seront rendus à leurs auteurs.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Courses de Nice* (16 au 29 janvier 1902). *Carnaval de Nice* (26 janvier au 11 février 1902). *Tir aux pigeons de Monaco.* — Délivrance jusqu'au 5 février 1902 inclus de billets d'aller et retour de 1re et de 2e classe de Paris à Cannes, Nice et Menton, valables pendant 20 jours y compris le jour de l'émission.

Viâ Dijon, Lyon, Marseille : Cannes, 1re classe, 177 fr. 40; 2e classe, 127 fr. 75; Nice, 1re classe, 182 fr. 60; 2e classe, 131 fr. 50; Menton, 1re classe, 186 fr. 80; 2e classe, 134 fr. 50

Faculté de prolongation de deux périodes de 10 jours, moyennant un supplément de 10 p. 100 pour chaque période.

Ces billets donnent droit à deux arrêts, tant à l'aller qu'au retour.

On peut se procurer des billets et des prospectus détaillés aux gares de Paris-Lyon et de Paris-Nord, ainsi que dans les bureaux de ville de la Cie P.-L.-M. et dans les agences spéciales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de thérapeutique, par le docteur X. Arnozan, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des hôpitaux. 2 vol. in-18 colombier, cartonnés toile, formant 1 200 p., avec figures dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, O. Doin.

Les maladies de l'orientation et de l'équilibre, par le docteur Grasset, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier, associé national de l'Académie de médecine. Un vol. in-8o cart. (Bibl. scientif. internat.) — Prix, cartonné : 6 francs. — Paris, Félix Alcan.

Vade-Mecum d'obstétrique et gynécologie des médecins praticiens, par le docteur D.-H. Fischer. Un vol. in-8o, reliure souple. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, L. Boyer.

Précis de parasitologie animale, par le docteur M. Neveu-Lemaire, préparateur au laboratoire de parasitologie de la Faculté de médecine de Paris, avec 301 fig dans le texte et une préface par le professeur Blanchard, membre de l'Académie de médecine. Un vol. in-18 gr.-jésus de III-212 p. cart. — Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

La migraine et son traitement, par le professeur P. Kovalevski. Un vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot, frères.

Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire (classification et description sommaire), par M. le docteur L. Bard, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, professeur de clinique médicale à l'Université de Genève. Un vol. in-16 de 112 p. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Recherches cliniques et expérimentales sur la bronchopneumonie dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement, par M. le docteur Chambrelent, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. — In-8o de 20 p., avec une planche en couleurs. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

La fièvre des tuberculeux et son traitement, par le docteur Pierre Seytre, médecin de l'hôpital de Cannes. Un vol. in-18, avec 11 tracés. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vigot, frères.

Le nouveau traitement de la tuberculose pulmonaire par transfixion électrique, par le docteur Henri Guimbail. Une brochure. — Paris, A. Maloine.

Nos défenses naturelles, applications à l'hygiène des pays chauds, leçons faites à l'enseignement colonial de la chambre de commerce de Lyon, par le docteur Just Navarre. Une br. gr. in-8o. — Lyon, imprimerie, Mougin-Rusand, Waltener et Cie.

La tuberculose est curable, moyens de la reconnaître et de la guérir, instructions pratiques à l'usage des familles, par le docteur E. Ribard, 5e mille. Un vol. in-8o. — Paris, C. Naud.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Grand Prix Exp. Univ. **Paris 1900.**

Ferme d'Arcy-en-Brie (S.-&-M.)

LAITS PURS

LAIT MATERNISÉ *Procédé Gaertner.*
Alimentation des nouveau-nés.
Remplace le lait de femme.

LAIT STÉRILISÉ *Conservation garantie parfaite.*

L. NICOLAS (O✲), 22, Rue Paradis, Paris.
BREVETÉ S.G.D.G. — MARQUE DÉPOSÉE
ENVOI NOTICE SUR DEMANDE
EXPÉDITIONS EN PROVINCE

PHARMACIE LIMOUSIN — 2 bis RUE BLANCHE. PARIS

ACETOPYRINE — ANALGÉSIQUE ANTIPYRÉTIQUE
HONTHIN — Astringent Intestinal
PETROSULFOL — SULFO-ICHTHYOLATE D'AMMONIAQUE D. AUTRICHE
PETROLAN — NOUVEAU PRODUIT DERMATOLOGIQUE
SIROP DE KOLA COMPOSÉ HELL — FORTIFIANT TONIQUE

PHARMACIE DU ROULE — 11 AV. D'ANTIN

CACHETS D'HYDRARGOTINE
PRÉPARATION MERCURIELLE n'agissant pas violemment

SAVONS DE BERGER
HYGIÉNIQUES & MÉDICINAUX — PRIX Modique
Préparation parfaite efficacité certaine
DÉPÔT PRINCIPAL 2 bis R. BLANCHE
PHARMACIE LIMOUSIN

Adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine.

POUDRE DE PEPTONE CATILLON

Produit supérieur, pur, agréable au goût, on ne peut plus nutritif, 10 fois son poids de viande assimilable.
Aliment des malades qui ne peuvent digérer.

VIN DE PEPTONE CATILLON

Viande assimilable et Glycérophosphates.
Rétablit** les **Forces**, l'**Appétit**, les **Digestions

HÉMOIODINE

Hémoglobine pure iodée
Iode Organique — Fer Physiologique.
ANÉMIE • CHLOROSE
SCROFULE • LYMPHATISME
DÉBILITÉ GÉNÉRALE
GOITRE • FIBROME

Chaque Pilule contient { Hémoglobine pure 0,15 / Iode combiné...... 1/2 centigr.
DOSES : ENFANTS, *de 2 à 6 par jour ;* ADULTES, *de 6 à 10 par jour.*
Prix 4 fr. R. DELAUNAY, Phⁿ de 1ʳᵉ Classe, Montargis. Vente : Tᵗᵉˢ Phᶦᵉˢ.

Elixir laxatif contre la **CONSTIPATION**
agréable à prendre
LIQUIDE — CASCARA ALEXANDRE
0g,50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ
1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.
19, Rue des Mathurins, PARIS

Nouveau BANDAGE

accepté par la Société de chirurgie de Paris. *Recommandé par les Médecins.* Cet appareil, en forme d'arbalète, est invisible sur le corps, *supprime le ressort du dos et le sous-cuisse.* Le malade peut se livrer à tous les travaux sans éprouver de gêne. Par sa pression constante, il fait disparaître la hernie. — Envoi sur demande, MEYRIGNAC, fabrᵗ, 229, r. St-Honoré, Paris.

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de Médecine. — Plus actif et mieux toléré que les sels de fer (Poudre et Dragées à 0,05). FRANCO ÉCHANTILLONS. — 14, Rue des Beaux-Arts. Paris

ANTISEPSIE — PANSEMENT des Plaies.

DIIODOFORME TAINE

Iodoforme sans odeur

L'aspect du diiodoforme pulvérisé est en tout semblable à celui de l'iodoforme, il est jusqu'à présent le seul composé organique stable qui renferme la même quantité d'iode que l'iodoforme ordinaire. Le DIIODOFORME TAINE peut donc remplacer l'iodoforme dans tous les cas où l'on a coutume de faire intervenir celui-ci; il doit lui être préféré toutes les fois qu'il y a intérêt à réaliser un pansement ou à constituer une préparation inodore.

EAU PURGATIVE NATURELLE
"APENTA"
PAR EXCELLENCE

MISE EN BOUTEILLES AUX SOURCES, BUDA PEST, HONGRIE.

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cᶦᵉ, 49, r. de Maubeuge, et Phᶦᵉˢ.

EAU MINÉRALE ARSÉNICALE ET FERRUGINEUSE

Source GUBER en Bosnie

Facile à digérer. — S'emploie avec succès contre l'**Anémie**, la **Chlorose**, la **Malaria**, les **Affections nerveuses** et les **Maladies cutanées**, — DÉPÔT chez tous les Mᵈˢ D'EAUX MINÉRALES et PHARMACIENS.

ICHTHYOL

De l'avis unanime de tous les **Cliniciens** et **Praticiens** qui l'ont expérimenté, l'*ICHTHYOL* a une action à la fois réductrice, astringente, analgésique, antiphlogistique et antiseptique, tout en étant absolument inoffensif. L'emploi du produit, et préparations à base d'Ichthyol est donc tout indiqué dans les *MALADIES CUTANÉES*, la *BLENNORRAGIE*, les *MALADIES DES FEMMES*, dans les *CONJONCTIVITES* et les *AFFECTIONS RHUMATISMALES*, ainsi que dans la *TUBERCULOSE PULMONAIRE*, etc.

S'adresser pour les Monographies et les Échantillons à la SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PRODUITS SANITAIRES et ANTISEPTIQUES, 35, rue des Francs-Bourgeois, Paris.

SÉRUM selon la méthode du Dʳ MARMOREK **ANTISTREPTOCOCCIQUE**
Société chimique des Usines du Rhône
8, quai de Retz, 8
— LYON —

MYCODERMINE DÉJARDIN

ou Extrait Inaltérable de

LEVÛRE DE BIÈRE PURE SÉLECTIONNÉE

recueillie au cours de la fabrication de l'**EXTRAIT** de **MALT FRANÇAIS**
et douée de TOUTE L'EFFICACITÉ de la

LEVURE FRAICHE

MAXIMUM D'EFFICACITÉ INVARIABLE. — INNOCUITÉ ABSOLUE

DOSE : 4 Pilules avant chaque repas (représentant exactement la valeur d'une cuiller à café de levûre à l'état de nature).

Avec la **MYCODERMINE DÉJARDIN**, *AUCUN des INCONVÉNIENTS des LEVÛRES en POUDRE :* Ni **Nausées**, ni **Aigreurs**, ni **Pesanteurs de l'Estomac**, ni **Troubles de l'Intestin**. — PRIX { L'Étui de 100 Pilules, 3 francs. / L'Étui de Comprimés pour usages divers, 3 francs.

E. DÉJARDIN, Pharmacien-Chimiste de 1ʳᵉ Classe, Ex-Interne et *Fournisseur des Hôpitaux de Paris*, 109, Boulᵈ Haussmann, Paris.

VIN DE BUGEAUD

TONI-NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

DRAGEES MARIAN

AU SALATE DE FER ET MANGANÈSE

Plus efficaces que tous les ferrugineux connus, ces Dragées constituent la médication vraiment rationnelle de toutes les maladies où le fer est indiqué : *Chlorose, Anémie, Tuberculose, Lymphatisme*. L'expérience a démontré qu'elles ne constipent jamais; elles sont toujours tolérées par les estomacs les plus délicats.

Deux Dragées avant les repas. — Prix, 4 fr. le flacon.

PARIS : 41, BOULEVARD HAUSSMANN ET PHARMACIES

SIROP de Digitale de **LABÉLONYE**
Sédatif du Cœur
par **excellence**

« *Mode le plus sûr et le plus rationnel de l'emploi de la Digitale* ».
Rapport BUIGNET, à l'*Académie de Médecine*.

SIROP DE DIGITALE DE LABELONYE PHARMACIEN À PARIS 99 Rue d'Aboukir, 99

Une cuillerée à bouche renferme les principes actifs de 10 centigr. de Digitale.
99, Rue d'Aboukir, PARIS

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

En flacons de 30 et de 60 grammes fermés à la lampe.

CHLOROFORME ADRIAN
SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ
POUR L'ANESTHÉSIE

ainsi mis à l'abri du contact de l'air
le CHLOROFORME ADRIAN est d'une conservation indéfinie
VENTE EN GROS : 9 et 11, Rue de la Perle, PARIS

EPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

PRIX du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure;*
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées par jour. Bd Haussmann, 41, Paris et ph^ies^.

POUR OBTENIR TOUS les BONS EFFETS de la LÉCITHINE
IL EST INDISPENSABLE
de l'administrer à la *dose* de *0 gr. 60* à *1 gr. par jour*

Seule la

LÉCITHINE Granulée LEGRAND

Dosée à **0** gr. **20** centigr. de Lécithine pure d'œuf *par cuillerée à café*

PERMET D'OBTENIR DE FAÇON PRATIQUE CE RÉSULTAT

Formule { Lécithine pure d'œuf..... 0.20 ; Mélange à parties égales de Cacao et de Sucre.... 3.80 }

AVANTAGES { LÉCITHINE INTACTE (le granulé étant préparé à froid) ; CONSERVATION INDÉFINIE (par suite de l'addition de Cacao) ; DOSAGE ÉLEVÉ ; GOÛT AGRÉABLE. }

CAPSULES de LÉCITHINE LEGRAND
Chaque capsule contient 0.10 centigr. de **LÉCITHINE PURE**
PRIX : 5 francs.

LÉCITHINE INJECTABLE LEGRAND
Chaque ampoule contient 0.10 centigr. de **LÉCITHINE PURE**
PRIX : 5 francs.

FERRILÉCITHINE LEGRAND
Combinaison équi-moléculaire du CHLORURE FERRIQUE et de la LÉCITHINE
DRAGÉES dosées à 0.15 centigr. de FERRI-LÉCITHINE
PRIX : 5 francs.

CACODYLATE LÉCITHINÉ LEGRAND
DRAGÉES contenant { Lécithine pure d'œuf : 0 gr. 10 ; Cacodylate de Soude : 0 gr. 02 } PRIX : 5 francs.

MORUOCITHINE LEGRAND
HUILE de FOIE de MORUE LÉCITHINÉE
contenant 0.10 centigr. de LÉCITHINE PURE par cuillerée à soupe.
PRIX : 4 fr. 50.

CÉROVOÏNE LEGRAND
ADMINISTRATION OPOTHÉRAPIQUE des LÉCITHINES
Aliment Lécithiné concentré extrait des deux corps qui contiennent le plus de Lécithines et possèdent un pouvoir nutritif très élevé :
LE JAUNE D'ŒUF ET LA CERVELLE
La *Cérovoïne* contient 0.40 centigr. de *Lécithines naturelles* par cuillerée à café. — PRIX : 5 francs.

PURETÉ CHIMIQUE — ÉCONOMIE

Société des **PRODUITS LÉCITHINÉS LEGRAND**
197, Rue du Faubourg-Saint-Martin, PARIS.

DOSAGE GARANTI — ÉCONOMIE

N° 5. — MARDI 14 JANVIER 1902. 75e ANNÉE. MARDI 14 JANVIER 1902. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Paris, le 13 janvier 1902.

L'Assistance publique de Paris ressemble à ce naïf qui, sur la foi d'une somnambule extra-lucide, s'était persuadé qu'il devait mourir à quarante ans. Le drôle avait mené joyeuse vie, dépensant sans compter, si bien que, la quarante-et-unième année venue, comme la cigale de la fable, il se trouva fort dépourvu.

Il est vrai que, pour ne pas faire mentir l'oracle, il avait la ressource du suicide. L'administration de l'Assistance publique, elle, n'a pas la ressource du suicide; elle est condamnée, à perpétuité, à soigner les malades, et à secourir les pauvres. Elle a reçu des legs, cumulé les donations, et cependant elle a tout gaspillé, tout perdu.

C'est ce qui résulte du rapport lu par M. Rendu au conseil municipal, au nom de la cinquième commission.

« Il est constant que depuis quinze années le déficit a toujours régné dans le budget de l'administration et qu'elle a dépensé près d'un million de plus qu'elle n'avait tous les ans. »

Pour couvrir ces déficits, l'Assistance publique, au lieu de rechercher des économies, s'est bornée à demander des ressources au fonds de capitalisation. Le ministre de l'Intérieur, lui-même, écrivait au préfet de la Seine une lettre où l'on pouvait lire : « Le fonds de réserve étant, où à peu près, complètement épuisé, il ne sera plus possible d'y recourir pour couvrir les déficits. Il est donc de toute nécessité que l'Assistance publique examine, avec la plus grande attention, la situation très grave où elle va se trouver placée. »

Et M. Rendu qui cite cette lettre continue : « Par suite de l'imprévoyance de l'administration de l'Assistance publique et même de son insouciance, elle a été *obligée d'aliéner le patrimoine sacré des pauvres*, constitué par la générosité de nombreux donateurs. Elle a dû vendre pour près de 13 millions de ses réserves. »

Aujourd'hui M. Risler, le vigilant rapporteur du Conseil de surveillance, nous dépeint comme il suit la situation de l'Administration :

« L'Assistance publique est pauvre. Depuis des années, elle est réduite à vivre d'expédients, d'économies désastreuses pour ses établissements, détestables, nuisibles même pour les malades, déplorables pour les vieillards, les indigents et les nécessiteux qui lui demandent aide et protection. »

Voilà où en sont les choses. Depuis quinze ans, on voit chaque année le gouffre du déficit se creuser; et c'est au moment où tout va sombrer qu'on jette enfin le cri d'alarme. C'est pourquoi l'un de nos confrères de la grande presse, s'occupant des choses de l'Assistance publique, avait intitulé son article : « Voleuse de pauvres. »

SUR UN CAS DE DÉLIRE AIGU

Par le docteur J.-B. BUVAT, interne des asiles de la Seine.

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de notre maître, M. le docteur Briand, un cas de délire aigu qui avait pris naissance au cours d'un accès maniaque et qui s'est terminé favorablement après s'être transformé de nouveau en une psychose à forme maniaque.

Les récentes discussions dont le délire aigu a été l'objet au Congrès de neurologie et de psychiatrie à Limoges (1), à l'occasion du rapport de Carrier, et auxquelles ont pris part Régis, Briand, Ballet, Roubinovitch, Crocq et Marchand, ont bien mis en lumière l'origine toxique de ce syndrome, survenant soit d'emblée, soit secondairement, chez des prédisposés héréditaires.

Dans notre cas, le facteur étiologique toxique, mis en jeu par une violente émotion de tristesse, qui arrêta subitement les règles jusqu'alors régulières, appartient à la classe de ces toxiques endogènes, dont la preuve expérimentale est très difficile à faire, mais dont personne ne songe à contester l'influence quelles que soient les hypothèses fournies pour en expliquer la pathogenèse.

« Dans quelques cas rares, dit Krafft-Ebing (2), on a observé, ordinairement la folie furieuse aiguë, consécutivement à la suppression subite de l'hémorragie menstruelle, suppression causée par l'effroi ou par le froid, et l'on a admis la « menstruatio suppressa » comme cause de folie. Il est admissible qu'une congestion collatérale vicariante du côté du cerveau établisse cette connexité. »

Toulouse (3), moins explicite, admet également le fait : « Ordinairement les désordres intellectuels surviennent chez

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1er et 10 août 1901.
(2) KRAFFT-EBING. *Traité de psychiatrie*, p. 226.
(3) TOULOUSE. *Les causes de la folie*, p. 115.

des femmes dont la fonction menstruelle est troublée, soit que les époques ne soient pas à intervalles réguliers soit qu'il y ait de la dysménorrhée avec douleurs. La suspension des règles semble amener souvent des troubles délirants. Je fais une restriction parce que l'aménorrhée est un symptôme des plus fréquents de l'invasion de la folie, il est ordinairement difficile de dire si elle est la cause ou l'effet des désordres intellectuels. »

L'évolution du syndrome a duré environ quarante jours, avec des rémittences légères, plus accusées dans la courbe thermique que dans l'intensité de l'agitation, tandis que le poids tombait pendant la même période de 59 kilogs à 47 : il s'est terminé favorablement, fait très rare au dire des auteurs, pour que, le plus souvent, le diagnostic de délire aigu comporte un pronostic à peu près fatal, en se transformant en une psychose à forme maniaque. Cette dernière évolua durant deux mois et prit fin brusquement à la suite d'une émotion de crainte très pénible : la malade recouvre la raison avec une instantanéité qui la transforme complètement; l'incohérente agitée qui, dans une chambre d'isolement où on a dû ne lui laisser que des couvertures qu'elle déchire le plus souvent, ne repose ni jour, ni nuit, en proie à une gesticulation désordonnée, devient tout à coup une femme calme qui cause avec à propos, répond aux questions, se met au travail et montre des facultés intactes. Elle sort d'un rêve, nous dit-elle, et toute sa maladie ne lui apparaît plus que comme un affreux cauchemar, dont certains épisodes, au reste, sont plus atténués que d'autres : il s'agit de la période pendant laquelle nous avons vu évoluer le délire aigu.

Cet effet curateur des émotions est signalé dans les auteurs. « Les émotions, dit Toulouse (1), peuvent guérir des psychoses, Esquirol l'avait observé. Les pèlerinages, les pratiques religieuses, n'agissent pas autrement. »

Nous avons opposé à l'affection une thérapeutique nouvelle en aliénation mentale : les injections de sérum bromuré puis chloruré à doses massives : 1 litre, et répétées à peu près quotidiennement, méthode dont nous avons fait l'étude dans notre thèse inaugurale (2).

Voici l'histoire clinique de notre malade :

Jeanne C... entre le 1er mai 1901 à Villejuif dans le service de M. Briand avec les deux certificats suivants : le premier, daté du 24 avril, est ainsi rédigé :

« Hier soir j'ai trouvé l'appartement en désordre, tout a été saccagé, brisé, déchiré; Jeanne C... avait du délire et causait avec son enfant mort récemment. Je l'ai trouvée toute nue dans son lit avec un délire furieux, agitation continuelle, elle a brisé plusieurs carreaux et s'est blessée. — Dr X. »

Le deuxième date du 25 avril de M. Magnan :

« Dégénérescence mentale avec accidents alcooliques. Idées ambitieuses et de persécution. Excitation et violences. Tremblement des mains. »

A l'entrée, la malade est dans un état d'agitation violente avec obnubilation intellectuelle, il est impossible de fixer son attention; l'œil est vague, comme perdu dans une sorte de rêve dont on ne peut la tirer; elle réagit cependant aux questions qu'on lui pose avec insistance, répond d'un mot bref, ou bien profère des propos incohérents; la piqûre provoque une réaction, elle ne présente pas trace d'anesthésie. La malade ne reste pas en repos, sans cesse en mouvement elle bouscule les infirmières qui veulent la maintenir. La température le soir de l'entrée est de 37°8. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine; la langue est sale, les lèvres sèches, le teint terreux. Le pouls est petit, régulier, assez rapide à 96. Le poids est de 59 kilogs. Aucune lésion pulmonaire ou cardiaque : les réflexes rotuliens sont forts des deux côtés. On note un tremblement fin des extrémités. La pupille réagit bien à la lumière. On doit faire manger la malade sans cependant recourir à la sonde. Pendant la nuit insomnie complète, avec agitation. Le lendemain le docteur Briand signe le certificat suivant :

« Excitation maniaque. Désordre dans les idées et les actes. Propos incohérents. Violences. Habitudes alcooliques probables. »

La malade est alitée. La famille donne les renseignements suivants :

Père vivant, alcoolique, s'est séparé de sa femme après un an de mariage, caractère hargneux, a eu plusieurs enfants adultérins.

Mère morte à soixante ans, caractère bizarre, cuisinière et alcoolique, avait des cauchemars terrifiants. Pas d'aliénés dans la famille ni d'épileptiques. La malade a été élevée par un oncle et une tante. Rien de particulier dans l'enfance. A perdu l'œil droit à six ans (panophtalmie à la suite d'un traumatisme). A appris à lire et à écrire péniblement. Réglée à seize ans : les règles sont régulières, douloureuses, s'accompagnent de maux de tête : à chaque époque menstruelle la malade devient taciturne, agacée, parfois violente; ces phénomènes durent trois jours. Premiers rapports sexuels à vingt-quatre ans. Exerce la profession de cuisinière jusqu'à trente : boit un litre de bière par jour, et un peu de vin. Elle se marie à trente ans, épouse son cousin germain moins âgé qu'elle de deux ans. Ce dernier travaille dans une fabrique d'alcool : il a eu un accès de delirium tremens. Jeanne C... prenait de temps en temps l'apéritif avec son mari. Pas de syphilis. Jamais de crises convulsives. Deux enfants : l'aînée morte à trois mois de convulsions, le second mort à quatre ans et demi en avril dernier de méningite. Le décès de cet enfant a été la cause occasionnelle de la maladie.

En mars l'état de santé était satisfaisant : dès que son enfant tombe malade, Jeanne C... devient triste, perd le sommeil et l'appétit; cette tristesse s'accroît encore du fait que le mari de la malade prévient cette dernière de l'intention qu'il a de se suicider si l'enfant meurt...; pendant les huit jours que dure la maladie de l'enfant, la tristesse va s'accroissant, elle s'accompagne de maux de tête, d'irritation du caractère qui pousse Jeanne C... à s'isoler, à ne recevoir personne : elle tire les doubles rideaux pendant le jour et vit chez elle seule près de son malade dans une obscurité à peu près complète. Elle ne mange pas, se contente de boire du vin sans grands excès « pour se donner des forces ». Le 14 avril, l'enfant meurt, assez brutalement, au milieu de convulsions. La malade était réglée depuis vingt-quatre heures, brusquement les règles cessent; la malade commence à « déraisonner », dit le mari. Quelques jours après, un violent accès d'agitation apparaît qui nécessite l'internement.

Le 2 mai : l'agitation est continue, une infirmière doit rester en permanence auprès de la malade, qui saute à chaque instant hors de son lit, projette loin d'elle tout ce qui tombe sous sa main : couvertures, draps, chemise; elle déchire, ou bien secoue sa literie, changeant sans cesse le but de son activité désordonnée; elle prononce des mots sans suite, incohérents, qu'elle accompagne de gestes bizarres; l'attention est impossible à fixer, on n'obtient d'elle aucune réponse; lui crie-t-on son nom à haute voix avec insistance, elle répond parfois oui et c'est tout. Elle n'a aucune conscience de sa situation. Le teint est plombé, la peau sèche

(1) Toulouse. Loc. cit., p. 136.

(2) Buvat. *Des sérums artificiels dans le traitement des maladies mentales*, Paris 1901.

et chaude, la température est à 37°8 le soir, les lèvres sont recouvertes de fuliginosités, la langue qu'on voit avec peine est rôtie ; le pouls rapide à 100 est petit, la malade doit être alimentée à la sonde. Constipation, urines rares. On soumet la malade aux injections de sérum bromuré (1 litre), elle est purgée.

Le 3 mai : l'état de confusion mentale avec agitation va s'accentuant, la température monte et se maintient entre 38 et 39, les phénomènes somatiques persistent, la malade est animée de soubresauts au moindre bruit, à l'injection de sérum on ajoute un grand bain.

Le 4, le 5 mai, la température s'élève à 39°4 pour revenir à 38°2 le matin, agitation et incohérence, le gâtisme et la sitiophobie apparaissent, on doit l'alimenter à la sonde; l'examen du poumon, du cœur, ne révèle aucune lésion; constipation, pas de taches rosées, pas de splénomégalie, pas d'albumine dans l'urine recueillie à la sonde; le pouls est rapide, petit à 96, non dicrote; le diagnostic de délire aigu est posé par notre maître le docteur Briand. Sérum bromuré, grand bain, grand lavement.

Le 6, le 7, la courbe thermique oscille entre 38°5 et 38°2, même état incohérent avec agitation, mouvements carphologiques, fuliginosités linguales et buccales, teint plombé; la malade assez affaiblie quitte moins volontiers son lit : elle marmotte des mots inintelligibles, elle ne semble pas entendre les questions qu'on lui pose.

Du 8 au 12 la courbe thermique reste un peu au-dessous de 38, tous les autres symptômes persistent, la malade maigrit beaucoup.

Du 12 au 15 nouvelle ascension thermique; même état le 14 mai. M. Briand signe le certificat suivant : « Délire aigu. état grave. »

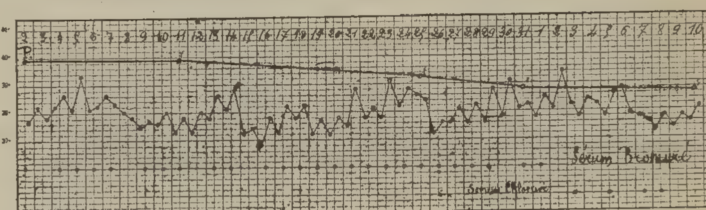
Cet état persiste jusqu'au 6 juin, sans notables changements : température irrégulière au-dessus de la normale, agitation continue avec incohérence complète et confusion, soubresauts, mouvements carphologiques, sitiophobie et gâtisme malgré une tendance marquée à la constipation; réflexes rotuliens exagérés, amaigrissement considérable, 13 kilogs depuis un mois, les fuliginosités ont disparu peu à peu, mais la langue et les lèvres sont recouvertes d'un enduit visqueux et épais : l'auscultation minutieuse du cœur et du poumon ne révèle aucune lésion; parfois, mais très rarement, en l'interpellant à très haute voix, on lui arrache un oui, mais il est impossible de fixer plus longtemps son attention : le 3 juin, on substitue les injections de sérum chloruré aux injections bromurées : 23 injections d'un litre ont été faites.

Le 7 juin un léger mieux s'esquisse, la malade reste plus volontiers en repos; les soubresauts diminuent de fréquence, le teint est meilleur; la langue se déterge ainsi que les lèvres, le pouls petit est un peu moins rapide, il est à 90, tandis que la température est au-dessous de 38; l'attention est nulle et la malade est toujours aussi inconsciente et incohérente, elle se laisse alimenter pour la première fois à la cuillère.

Le 14 juin l'apyrexie se maintient tandis que l'aspect général s'améliore; mais l'amaigrissement s'est encore accentué, le poids est tombé à 43 kilogs, soit 16 kilogs perdus en un mois et demi; l'agitation a cédé en partie, le sommeil fait sa réapparition, court encore, entrecoupé de réveils, où la malade secoue sa literie, gesticule en prononçant des phrases incohérentes, où l'on entend appeler le « Vosgien »; elle s'alimente seule, mais gâte toujours. Elle regarde autour d'elle, et paraît avoir quelque conscience de ce qui l'entoure, tandis qu'antérieurement, elle était dans un état de confusion extrême : elle interpelle les infirmières et leur donne des noms baroques, mais l'épithète qu'elle leur attribue ne varie pas, et montre qu'elle les reconnaît. Lui poset-on une question, elle s'arrête, vous regarde, répond d'un mot le plus souvent dénué de sens, puis les propos incohérents entremêlés de grossièretés reprennent leur cours.

Les caractères de l'état maniaque reparaissent.

Le 30 juin la malade s'agite à nouveau mais son allure est celle de la maniaque, son humeur mobile change fréquemment, elle parle avec volubilité et incohérence. Elle a des illusions, croit reconnaître certaines personnes autour d'elle, fait mille et une grimaces et gesticulations, assemble ses mots par assonance, accepte ses repas qu'elle dévore, chante, crie, s'excite, s'emporte, tout cela avec une rapidité extraordinaire, ne s'arrêtant pas la nuit, cédant de courts instants au sommeil, et cela, le plus fréquemment, tout de suite après ses repas. Incohérence du langage à travers laquelle cependant on reconnaît que la conscience revit...



L'état général s'améliore, le poids est remonté à 49 kilogs.

Cet état maniaque persiste pendant tous les mois de juillet et d'août; il a atteint même en août, un tel degré d'intensité que la malade a été placée dans une chambre d'isolement où elle passe ses journées à gesticuler, à exécuter des gestes bizarres et à proférer des propos incohérents; elle déchire tout ce qui est à portée de sa main, et ne supporte aucun vêtement; elle resterait nue si on ne la revêtait d'un maillot qu'elle ne peut ni quitter, ni déchirer, mais qui ne lui impose aucune contrainte; pas de sommeil hormis l'heure qui suit ses deux principaux repas; elle est au régime de la suralimentation et prend des bains de deux heures où elle reste assez tranquille.

Le 30 août, un incident vient mettre un terme brusque à cette phase maniaque d'allure banale. La malade était au bain, comme de coutume, avec quatre ou cinq autres malades : l'une de ces dernières, fort violente et en proie à d'irrésistibles impulsions, en sortant de son bain, se précipite sur l'infirmière chargée de la surveillance, la terrasse, la roue de coups, et cherche à lui plonger la tête dans la baignoire ; une autre infirmière, présente, s'efforce de dégager sa compagne et de maintenir la malade, mais, cette dernière, douée d'une force peu commune, terrasse à son tour la seconde infirmière, et cherche toujours à noyer la première. Toute cette scène rapide se passe au milieu de cris et devant l'impassibilité des autres malades. Profondément bouleversée, Jeanne C... se précipite sur la sonnette d'appel qu'elle met en mouvement, puis se sauve nue jusqu'au réfectoire en appelant à l'aide ; arrivée là, elle s'asseoit toute tremblante, pâle, prête à défaillir : quelques instants après, remise de son émotion, cette malade qui, quelques heures auparavant, était en pleine agitation maniaque, avec une incohérence de langage absolue, cause maintenant d'une façon sensée, raconte toute la scène à laquelle elle vient d'assister, la peur profonde qu'elle a ressentie. Elle est transformée au point de vue mental. On l'habille alors comme ses compagnes, ce qui ne lui était arrivé depuis plusieurs mois, et de suite elle demande à la surveillante à s'occuper; le soir elle mangeait au réfectoire, couchait au dortoir, passait une nuit tranquille, et le lendemain matin nous la trouvons, à la visite, calme, assise sur un banc, elle nous raconte à nouveau la scène de la veille, insiste sur la peur qu'elle a ressentie et qui l'a bouleversée, et nous marque son étonnement d'être au milieu des « folles » ; elle nous dit avec des larmes dans les yeux « que c'est le chagrin que lui a causé la mort de son enfant qui l'a rendue malade, mais que maintenant elle se sent très bien ».

La malade dont le visage a changé d'expression cause avec calme, on ne décèle rien dans son langage ou dans son attitude qui puisse révéler la longue crise qu'elle vient de traverser. Elle nous raconte toute son histoire, confirmant les dires de son mari sur certains points, les précisant ou les rectifiant sur d'autres. La mémoire est intacte pour tous les faits antérieurs à la maladie. Elle est très obscurcie sur la période qui s'étend du 25 avril aux premiers jours de juin. Quand on lui rappelle les incidents de cette période elle répond : « Je ne sais pas, je ne me souviens de rien. » Toute la période de juin, juillet et août est confuse également, mais moins que la précédente; elle se souvient des noms baroques qu'elle attribuait au personnel, d'avoir appelé souvent « le Vosgien », mais « tous les actes que j'accomplissais ou qui s'effectuaient autour de moi, j'en garde un souvenir vague comme d'un rêve ».

Depuis cette époque l'état mental est resté satisfaisant : la malade travaille régulièrement, le sommeil est assez bon, encore entrecoupé de rêves; l'état général s'améliore de jour en jour. La sortie est décidée vers le 15 septembre, elle est différée jusqu'aux premiers jours d'octobre, car les règles n'ont pas réapparu. Le 10 octobre la malade pèse 63 kilogs, l'état mental est normal, et bien que les règles n'aient pas reparu, devant les instances de la famille, M. Briand ne croit pas devoir différer plus longtemps la sortie.

Nous n'affaiblirons pas par des commentaires la portée de cette observation recueillie sous les yeux du docteur Briand qui le premier, en 1881, attira l'attention sur la nature infectieuse auto ou hétéro-toxique de ce syndrome.

Mais à côté du rôle joué par la suppression des règles, dans l'apparition de la maladie, et par une puissante émotion dans sa disparition, nous appelons l'attention sur l'heureuse influence qu'ont eue sur l'évolution de ce syndrome le plus souvent mortel les injections massives et répétées de sérum bromuré et chloruré.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DU 10 JANVIER 1901

Comme c'est la coutume dans toute société savante, la première séance de l'année a été consacrée, moins aux travaux scientifiques, qu'aux congratulations solennelles d'usage. L'ancien bureau a fait place au nouveau bureau, le président sortant a félicité le président entrant; le président nouveau a félicité le président ancien, et la séance a commencé. Notons au passage les chaleureux remerciements adressés par M. Joffroy, ex-président, au secrétaire général, M. Rendu, pour son dévouement inlassable à la Société médicale dont il est l'âme. « M. Rendu, a dit M. Joffroy, est le véritable président de la Société depuis dix ans. » C'est exact. Toujours arrivé le premier, toujours parti le dernier, M. Rendu, malgré ses multiples occupations, anime la Société de son ardeur, et l'éclaire souvent de son expérience clinique si lucide et si étendue.

M. Huchard, en diverses circonstances, a insisté sur l'**intensité des douleurs névralgiques précédant tout signe extérieur des anévrysmes de l'aorte.** M. Rénon rapporte un nouveau cas qui vient à l'appui de cette opinion et qui la rend plus probante encore. Il s'agit d'un cas d'aortite syphilitique qui s'est manifestée par des crises douloureuses atroces, uniquement viscérales et qui simulèrent d'une façon frappante les coliques violentes de la lithiase biliaire et rénale. « La présence d'une insuffisance aortique, dit M. Rénon, qui n'existait pas un an auparavant, imposa le diagnostic; ce dernier fut vérifié d'une façon décisive par le traitement antisyphilitique qui mit rapidement un terme aux accidents douloureux : il n'existait aucun signe physique et radioscopique d'anévrysme. »

MM. Lion et Gasne communiquent un travail sur deux **cas de myopathie atrophique progressive non familiale.** Chez ces deux sujets, il fut impossible de retrouver rien de semblable dans les antécédents héréditaires ou collatéraux. Dans les deux cas, la cause déterminante a été un traumatisme; et dans l'un d'eux, le début de la maladie ne s'est manifesté que tardivement, soit à vingt-six ans.

MM. Antony et Morvan rapportent une curieuse observation d'**adénites suppurées multiples consécutives à une atteinte de dengue.** En voici l'histoire résumée : Un officier de marine entré au Val-de-Grâce pour une pneumonie grave, survenue pendant la convalescence d'une anémie tropicale, présenta, à la suite de son affection pulmonaire, une adénite inguinale suppurée survenue sans cause apparente. En remontant dans les antécédents de ce malade, on constata que, neuf mois auparavant, il avait été atteint de la dengue dans les îles de l'Océanie. La dengue évolua normalement, mais provoqua une furonculose généralisée qui, plusieurs semaines plus tard, fut suivie de l'apparition d'adénites inguinales indolentes qui subirent à la longue la fonte purulente. L'examen bactériologique démontra qu'il ne pouvait s'agir d'une attaque de peste.

M. Variot rapporte **un cas remarquable d'hypertrophie du cerveau** constatée à l'autopsie d'un enfant de son service.

MÉDECINE PRATIQUE

Le lavage de l'estomac chez l'enfant.

Par M. L. Babonneix,
Interne à l'hôpital des Enfants-Malades.

Introduit en thérapeutique infantile par Epstein, le lavage de l'estomac est aujourd'hui couramment employé dans le traitement des gastro-entérites des nourrissons : il donne de bons résultats à condition d'être ordonné à propos et méthodiquement pratiqué.

Le *matériel* nécessaire est des plus simples. Au tube de Faucher, que l'on n'a pas toujours sous la main, il convient de préférer une sonde urétrale, réunie par un long tube de caoutchouc à un entonnoir de verre. Le calibre de la sonde urétrale varie suivant les cas, du n° 8 au n° 30 de la filière Charrière; il est bon, ainsi que le conseille M. Olmière (1), de percer à l'extrémité inférieure de cette sonde un orifice longitudinal supplémentaire dont on abattra soigneusement les aspérités avec des ciseaux.

L'extrémité supérieure de la sonde est reliée, par un petit tube de verre, à un large tube de caoutchouc dont l'autre extrémité reçoit l'entonnoir, entonnoir en verre, gradué autant que possible. Ainsi monté, l'appareil est prêt à fonctionner. Quelques auteurs recommandent de placer sur le trajet du tube de caoutchouc une poire aspiratrice, modification assurément excellente, mais nullement indispensable.

Le *manuel opératoire* ne présente le plus souvent aucune difficulté sérieuse. L'enfant est placé dans le décubitus dorsal et maintenu dans cette attitude par un aide (2). L'opéra-

(1) Th. de Paris, 1896.

(2) On peut aussi laisser l'enfant assis. L'introduction de la sonde dans l'œsophage est parfois plus facile dans cette attitude.

teur, après avoir enduit l'extrémité de la sonde d'un corps gras quelconque (vaseline, glycérine), entr'ouvre doucement la bouche de l'enfant et y introduit la sonde préalablement aseptisée par l'ébullition. Celle-ci est poussée peu à peu vers le pharynx; arrivée à ce niveau, elle provoque un mouvement réflexe qui l'attire vers l'œsophage et facilite sa déglutition. Il est souvent utile d'introduire un doigt dans la bouche pour guider la sonde, surtout si l'enfant crie et se débat.

La sonde, poussée doucement, continue à avancer. A quel moment pénètre-t-elle dans l'estomac? Autrement dit, comment savoir si elle est encore dans l'œsophage ou si elle a déjà atteint la cavité gastrique? Deux procédés, également simples, permettent de résoudre cette question. Le premier consiste, avant tout lavage, à allonger la sonde sur le corps de l'enfant, du creux épigastrique au front, et de marquer ce dernier point, qui devra correspondre aux lèvres lorsque la sonde sera dans l'estomac (Olmière). On peut aussi se contenter d'abaisser légèremennt l'entonnoir. La sonde est-elle dans l'estomac, les liquides gastriques refluent dans le récipient.

On verse alors dans l'entonnoir préalablement élevé 50 à 100 grammes de liquide et lorsque cette quantité est presque complètement écoulée, on abaisse vivement l'entonnoir : le liquide réapparaît, ramenant quelques mucosités et des caillots de lait plus ou moins nombreux. On recommence cette manœuvre jusqu'à ce que l'eau ressorte à peu près pure. Il est souvent utile, lorsque les débris alimentaires sont très abondants, d'élever ou d'abaisser plus ou moins l'entonnoir pour déterminer des courants à l'intérieur de l'estomac et laver plus complètement l'organe.

Le *liquide* destiné au lavage sera le plus souvent tiède; mais on peut faire varier sa température suivant l'état général du petit malade. Y a-t-il hypothermie, tendance au collapsus, le liquide sera porté à la température de 37, 38 degrés (Lesage); y a-t-il au contraire fièvre élevée, le liquide sera employé frais. La quantité du liquide à employer est difficile à fixer d'une façon précise : il faut, comme nous l'avons dit, laver l'estomac tant que le liquide ne ressort pas limpide.

Différentes solutions ont été préconisées pour cet usage : nous ne ferons que citer pour mémoire les solutions hydro-alcooliques étendues de nitrate d'argent (Seibert), les solutions de benzoate de soude (Escherich), de thymol (Léo), l'eau oxygénée très faible, l'eau boriquée. En réalité, l'eau bouillie tiède, l'eau de Vichy, l'eau bicarbonatée, l'eau salée à 7 p. 1000 conviennent à peu près à tous les cas.

Il est difficile d'établir exactement le *nombre* des lavages à prescrire. Ces lavages seront pratiqués tous les jours au plus pendant toute la phase aiguë de la gastro-entérite : ils ne devront pas être indéfiniment prolongés, car, s'ils affaiblissent l'adulte, ils retentissent encore bien davantage sur l'état général du nourrisson et on leur a souvent reproché d'exagérer les phénomènes préexistants de collapsus.

Quand faut-il faire le lavage? A la fin de la période digestive, c'est-à-dire, suivant les cas, deux heures et demie ou trois heures après le dernier repas. Plus tôt, des caillots de lait obstruent la sonde et créent quelques difficultés à l'opération.

En suivant ces règles, on est sûr de n'avoir, dans la plupart des cas, aucun *accident* à redouter. Le reflux des liquides entre la sonde et les parois de l'œsophage est exceptionnel : il en est de même de l'introduction de la sonde dans les voies aériennes, de l'hémorragie gastrique, etc. Un seul accident paraît véritablement relever du lavage lui-même : c'est la tétanie, signalée par M. Marfan chez le nourrisson comme elle l'a depuis longtemps été chez l'adulte par Kussmaul. Mais, outre que la tétanie ne s'observe que rarement, elle ne se rencontre peut-être, comme chez l'adulte, que chez les malades fréquemment tubés, et c'est pourquoi il est prudent, dès que les indications du lavage ont disparu, de ne pas en prolonger indéfiniment l'usage.

Les *effets physiologiques* du lavage sont d'abord et surtout des effets mécaniques : évacuation et nettoyage de l'estomac, diminution des fermentations, etc. Mais de plus, le lavage provoque des effets à distance, d'origine réflexe : contractions intestinales, contractions des muscles de la paroi abdominale, hypersécrétion de toutes les glandes du tube digestif. Son action est donc éminemment complexe et permet d'expliquer les heureux résultats qu'il procure lorsqu'il est prescrit à propos.

Quelles sont donc les *indications* précises du lavage de l'estomac? Il faut avouer que cette question n'est pas encore définitivement résolue. Après avoir été employé dans toutes les formes de dyspepsies, le lavage a été réservé à certaines d'entre elles et son usage s'est singulièrement restreint. Certains auteurs, frappés de ses inconvénients, ont été jusqu'à le proscrire de la thérapeutique infantile. Il semble bien que ce soit là une exagération et que le lavage puisse rendre dans certains cas les plus grands services. C'est ainsi que, dans les gastro-entérites aiguës pyrétiques, le lavage est indiqué lorsque les phénomènes de gastrite prédominent, c'est-à-dire lorsque les vomissements persistent après une diète hydrique soignée et suffisamment prolongée. Dans les formes de gastro-entérites chroniques qui s'accompagnent de dilatation de l'estomac et de vomissements par stase, les lavages nettoieront la cavité gastrique, diminueront les fermentations et stimuleront utilement la tonicité affaiblie de la musculature.

Si les indications précédentes sont admises par la majorité des pédiatres, il n'en est plus de même de l'opportunité du lavage de l'estomac dans les cas de choléra infantile. Tandis qu'Epstein, Thomas (de Fribourg), Seibert, Thiercelin considèrent le lavage comme une des ressources les plus précieuses que nous ayons à notre disposition pour lutter contre les phénomènes algides, Léo affirme que les résultats qu'il donne sont de beaucoup inférieurs à ceux que l'on obtient dans les dyspepsies simples; Baginski et Escherich pensent que les phénomènes de collapsus et d'hypothermie, si fréquents dans le choléra infantile, constituent une contre-indication formelle au lavage, au moins à la période d'état; M. Marfan, enfin, rejette systématiquement l'emploi des lavages dans tous les cas de choléra confirmé. En présence de ces opinions contradictoires, il paraît difficile de dire si le lavage de l'estomac est, oui ou non, indiqué dans le choléra infantile : nous dirions volontiers qu'il n'est indiqué que dans les cas où les phénomènes de collapsus ne prédominent pas, et qu'on peut presque toujours le remplacer avantageusement par les autres médications : diète hydrique, injections de sérum, balnéation chaude, etc.

Telles sont les indications principales du lavage chez les nourrissons. Chez les enfants plus âgés, il peut être utilement employé dans les dyspepsies accompagnées de dilatation et de vomissements, dans les occlusions intestinales, dans les intoxications, etc., en un mot dans les mêmes affections que chez l'adulte. Quant aux *contre-indications* qu'il présente, nous avons déjà signalé la seule véritablement importante, le collapsus. Par la fatigue qu'il provoque, le lavage de l'estomac tend en effet à augmenter les phénomènes de collapsus : il faudra donc, autant que possible, le réserver aux cas où ces phénomènes sont peu accentués et, lorsque ceux-ci prédominent, ne le pratiquer qu'avec la plus extrême prudence.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 20 AU 25 JANVIER 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 20 JANVIER, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Ch. Richet, Rémy et Broca (André) ; — M. Retterer, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Reclus et Broca (Aug.); — (2e série): MM. Kirmisson, Mauclaire. et Walther ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Teissier et Bezançon ; — M. Gosset, suppléant.

MARDI 21 JANVIER, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Mathias-Duval, Chassevant et Langlois ; — M. Launois, suppléant,

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Berger et Marion; — (2e partie, 1re série) : MM. Proust, Raymond et Vaquez ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Charrin et Thiroloix ; — M. Jeanselme, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin ; — M. Guiart, suppléant.

MERCREDI 22 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *Salle Charcot*, épreuve pratique : MM. Jalaguier, Poirier et Gosset.

2e : MM. Gariel, Gley et Retterer ; — M. Richet, suppléant.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Lannelongue, Lepage et Cunéo.

4e (nouveau régime) : MM. Pouchet, Landouzy et Netter ; — M. Richaud, suppléant.

JEUDI 23 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Thiéry et Hartmann.

2e, *Salle Richet* : MM. Gauthier, Langlois et Launois.

3e(oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Corvisart* : MM. Budin, Quénu et Auvray; — (ancien régime) : MM. Guyon, Marion et Demelin ; — M. Broca (André), suppléant.

VENDREDI 24 JANVIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Salle Thouret*, épreuve pratique ; MM. Blanchard, Wurtz et Legry.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Reclus et Legueu ; — (2e série) : MM. Delens, Mauclaire et Walther ; — (2e partie) : MM. Hayem, Landouzy et Widal ; — M. Teissier, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Desgrez, suppléant.

SAMEDI 25 JANVIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Hanriot et Méry ; — (oral) : *Salle Corvisart* : MM. Hutinel, Chantemesse et Gouget ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Beaujon* : MM. Pozzi, Hartmann et Auvray ; — (2e partie) : MM. Raymond, Widal et Renon ; — M. Dupré, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Potocki et Demelin ; — M. Richaud, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux sera ouvert le lundi 24 mars 1902, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 24 février 1902 et sera clos définitivement le samedi 8 mars, à trois heures.

— *Concours de l'Internat.* — NOTES OBTENUES. — *Anatomie.* — Séance du 7 janvier 1902. — MM. Delille, 10; Ferry, 9; Gaudemet, 9; Robert Klein, 9; Émile Baudoin, 8; Ribot, 8; Ch. Nicolas, 6; Violle, 6; Leremboure, 5; Aug. Reulos, 4.

Séance du 9 janvier. — MM. Genévrier, 11; Jacquemin, 11; Boisseau, 10; Deshayes, 8; Gros-Dévaud, 8; Nivet, 8; Labouré, 5; Royer, 4; Roblès, 3; Stettiner, 3.

Rectification à l'affichage des notes du 4 janvier : M. Rousseau, 10 au lieu de 11.

Pathologie. — Séance du 8 janvier 1902. — MM. Hébert, 12; Jeannel, 11; Villaret, 11; Mlle Maugeret, 10; MM. Roussel, 10; Chevallier, 9; Leenhardt, 9; Victor Burgaud, 7; René Gillet, 6; Rigoulet, 6.

Séance du 10 janvier. — MM. Rabier, Dehérain et Louis Guillaume, 11; Marcel Reulos, 10; Vincent et Gratiot, 9; Delion, 8; Schœfer, 7.

Hôpitaux de province. — *Marseille.* — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Baudouin, Terras, Marcorelles, Poesi, Billon, Alaize, Aurientis, Abeille, Allavena, Maurice Brémond, Caire, Long, Griscelli, Rochu, Lutaud, Léopold Brémond, Gaymard et Platon.

Guerre. — M. le médecin principal de première classe des troupes coloniales Delrieu a été désigné pour occuper les fonctions de chef du service de santé de la Cochinchine.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Coquin, du port de Brest, est désigné pour embarquer sur la *Comète* (division navale de Cochinchine).

Société médicale des hôpitaux de Lyon. — Cette société, qui vient de se fonder, se compose uniquement de membres non élus, mais admis de droit d'après leurs titres et sous la condition d'accepter les statuts de la Société.

Ces membres de droit se partagent en titulaires, associés ou correspondants.

Peuvent être membres *titulaires* : les médecins des hôpitaux et hospices civils de Lyon nommés au concours ; les professeurs et agrégés de la section de médecine et médecine légale de la Faculté de médecine de Lyon.

Peuvent être membres *associés* : les professeurs et agrégés des sciences accessoires de la Faculté de médecine de Lyon ; les professeurs de la Faculté des sciences de Lyon ; les professeurs de l'École vétérinaire, titulaires de chaires de clinique médicale ou de sciences s'y rapportant; les directeur, sous-directeur et répétiteurs de médecine de l'École de santé militaire ; les médecins des asiles d'aliénés nommés au concours.

Peuvent être membres *correspondants* : les titulaires ou associés, ci-dessus désignés, habitant hors du département du Rhône, les professeurs et agrégés des autres facultés, les professeurs titulaires ou suppléants de médecine des écoles, les professeurs et agrégés du Val-de-Grâce, les médecins des hôpitaux d'autres villes, nommés au concours.

Le bureau de la nouvelle société est composé comme suit : Président, M. le professeur Boudet ; vice-président, M. le professeur Tripier ; secrétaire général, M. le professeur J. Courmont.

Chaque mois, à l'exception de ceux de vacances, la Société doit publier, sous le nom de *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Lyon*, un bulletin qui sera envoyé gratuitement à tous ses membres.

Erratum. — Dans la Médecine pratique de M. Paul Viollet, sur l'emploi de l'extrait de capsule surrénale (*Gaz. des hôpit.*, no 4), faire la rectification suivante :

En note avant-dernière ligne : au lieu de solution d'extrait à 5 p. 100, *lire 50 p.* 100. Ce détail a son importance, l'extrait ne semblant actif qu'à de très fortes doses, contrairement au principe actif étudié par M. Moure.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 6. — JEUDI 16 JANVIER 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 16 JANVIER 1902. — N° 6

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE CHIRURGICALE

LES HÉMORRAGIES PAR RUPTURE DE LA TROMPE GRAVIDE

Par M. LEJARS, agrégé, chirurgien de l'hôpital Tenon.

Nous avons eu maintes fois l'occasion d'étudier ensemble les accidents de la *grossesse tubaire rompue;* les exemples n'en sont pas rares dans la pratique hospitalière, et, dans votre pratique, vous les retrouverez tout aussi souvent, avec leurs formes diverses et les indications toujours graves, parfois vitales, qui en dérivent.

Aujourd'hui encore, j'ai à vous présenter deux malades, opérées dans le courant d'octobre, et dont l'histoire nous servira de type et de préambule.

La première est une femme de trente-deux ans, qui nous a été confiée par notre collègue, M. Bourcy. Je passe vite sur les antécédents : cinq enfants, une fausse couche, dont les « restes » nécessitèrent un curettage deux ans plus tard. Le 10 août dernier, les règles paraissent à leur date normale, mais se prolongent plus que de coutume, jusqu'au 20. Le 24, une douleur brusque éclate dans le ventre, elle est vive surtout dans la fosse iliaque gauche et s'irradie jusqu'à l'épigastre; il n'y a pas de vomissements, mais les pertes rouges reparaissent, véritable métrorragie cette fois, abondante et mêlée de caillots.

Au bout de quelques jours, la crise s'apaise; le ventre reste gros, sensible, le suintement sanguin persiste, irrégulier, mais continu, et la malade, après avoir « traîné » un mois, entre à l'hôpital Tenon, le 2 octobre. Le 6, nouvel accès aussi douloureux, accompagné cette fois d'une élévation thermique à 39 degrés et d'une recrudescence des pertes.

Vous savez que nous avons constaté, chez cette femme, une poche volumineuse, occupant l'hypogastre et la fosse iliaque gauche, et remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale ; que cette poche se prolongeait dans le cul-de-sac postérieur et latéral gauche et refoulait fortement l'utérus derrière la symphyse; qu'elle avait des contours épais, mal limités, de consistance presque dure, par places, bien que l'exploration bi-manuelle y décelât sans hésitation une fluctuation centrale.

Ces données physiques, cette évolution nous firent porter le diagnostic d'hématocèle, consécutive à la rupture d'une grossesse tubaire gauche, et qui venait d'être le siège d'une poussée hémorragique récente.

La laparotomie fut faite le 12 octobre : suivant la règle à peu près constante, en pareil cas, je trouvai d'abord l'épiploon, infiltré de sang noir, largement étalé et adhérent à la surface de la grosse tumeur ; je le décollai et le relevai de bas en haut, j'ouvris la poche adventice que je vidai du sang liquide et des caillots agglutinés qui la distendaient, jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas ; j'aperçus alors la trompe gauche, du volume du pouce, déchirée au niveau du pavillon et pleine de caillots; au-dessous, un ovaire tout petit, encroûté de sang : l'une et l'autre furent décortiqués en masse et enlevés. Les annexes droites étaient saines. Je m'occupai de déterger soigneusement toute la grande cavité, d'extraire les débris de poche et les caillots encore adhérents, et d'assécher le péritoine du mieux possible : un petit drain fut laissé à l'angle inférieur de la plaie. Les suites ont été régulières et l'opérée était guérie le 3 novembre.

Je serai bref sur la seconde observation.

Femme de trente-sept ans : deux enfants et une fausse couche de deux mois et demi. Les règles de septembre ont été courtes et peu abondantes; celles d'octobre ont paru « en avance », elles ont pris la proportion d'une véritable perte, accompagnée de vives douleurs abdominales.

La malade est pâle; le ventre est gros et tendu; au toucher, on trouve, dans le cul-de-sac postérieur, une masse épaisse, saillante, très volumineuse, qui se continue à droite et qui figure manifestement le pôle déclive d'une tumeur profonde, occupant la fosse iliaque droite, et malaisée à délimiter, à travers une paroi abdominale contracturée et douloureuse. Cette tumeur donne la sensation d'empâtement, d'infiltration, et, en même temps, de fluctuation centrale, dont nous parlions tout à l'heure.

Ici encore, nous fîmes le diagnostic de collection sanguine enkystée d'origine tubaire. Laparotomie le 21 octobre : l'épiploon, imprégné de sang liquide et de caillots, recouvre une grosse tumeur noirâtre qui remplit toute la cavité pelvienne; on le relève en ouvrant la poche, d'où l'on évacue un amas énorme de caillots. Décortication et ablation des annexes gauches : la trompe est distendue par un gros caillot noir. Décortication des annexes droites, qui sont encapuchonnées par la paroi adventice de la poche et encroûtées de sang : elles sont saines, en-dessous, on les libère,

on les nettoie, et l'on étale les franges du pavillon recroquevillé. L'intestin est détergé à son tour, les bouchons épiploïques infiltrés sont excisés après ligature, et l'appendice, lui-même adhérent et coudé, est réséqué. Un petit drain dans le cul-de-sac de Douglas; réunion. Guérison sans incident.

Dans les deux faits que nous venons de résumer, nous avions affaire à des collections sanguines très volumineuses et *enkystées*. C'est une des formes sous lesquelles se présente la rupture de la trompe gravide, ce n'est pas la seule.

Avant d'aller plus loin, je me contente de vous rappeler que la grossesse tubaire est susceptible, dans certains cas, de devenir une grossesse « utile », si je puis ainsi dire, et que parfois l'évolution fœtale s'y poursuit assez loin pour qu'un enfant viable puisse être « accouché » par la laparotomie. C'est là une question d'un passionnant intérêt, pour laquelle je vous renvoie aux beaux travaux de M. Pinard. *Après cinq mois*, la grossesse tubaire entre dans cette phase « obstétricale »; jusqu'à cinq mois, la trompe gravide n'est qu'une tumeur, qui crée des dangers graves, souvent mortels, et qu'il faut enlever, dès qu'on l'a reconnue. Nous n'avons en vue présentement que *ces grossesses ectopiques jeunes, des premiers mois ou des premières semaines*.

Elles sont vouées à la rupture, et ce n'est, d'ailleurs, qu'à la suite de leur rupture que, le plus souvent, on les reconnaît. Cette rupture se traduit par l'hémorragie, et c'est de l'*hémorragie*, en effet, de son abondance, de son évolution, de son enkystement, que relèvent les principaux accidents et que dérivent les formes cliniques.

I

Voici d'abord une première série de faits d'observation fréquente, et d'ailleurs, en général, bénins : l'*hémorragie a été médiocre*, elle s'est très vite encapsulée, elle ne se reproduit pas, et ce que l'on observe, c'est, en réalité, un *hématome tubaire et péri-tubaire*. Ainsi en est-il assez souvent lors de l'avortement tubaire des premières semaines : une fois passée la période initiale, vous ne trouvez plus qu'une *tumeur annexielle*, de grosseur moyenne, et qui, par elle-même, ne présente pas de signes bien caractéristiques. Le type clinique n'est pas rare : il ne ressemble ni à l'hématocèle rétro-utérine classique, ni à ces grandes et terribles ruptures dont nous parlerons plus loin, et l'on a peut-être trop de tendance à résumer sous ces deux chefs toute l'histoire chirurgicale de la rupture tubaire.

Rappelez-vous, entre autres exemples, celui d'une jeune femme de vingt-quatre ans, que nous avons opérée en décembre dernier.

Elle avait fait une fausse couche quatre mois avant, au cours d'une fièvre typhoïde; depuis, elle perdait en blanc, elle souffrait un peu du ventre; les douleurs s'étaient accrues pendant les trois dernières semaines, et les dernières règles, bien qu'étant survenues, paraît-il, à leur date normale, avaient été suivies d'un suintement rouge, peu abondant, mais journalier, qui ne s'était arrêté que l'avant-veille. On trouvait, dans le *cul-de-sac droit*, une tumeur arrondie, grosse comme un poing d'enfant, accessible aussi par le palper abdominal, tumeur épaisse, mal fluctuante, douloureuse, accolée à l'utérus, et *qui ne se prolongeait pas dans le cul-de-sac postérieur*. C'était un hématome, par rupture, de la trompe droite : la laparotomie, faite le 22 décembre, permit, après avoir évacué un peu de sang liquide, répandu dans le bassin, de décortiquer et d'extraire une poche, remplie de caillots noirs, et constituée autour de la trompe rompue.

Autre exemple. Une femme de trente-quatre ans (c'est une de nos malades de la Maison Dubois) perd en rouge et souffre du ventre depuis 1890; après un curetage, sur lequel nous n'avons pas de détails, les pertes s'arrêtent pendant six mois, puis elles reparaissent. Depuis un an, elles ont à peu près cessé, mais les douleurs, localisées surtout à gauche, sont devenues plus vives, depuis un mois et demi. On constate, *en arrière et à droite de l'utérus*, une masse grosse approximativement comme une orange, résistante, de contours arrondis, quoique peu distincts, immobile, douloureuse. La laparotomie est faite le 11 juillet 1899 : on relève l'épiploon adhérent, imprégné de sang à sa face profonde, et l'on découvre, accolée à un gros utérus, à droite et un peu en arrière, la tumeur annexielle, adhérente sur toute sa surface au péritoine pelvien : on la décolle et on l'extrait; c'est une collection hématique, d'origine tubaire, remplie de caillots noirs, et dont la paroi est formée en partie par la trompe distendue et fissurée, et, pour le reste, par une membrane adventice.

En présence d'accidents pelviens qui remontent loin et de ces tumeurs de volume restreint, latérales ou latéro-postérieures, on peut songer à une annexite banale, ancienne, accrue par une poussée récente. Mais une analyse clinique attentive vous permettra de faire le diagnostic.

Lors d'avortement tubaire, il y a toujours eu un *début douloureux, brusque*, que ne signalent pas, sans doute, ces accidents d'anémie grave, révélateurs de l'hémorragie profuse, mais qui n'en est pas moins important et que vous retrouverez, si vous savez le rechercher. Il est parfois de la plus grande netteté : une de nos malades montait un escalier, lorsqu'elle est arrêtée tout à coup par une souffrance aiguë dans la fosse iliaque gauche, elle redescend à grand'peine et s'alite immédiatement. — Alors même que la crise douloureuse a été beaucoup plus atténuée et qu'elle n'a laissé qu'un moindre souvenir, vous en surprendrez pourtant la trace, avec quelque insistance, au début des accidents.

D'ordinaire, la douleur s'associe à la ménorragie initiale : la malade avait *un retard* de quelques semaines, de quelques jours, plus souvent, dans la forme que nous étudions; une perte survient, qui s'annonce par des douleurs plus ou moins violentes. C'est une fausse couche, croit-on, et, de fait, c'est bien un avortement, mais un *avortement tubaire*, que les accidents utérins ne font que traduire.

Dès lors, la femme va continuer à perdre, moins, sans doute, mais tous les jours, et, cette fois encore, c'est l'allure de la fausse couche vulgaire, et de la métrite hémorragique consécutive. Cette apparente similitude, cette *perte abondante, au début*, ce *suintement journalier rouge*, qui persiste, sont d'excellents signes, qui varient un peu dans leur mode d'expression mais qui ne manquent jamais, peut-on dire : ils vous révéleront la nature exacte de cette soi-disant annexite que vous constatez à l'examen direct.

D'ailleurs, même latérale, même de volume restreint, cette tumeur annexielle, bien explorée, n'est pas sans présenter quelques caractères un peu spéciaux : elle est à peu près immobile, intimement accolée à l'utérus et semble faire corps avec le cul-de-sac vaginal; de forme générale arrondie, elle est épaisse, compacte, souvent dure : ce n'est qu'à la partie toute centrale, semble-t-il, et par la manœuvre du double palper, qu'on y décèle une fluctuation profonde. Un pyosalpinx de pareille grosseur serait autrement fluctuant; un kyste aurait une paroi plus régulière, et des

contours plus nets. Pour comprendre les résultats de l'examen physique, il ne faut pas oublier, en effet, que vous êtes en présence d'un épanchement sanguin collecté dans le petit bassin, d'un hématome intra-péritonéal, à proprement parler.

Remarquez, d'ailleurs, que l'*enkystement n'est jamais que secondaire, que la trompe fissurée ou rompue saigne d'abord librement dans le petit bassin, dans le péritoine*, et que c'est précisément la réaction vitale, défensive du péritoine, qui crée autour de l'épanchement des néo-membranes et des adhérences. Il n'y a tumeur, il n'y a poche, constituée et reconnaissable, qu'une fois achevée la barrière adventice circonférencielle. Êtes-vous appelés à voir la malade dès le début des accidents, dès les premières heures qui suivent la rupture, vous ne sentirez rien, au toucher et au palper, rien de net, tout au moins, rien de comparable à ce que vous reconnaîtrez plus tard, quand l'épanchement sanguin, d'abord épars dans le bassin, aura pris forme en s'encapsulant.

II

Le volume de la tumeur sanguine, de l'hématome, relève donc d'un double facteur : l'*abondance de l'hémorragie*, variable elle-même avec l'âge de la grossesse tubaire et le mode de rupture, la *rapidité plus ou moins grande de l'enkystement.*

Dans la seconde variété clinique, la plus commune, l'*hématome*, pour être circonscrit encore, est déjà *considérable* ; il traduit une hémorragie initiale grave ; d'autre part, l'hémostase est souvent toute précaire et transitoire : au moindre prétexte, le sang coule de nouveau, par la plaie tubaire, et le pseudo-kyste, à peine clos, de paroi adventice et friable, se laisse distendre ou forcer. Telle est l'origine ordinaire des *poussées*, fréquemment observées dans ces grosses hématocèles, et qui restent toujours une menace et un danger.

Vous comprenez que, dans ces conditions, l'entrée en scène soit, en général, plus « sensationnelle ». Douleur aiguë, syncopale, pâleur, petitesse du pouls ; ballonnement du ventre et contracture douloureuse de la paroi ; état nauséeux, vomissements, d'ailleurs sans caractères ; léger abaissement thermique, ou parfois, dans les premières vingt-quatre ou trente-six heures, élévation brusque à 39 degrés, qui ne dure pas : tels sont les accidents les plus ordinaires ; ce sont les mêmes qui signalent, sous une forme plus ou moins atténuée, les poussées ultérieures.

Le fait suivant, qui remonte à juin dernier, servira de type :

Femme de trente-quatre ans, mère de quatre enfants ; entre la troisième et la quatrième grossesse, une fausse-couche de sept semaines environ a été suivie de pertes rouges, qui nécessitèrent un curetage ; le dernier accouchement, à terme, remonte à vingt-deux mois. Les dernières règles se sont terminées le 15 mars ; le 12 mai, subitement, la malade est prise de douleurs très vives dans le bas-ventre et d'une abondante hémorragie par le vagin ; pendant quinze jours, elle continue à perdre un peu de sang, et, *à deux reprises*, *les douleurs reparaissent*, avec une acuité particulière.

Le 6 juin, *nouvelle crise douloureuse*, à début brusque ; dès le matin, la malade avait remarqué que son ventre était très ballonné ; vers neuf heures éclate une douleur abdominale intense, comparable à celles de l'accouchement, et la crise se prolonge toute la journée. Cette fois, la malade se fait transporter à l'hôpital Tenon.

Nous trouvons le ventre gros, tendu, d'exploration malaisée, car la sensibilité est vive et la paroi se défend contre le moindre palper ; pourtant c'est à droite que la sensibilité et la défense sont surtout accusées, et c'est à droite aussi que l'on réussit à délimiter à peu près une tumeur volumineuse, empiétant sur la ligne médiane et remontant jusqu'à trois doigts de l'ombilic ; tumeur assez régulière de surface, de contours imprécis, et qui donne la sensation d'une vaste poche distendue. Au toucher vaginal, les culs-de-sac postérieur et latéral droit sont soulevés par une grosse voussure convexe, très saillante, de consistance pâteuse, mais fluctuante dans la profondeur, et qui figure manifestement le pôle inférieur de la collection sanguine.

Le diagnostic d'*hématocèle à poussées* nous semblait, en effet, s'imposer. La laparotomie est faite le 13 juin : le péritoine pariétal, noirâtre, nous montre tout de suite que ce diagnostic est le vrai ; une notable quantité de sang noir et de caillots imprègnent l'épiploon et les anses grêles déclives, que relient des adhérences molles et qui figurent une cloison incomplète au-dessus du foyer pelvien ; le sang libre évacué, nous découvrons une grosse poche annexielle droite, qui est décortiquée et enlevée. C'est une grossesse tubaire rompue. L'opérée guérit sans incident.

Remarquez bien, Messieurs, ce sang libre épanché et ces caillots épars autour et au-dessus du pseudo-kyste de rupture tubaire ; *ce sang et ces caillots libres*, vous les retrouverez toujours dans la laparotomie, et surtout abondants au lendemain des poussées ; leur présence témoigne de la friabilité de ces poches adventices et de l'insécurité du soi-disant enkystement.

Jusqu'ici, en effet, les accidents communs, que nous avons étudiés, avaient une double signification : ils traduisaient l'hémorragie d'une part, et, de l'autre, l'irritation péritonéale, au contact d'un épanchement sanguin, qu'on aurait grand tort de croire aseptique, mais qui, du moins, est assez peu infecté, pour ne pas créer de péritonite vraie et pour provoquer autour de lui une réaction positive de défense. Or cela n'est pas constant ni durable ; et ces gros hématomes s'infectent aisément par une double voie : par la trompe, par l'intestin ; par la trompe éclatée et ouverte, et souvent malade elle-même avant l'accident ; par l'intestin, dont la paroi se fusionne intimement, comme nous le rappellerons tout à l'heure, avec la coque adventice du foyer sanguin.

Il en résulte l'hématocèle suppurée, type courant, banal, gros abcès sanguin du cul-de-sac postérieur ; mais ce n'est pas, en clinique, la seule forme que vous rencontriez. Dans ces volumineuses collections intra-abdominales, que nous venons d'indiquer, l'infection s'annonce par des *poussées* d'un autre ordre, *poussées fébriles*, *septiques*, compliquées d'accidents péritonéaux graves.

Les exemples ne manquent pas.

Une jeune femme de trente et un ans est apportée dans mon service, à la Maison Dubois, le 29 décembre 1899 : elle est mariée depuis quatre mois ; les dernières règles, normales, ont eu lieu le 17 octobre ; en novembre, un retard de six jours, puis une perte abondante qui dure jusqu'au 4 décembre : ce jour-là, vers huit heures du soir, éclate brusquement une douleur abdominale violente, intolérable, qui se localise surtout dans la fosse iliaque droite ; le ventre se ballonne, la pâleur est extrême. Les douleurs persistent, avec une acuité presque aussi vive ; pendant six jours, la métrorragie continue, tout en diminuant. Puis la crise s'apaise, et une accalmie survient, qui dure quelques jours.

Le 14 décembre, la douleur reparaît, avec une intensité tout aussi grande, et, cette fois, diffusée à tout l'abdomen. L'état général devient rapidement mauvais. Nous trouvons une malade très déprimée, pâle, sans forces; le pouls est petit, il oscille de 120 à 130, un peu irrégulier; la température est à 39 degrés, la langue sèche. Le ventre est ballonné, douloureux, tendu dans toute la zone sous-ombilicale, le cul-de-sac postérieur est rempli par une grosse masse fluctuante, qui refoule l'utérus et qui obture presque le rectum.

Hématocèle infectée, disons-nous. Je fais une large colpotomie postérieure — et, plus loin, je discuterai cette intervention, qui me parut indiquée, ici, par la « présentation » de la collection et par la gravité extrême de l'état général — j'évacue une grande quantité de sang noirâtre, poisseux, fétide, mêlé de gros caillots et de quelques grumeaux purulents; je pénètre dans une vaste cavité qui semble close, et, après un lavage à l'eau bouillie, très chaude, sous faible pression, j'introduis deux gros drains.

Pendant dix jours, la situation reste presque désespérée, tant le pouls était mauvais, la température élevée, la face pâle, grippée, la faiblesse extrême. Les injections de sérum artificiel furent faites et poursuivies, à doses massives, par M. Coudert, alors mon interne : en onze jours, vingt litres de sérum furent injectés. Enfin la mort parut conjurée, mais la guérison fut retardée encore par une congestion pulmonaire grave. Durant tout ce temps, les lavages et le drainage de la poche avaient été continués régulièrement par M. Coudert. Le 15 février, la malade se levait, le 24, elle quittait la Maison de santé, bien guérie. Elle est aujourd'hui florissante.

Cette observation vous donne la mesure de toute la septicité que parfois acquièrent ces épanchements sanguins d'origine tubaire. Laissez-moi ajouter qu'elle montre aussi ce qu'on peut attendre d'une lutte tenace et persévérante contre la mort.

Jusqu'ici, nous nous sommes occupés surtout des « hématocèles » à début bruyant, à développement rapide, par poussées : l'intensité des accidents les rend alors caractéristiques. Le diagnostic est moins net, dans d'autres formes, d'allures moins franches, où la tumeur revêt, avec le temps, de nouveaux aspects. Vous verrez des malades qui souffrent du ventre et qui perdent du sang depuis des semaines, quelquefois depuis des mois : au palper, vous trouverez une masse volumineuse, sous-ombilicale, asymétrique d'ordinaire et plus développée dans l'une des fosses iliaques, masse dure, compacte, irrégulière, avec de grosses bosselures et parfois des élevures plus petites, qui paraissent faire corps avec la paroi; au toucher, le col est encerclé, en arrière, par un bourrelet de même consistance, qui semble fusionné avec l'utérus; la manœuvre du toucher et palper combinés renseigne peu, la tumeur est fixe, ou à peu près, mais, si peu qu'elle se mobilise, il semble qu'elle entraîne l'utérus et qu'elle en dépende. Bref, on pense au fibrome, à un fibrome ancien et adhérent.

Il faut se méfier de ces grosses tumeurs sous-ombilicales, dures, tendues, vaguement bosselées, de contours mal dessinés, qui semblent immobiles et collées à la face profonde de la paroi; avec l'hypothèse du fibrome, qui se présente toujours, deux autres doivent être soulevées : celle du kyste de l'ovaire, multiloculaire, adhérent, avec torsion chronique du pédicule, ou mêlé d'une forte proportion de « parties solides »; celle de la « vieille hématocèle »; et j'ajoute même que, si l'examen soigneux ne permet pas de conclure, sans arrière-pensée, au fibrome, il est à peu près certain que « ce n'en est pas ». — Dans ces conditions, l'analyse détaillée de l'évolution des accidents, le retard menstruel, que l'on retrouve presque toujours à une date plus ou moins lointaine, brusquement interrompu par une métrorragie douloureuse, les pertes continues; la fluctuation profonde que l'exploration finit par révéler, si elle insiste suffisamment, et, au besoin, sous le chloroforme, tous ces éléments réunis nous aideront à voir clair et à éviter une confusion, bénigne, sans doute, si l'on opère par la voie haute, mais fort préjudiciable à la malade, si, comme je l'ai vu, le diagnostic erroné de fibrome aboutit à l'hystérectomie vaginale.

III

Venons enfin aux hémorragies tubaires *qui ne s'enkystent pas, ou qui n'ont pas le temps de s'enkyster*, à ces hémorragies *cataclysmiques*, qui tuent en quelques heures. Je ne vous referai pas le tableau que vous connaissez : c'est celui de l'anémie aiguë; mais je tiens à vous mettre en garde contre une interprétation trop étroite et trop littérale de ce terme de « cataclysmiques », et du sens qu'on lui attribue parfois, en le faisant synonyme de mort « instantanée ». Qu'aux périodes avancées de la grossesse tubaire, la rupture du kyste fœtal entraîne une hémorragie telle, que l'issue fatale devance trop souvent les premiers secours, des exemples effrayants l'ont assez prouvé; dans la grossesse des premiers mois ou même des premières semaines, pareil « cataclysme » est moins vraisemblable; certes, avec l'hémorragie interne qui se poursuit, la mort est là, qui menace, et, d'heure en heure, se rapproche; mais on a le temps d'intervenir, et, s'il n'est, à mon sens, jamais trop tôt, on peut presque dire qu'il n'est jamais trop tard.

Nous avons opéré, depuis six mois, quatre malades, dans ces conditions, et nous avons eu le bonheur de les voir guérir toutes les quatre. Leur histoire sera, je pense, une excellente démonstration.

La première est une femme de trente-cinq ans, opérée en novembre 1900, quarante heures environ après le début — brusque — des accidents, et dans une situation des plus précaires : pouls filant, presque incomptable, hypothermie, respiration pénible, pâleur extrême, ventre distendu, douloureux sur toute sa surface. Je fis la laparotomie après une éthérisation fort prudente, et sous l'injection continue de sérum artificiel : j'évacuai une quantité énorme de sang et de caillots, et, quand le bassin et la fosse iliaque furent vidés, la malade étant placée en position déclive, je découvris et j'amenai hors du ventre un gros kyste fœtal, du volume d'une tête d'enfant, noirâtre, fissuré en haut, et saignant encore en abondance du sang rouge : il occupait *le tiers interne de la trompe et la corne utérine droite*, deux fois plus grosse à elle seule que l'utérus tout entier. J'ouvre le kyste et j'en extrais un fœtus de 12 centimètres de long; puis le ligament large est pincé et sectionné, en dehors du pavillon tubaire et de l'ovaire, et la section poursuivie, de dehors en dedans, au-dessous de la tumeur, en jetant des pinces sur les vaisseaux successivement ouverts; la corne utérine est entaillée au bistouri, et un large coin en est excisé, qui comprend toute la moitié interne, correspondante, du kyste fœtal. L'ablation est alors complète. Ligature isolée des vaisseaux du ligament large, réunion des deux lèvres du ligament par un surjet; réunion des deux versants de la brèche utérine par un surjet interstitiel, de capitonnage, et un surjet superficiel. La malade a parfaitement guéri. C'était un bel exemple de grossesse tubo-interstitielle.

Autre fait. Femme de trente-cinq ans, encore, opérée le 30 mars 1901, et qui nous avait été envoyée par notre collègue, le docteur Launois. Ici, l'hémorragie paraît s'être faite en deux temps : le début avait été brusque, syncopal, menaçant, puis une trève était survenue, le pouls avait repris de l'ampleur : quarante-huit heures après nouvel ictus, pâleur, affaissement du pouls, ballonnement considérable du ventre. La laparotomie est pratiquée : on trouve le ventre littéralement plein de sang, on le vide et on le déterge à la hâte, et l'on extrait sans difficulté les annexes droites, composées d'un ovaire kystique et d'une trompe, gravide de trois semaines environ, et rompue dans son tiers interne. Ablation. Cette fois encore, la guérison eut lieu sans à-coup.

L'exposé du troisième cas est tout semblable; il m'obligerait à des redites; mais je tiens à rappeler un peu plus longuement ma dernière observation qui m'a beaucoup frappé. Il s'agit d'une dame de trente-quatre ans, mère de deux enfants, et de santé excellente. Elle avait un « retard » de douze jours, lorsqu'elle est prise brusquement, après le dîner, d'une douleur aiguë dans le ventre, de nausées, d'étouffements; en même temps, les règles paraissent. La nuit se passe dans un état fort alarmant (elle était à la campagne, aux environs de Paris); le lendemain, le docteur Boutin est appelé dans la journée, et pose le diagnostic de grossesse tubaire rompue. Nous la voyons ensemble à minuit : le facies est pâle, terreux, grippé, la respiration très difficile, le pouls tout petit, fuyant, la dépression considérable : le ventre est ballonné, tendu jusqu'au-dessus de l'ombilic, très douloureux à la moindre pression, surtout à droite; le toucher révèle de la douleur et une sorte d'empâtement diffus dans le cul-de-sac postérieur, rien de plus. On fait une injection de sérum, qui sera continuée pendant toute l'opération (2 litres), et l'on prépare tout pour cette intervention; à une heure et demie, nous opérons : le ventre est rempli de sang, de sang rouge, liquide, et qui coule encore, de la moitié droite du bassin; nous amenons la trompe droite, rompue vers sa partie moyenne, et qui paraît gravide de quelques semaines à peine. Ablation en masse des annexes, détersion de l'intestin, de l'épiploon et du bassin. Il faut aller vite; le ventre est refermé, avec un petit drain en arrière de l'utérus. Le pouls s'est remonté sous l'action du sérum, le réveil a lieu sans incident; le lendemain, la situation s'améliore de plus en plus; enfin, sans plus de détails, la malade est entièrement guérie et se lève au vingt-cinquième jour.

Vous voyez ici, Messieurs, la confirmation de ce que je vous disais tout à l'heure : la rupture avait eu lieu la veille au soir, et la situation n'était devenue « cataclysmique » qu'au bout de vingt-quatre heures. Dans ces ruptures précoces, ce qui crée le danger, c'est moins l'abondance immédiate de l'hémorragie, que *sa continuité*, en *péritoine libre*, et, si la mort, n'est pas foudroyante et instantanée, elle n'en est pas moins fatale, elle est un peu retardée, voilà tout. Si l'on observe bien la malade, si l'on suit la déchéance progressive du pouls, qui se relève à peine après les injections de sérum, pour retomber tout de suite, on ne prendra pas ce retard pour une accalmie vraie, et l'on suivra une des règles les plus élémentaires de la chirurgie, on ouvrant tout de suite le ventre, pour faire l'hémostase. Les faits que nous venons de relater ne vous laissent, je pense, sous ce rapport, aucune hésitation.

Que faire, maintenant, en présence des autres formes d'hémorragies tubaires, de ces hématomes de volume variable, et plus ou moins bien enkystés, que nous décrivions plus haut? Ou plutôt, *quelle voie choisir pour les aborder?* Toute la question est là, en effet; dans les gros kystes sanguins à poussées, dans les hématocèles infectées, l'acte chirurgical s'impose sans discussion, et, dans les cas moins pressants, si le moment de l'intervention peut prêter à controverse, je ne m'arrêterai pas à en établir le bien-fondé et la nécessité; j'ai vu comme tout le monde, des hématocèles s'ouvrir dans le rectum ou dans le vagin, j'estime que ce n'est point là un dénouement heureux, et je ne prendrais pas, quant à moi, la responsabilité de l'attendre.

Il faut donc opérer, mais quel sera le but de cette opération? *Vider l'hématome*, d'abord; *faire l'hémostase définitive* par *l'ablation de la trompe rompue*. Ce dernier point est de rigueur, dans les ruptures récentes; même dans les hématocèles anciennes, enkystées, inertes, « mortes », il reste la condition d'une guérison sûre et définitive. Or la laparotomie permet seule de faire une besogne complète et régulière.

Vous trouverez tous les éléments de la discussion dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* de 1900; pour moi, je dirai, d'un mot, l'opinion que je me suis faite et la règle de conduite que j'ai peu à peu dégagée de mes observations : la colpotomie n'est une bonne opération, à mon sens, que dans l'hématocèle suppurée, dans ces hématomes suppurés, bien enkystés, qui forment bosse sur la paroi vaginale postérieure, œdématiée. Ce sont des abcès rétro-utérins, que vous incisez au point déclive : très bien ; vous allez au plus pressé, quitte à recourir plus tard, s'il le faut, à une intervention complémentaire, par la voie haute.

Tout autre est la situation, dans les hématocèles non suppurées, et, si vous voulez réfléchir à ce que nous disions plus haut de la limitation toujours incomplète, toujours précaire, de ces collections sanguines et de l'hémostase longtemps retardée au niveau du kyste tubaire rompu, vous saisirez les dangers et l'insuffisance d'une opération *par voie étroite et indirecte*, telle que la colpotomie. Voyez ce qui se passe d'ordinaire : dès que la grosse masse des caillots noirs est expulsée, du sang rouge paraît et suinte de la profondeur ; c'est peu de chose, en général, si vous n'avez affaire qu'à une hématocèle vraie, je le veux bien, mais ce suintement rouge n'indique pas moins que la trompe saigne encore, et très sagement, vous vous bornez à une détersion hâtive de la poche. Or, cette hémorragie peut être grave, profuse, et, à plusieurs reprises, elle a commandé séance tenante la laparotomie ; je me suis trouvé aux prises, il y a quelques années, avec une hémorragie de ce genre, qui survint brusquement au moment où j'allais finir : un flot de sang jaillit de la profondeur, je tamponnai en hâte et avec force ; tout s'arrêta et mon opérée guérit.

Quoi qu'il en soit, voilà de bonnes raisons pour que l'intervention vaginale soit toujours *incomplète*, pour que des traînées de caillots et des diverticules de la poche nous échappent, sans même compter les débris de la trompe rompue; et ces reliquats sont loin d'être toujours inoffensifs.

Rappelez-vous cette malade de trente-neuf ans, qui nous était entrée, en mai dernier, avec une grosse hématocèle remplissant le cul-de-sac postérieur et une partie du vagin; elle souffrait beaucoup, et notre interne, M. Coudert, pratiqua d'urgence la colpotomie : il retira, au milieu d'une quantité énorme de caillots noirs, un fœtus de trois mois; tout se passa fort bien, et, dans les jours qui suivirent, l'état

général et local était excellent. Mais ces promesses ne se réalisèrent pas; l'incision vaginale ne se fermait pas et donnait issue à un liquide noirâtre, de vilain aspect, le ventre restait douloureux, tendu dans la zone sous-ombilicale, avec des poussées fébriles qui reparaissaient de temps en temps, le facies était mauvais. Le 18 juillet, je pratiquai une laparotomie secondaire : je trouvai la moitié droite du bassin remplie d'une masse diffluente, que recouvrait l'épiploon, je le décollai, et j'ouvris une sorte de poche, d'où je retirai des caillots putréfiés, du pus et des débris putrilagineux; je curetai et détergeai soigneusement toute cette cavité et j'y laissai un drain. La malade guérit.

Le dénouement fut moins heureux, et tout aussi démonstratif, dans un autre fait, que j'observais à la même époque. Il s'agissait d'une femme de trente-quatre ans qui, depuis longtemps, souffrait du ventre, et qui, après un retard de quelques semaines, avait été prise de brusques douleurs et d'une perte. Quand je la vis, les souffrances étaient très intenses, et encore exagérées par un état de nervosisme des plus accusés; elles se traduisaient surtout par un ténesme rectal presque continu. De fait, on sentait, par le vagin et par le rectum, une grosse tumeur fluctuante, arrondie, dont on retrouvait le pôle supérieur dans la fosse iliaque gauche. Le diagnostic d'hématocèle s'imposait; j'eus la plus grande peine à faire même accepter l'incision vaginale, qui ne devait être, dans ma pensée, qu'un temps préliminaire, et que, d'ailleurs, la « présentation » si nette de la collection rétro-utérine et l'état général de la malade rendaient, en somme, rationnelle; je fis la colpotomie et je vidai une poche remplie de caillots: dans la profondeur, je sentis d'autres masses dures, inaccessibles, bien entendu, par cette voie. Les douleurs cessèrent, l'appétit revint et le bénéfice de cette intervention première semblait acquis, lorsque, au vingtième jour, le ventre se ballonna de nouveau, des nausées survinrent, le pouls et le facies devinrent rapidement mauvais; je fis en hâte, dans des conditions fort défavorables, une hystérectomie vaginale, qui me permit d'extraire un pyosalpinx droit, une grosse trompe rompue, à gauche, et de vider un vaste foyer putrilagineux et fétide qui enveloppait le fond de l'utérus : il était trop tard, la malade succomba.

C'était un de ces faits d'hématocèle secondaire, survenant dans un petit bassin depuis longtemps malade et dans une trompe infectée, et, quelle que fût la gravité initiale de la situation, je pense que la laparotomie faite d'emblée eût assuré à la malade de meilleures chances de salut.

C'est donc *par le ventre* qu'il faut attaquer, à mon sens, les hématomes par rupture de la trompe gravide. Et, sans insister longuement sur les détails de technique, je dirai pourtant que l'opération comporte deux temps principaux : l'ouverture et l'évacuation de la poche adventice, la libération et l'excision du kyste tubaire ou de ses débris. Le premier temps doit avoir lieu dans l'attitude horizontale : il consiste d'abord à décoller et à relever l'épiploon, adhérent, épaissi, infiltré, qui recouvre d'ordinaire le kyste sanguin et descend au-devant de lui ; c'est au cours de cette décortication que, d'ordinaire, la poche est ouverte ; on la vide des caillots et du sang liquide qui la remplissent, on l'assèche du mieux possible avec les compresses stériles, et, alors seulement, on place l'opérée dans l'attitude inclinée. Il reste à dégager le kyste tubaire rompu, à l'extraire et à faire l'ablation des annexes, soit que l'on se borne à confectionner un pédicule unique, ou que, suivant une pratique meilleure, on sectionne directement le ligament large au-dessous de la trompe et de l'ovaire, en pinçant les vaisseaux; on les lie ensuite sur la tranche qu'on enfouit par un surjet. Enfin l'on termine en décollant les débris de la poche et les caillots qui encroûtent le cul-de-sac de Douglas, l'utérus, l'épiploon et l'intestin; et ici, il est bon de faire remarquer, que ces parois d'hématomes sont parfois fusionnées intimement avec la paroi intestinale : à vouloir en faire l'éradication forcée, on s'exposerait à « pelurer » l'intestin de ses tuniques musculaires et à l'ouvrir; mieux vaut laisser les segments trop adhérents, en prenant soin de déterger et de frotter leur face superficielle.

Ces interventions sont parfois délicates, mais, conduites avec méthode, elles permettent seules de remplir toutes les indications et d'obtenir des guérisons simples, complètes et durables.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(14 JANVIER 1902)

M. Porak a donné lecture des conclucions du rapport de la commission de l'hygiène de l'enfance. Ces conclusions, mises aux voix, ont été adoptées. Les voici :

« 1° L'allaitement de l'enfant par sa mère, et, à son défaut par une autre femme, doit être préféré à tout autre mode d'allaitement;

Si le lait de femme manque, le lait animal (anesse, vache, chèvre, etc.) doit constituer la nourriture exclusive du jeune enfant;

3° Tout lait animal doit être donné à l'enfant non contaminé, ou bouilli, ou mieux stérilisé:

4° Le biberon à tube doit être légalement interdit;

5° Considérant, que, pour l'année 1898, 150000 enfants ont été soumis à la loi du 23 décembre 1874, et que, dans ce nombre, on peut, d'après une statistique de 1895, y compter environ, pour le département de la Seine, 4000 enfants de nourrices sur lieu; que ces 4000 enfants de nourrices sur lieu sont seuls soumis à l'article 8 de la loi du 23 décembre 1874;

Une enquête doit être ordonnée pour établir les avantages et les inconvénients d'une modification à l'article 8 de la loi du 23 décembre 1874, qui oblige les nourrices sur lieu, par une loi d'exception, de faire allaiter au sein leur enfant s'il n'est pas âgé de sept mois révolus;

6° Considérant que l'allaitement au sein, tel que la circulaire du 8 août 1901 de la Préfecture de police interprète l'article 8 de la loi du 23 décembre 1874, est dépourvu de garantie sérieuse d'exécution et n'est d'ailleurs applicable que dans le département de la Seine, il y a lieu : *a.* d'étendre l'inspection médicale, instituée par la loi du 23 décembre 1874, non seulement aux nourrices, sevreuses, gardeuses salariées, mais aussi aux parents qui soignent, avec ou sans salaire, les enfants des nourrices sur lieu, et les enfants secourus; *b.* de soumettre, dans tous les départements, les nourrices sur lieu et les nourrices à emporter, à leur départ et à leur destination, à un double contrôle médical et administratif (le certificat médical répondra à toutes les questions de sa compétence, dont quelques-unes incombent actuellement au certificat administratif; les postulantes devront le posséder, pour obtenir ensuite le certificat administratif); *c.* d'organiser un service de contrôle et d'édicter des pénalités contre les nourrices qui ne se seront pas soumises au double contrôle médical et administratif, à leur départ et à leur destination.

7° Considérant que la mortalité des nourrissons est très

élevée le premier mois, qu'elle s'abaisse brusquement dès le deuxième mois, qu'elle diminue ensuite graduellement d'abord peu le deuxième, troisième, quatrième, cinquième mois, puis davantage le sixième et le septième mois, enfin rapidement du huitième au vingt-quatrième mois, il y a lieu de prescrire, au point de vue de l'inspection médicale, des visites hebdomadaires pour les enfants âgés d'un mois, des visites bi-mensuelles pour les enfants âgés de deux, trois, quatre, cinq mois, des visites mensuelles pour les enfants âgés de six et sept mois, et d'espacer ensuite les visites de façon à fixer à vingt-quatre au moins le nombre des visites régulières qui pourront être faites aux nourrissons pendant les deux ans de leur placement; de faire contrôler les registres rédigés aux mairies, se rapportant à la loi du 23 décembre 1874, par les inspecteurs départementaux à chacune de leurs tournées;

8° L'assistance médicale gratuite doit être accordée aux nourrissons de parents insolvables;

9° L'assistance judiciaire doit être accordée aux nourrices pour leur permettre de poursuivre la récupération des salaires qui leur sont dus par les parents de leur nourrisson. »

M. Landouzy a communiqué une note de M. Busquet (d'Alger), sur la **présence constante du bacille d'Éberth dans le sang des typhoïdiques**. Sur 38 malades, 38 fois M. Busquet a trouvé le bacille d'Éberth dans le sang tiré de la veine basilique par ponction, à l'aide d'une seringue de Pravaz. M. Busquet a constaté souvent l'association du bacille d'Éberth soit avec le pneumocoque, soit avec le staphylocoque, soit avec le streptocoque ou d'autres microbes et, suivant que prédominait tel ou tel de ces microbes, il pouvait porter un pronostic plus ou moins grave : M. Landouzy insiste sur l'intérêt de ces recherches qui, toutefois, ne sont pas absolument nouvelles, ainsi que le fait remarquer M. Chauveau qui rappelle le travail de M. Courmont sur le même sujet, et ainsi que le fait également remarquer M. Chantemesse, qui rappelle avoir depuis longtemps attiré l'attention sur ces faits.

M. Landouzy analyse aussi un travail de MM. Anglade et Chacreaux sur la fréquence de la **tuberculose intestinale** chez les aliénés enfermés dans le même établissement. Il y a là une très importante question de contamination contre laquelle, jusqu'ici, on n'a pas pris assez de précautions.

M. Le Roy des Barres lit une fort intéressante **relation comparée de cinq épidémies de diphtérie à la maison d'éducation de Saint-Denis**. Cette étude, fort documentée et que nous regrettons de ne pouvoir reproduire in extenso, montre, en résumé, qu'à part quelques cas isolés, la diphtérie a sévi cinq fois, depuis 1827, sous forme épidémique, à la maison d'éducation de Saint-Denis, en y déterminant quatre fois une mortalité plus ou moins élevée, mais accusée surtout pendant la seconde, la troisième et tout particulièrement pendant la quatrième épidémie :

En 1827-28, la léthalité a été de 10,50 p. 100 des cas; en 1854-55, de 25 p. 100; en 1857, de 20 p. 100; en 1881-82, de 38,46 p. 100.

Pendant l'année 1901, au contraire, la sérothérapie a eu raison complète sans mortalité de cette épidémie où 21 élèves ont été frappées, et qui se présentait cependant avec une allure menaçante, puisque, du 31 mai au 11 juin, 16 cas s'étaient déclarés coup sur coup, l'éclosion des autres n'ayant eu lieu que plus tardivement et isolément du 16 juin au 15 juillet.

« Très partisan, par expérience personnelle, des injections du sérum antidiphtérique dès le début de la maladie, et même, dans certaines circonstances, à titre préventif, nous n'avons pas cru, cependant, dit M. Le Roy des Barres, ainsi que l'ont fait MM. Voisin et Guinon pour combattre une épidémie de diphtérie hospitalière à la Salpêtrière, et que, de son côté, l'a récemment préconisé M. Netter, être autorisé, grâce à la surveillance très attentive exercée sur les enfants de l'important établissement dont nous avons, depuis 1891, la direction du service médical, et aussi en raison des moyens prophylactiques dont nous disposions, à pratiquer systématiquement des injections préventives, en limitant même leur emploi à celles des classes où avaient éclaté des cas de diphtérie.

Les faits que nous venons d'observer nous portent, d'autre part, ajoute-t-il, dans l'intérêt général, à tenir, avec la sérothérapie et les moyens prophylactiques actuels, le licenciement, en pareil cas, pour une pratique pleine de dangers, puisqu'il peut, en dehors du milieu scolaire contaminé, assurer la diffusion de la maladie sur divers points éloignés du territoire par le retour des enfants dans leurs familles et créer ainsi de nouveaux foyers à distance. »

M. Fernet a présenté, au nom de M. H. Bernard, une étude sur la **colique de plomb**, dans laquelle sont étudiées les formes anormales, telles que celle qui simule l'appendicite.

Parmi les présentations, nous signalerons une note intéressante de M. Kermorgant, présentée par M. Laveran et relative à la **morbidité et à la mortalité dans nos colonies**. Ce qui domine, dans nos colonies, c'est le paludisme, sauf à Saint-Pierre et Miquelon, la seule de nos colonies qui soit en pays froid, et à la Nouvelle-Calédonie et à Taïti. Or, il y a des mesures prophylactiques à prendre contre le paludisme.

Signalons, en terminant, le rapport de M. Laveran sur les travaux des stagiaires aux eaux minérales dans le cours de l'année 1901.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(9 JANVIER 1902)

Un homme reçoit un **coup de revolver au niveau de la région temporale** droite, à 6 centimètres au-dessus du tragus; après une période de coma de dix-huit heures, il présente une monoplégie brachiale gauche sensitivo-motrice complète avec troubles de la déglutition et de l'articulation des mots. M. Duval intervient à ce moment-là, il trouve un éclatement de la table interne du temporal avec esquilles osseuses enfoncées dans la substance cérébrale qui est ainsi très meurtrie. Il débarrasse le cerveau de ces débris osseux, laissant d'ailleurs la balle que l'examen radiographique fait apercevoir dans la partie gauche de la boîte cranienne. Les suites de l'opération sont favorables et très rapidement le malade recouvre la fonction de son bras gauche, la sensibilité ayant fait son retour de la racine vers l'extrémité, à tel point qu'à l'heure actuelle, malgré la meurtrissure profonde du cerveau, qui selon toute vraisemblance a porté au niveau du pied de la quatrième frontale droite, le malade a son membre supérieur gauche tout à fait normal au point de vue moteur et sensitif.

M. Apert relate les résultats de l'autopsie d'un malade qu'il a présenté à la séance du mois de novembre dernier et

qui était atteint d'**ankyloses incomplètes de toutes les articulations** avec déformation bizarre du tronc et affaissement de la taille (1m30). Ces altérations remontaient à l'âge de trois ans et le malade a succombé à la tuberculose pulmonaire à l'âge de trente ans. Toutes les extrémités articulaires des os longs sont déformées, aplaties dans le sens de la pression, car les rebords des surfaces articulaires sont comme rebroussés, formant ainsi une sorte de collerette osseuse au pourtour de chaque surface articulaire ; les diaphyses sont au contraire amincies et font ainsi un singulier contraste avec les épiphyses. Les corps vertébraux étaient comme aplatis les uns sur les autres. L'examen histologique de l'os n'a révélé qu'une forte capillarisation de la moelle des os, un amincissement des travées osseuses et une irrégularité dans la disposition des couches des cellules cartilagineuses; les centres nerveux étaient sains. Le cas de M. Apert ne saurait rentrer dans le rhumatisme chronique, mais tandis que M. Marie, s'appuyant sur la généralisation des lésions, croit qu'il serait peut-être sous la dépendance d'un trouble de la nutrition générale, M. Ballet estime possible d'expliquer ces déformations articulaires par un rhumatisme infectieux survenu dans la première enfance.

Au mois de janvier 1901, MM. Raymond et Cestan ont présenté à la Société de neurologie un malade atteint de **paralysies des mouvements associés des globes oculaires**. Leur malade présentait et une hémiplégie gauche spasmodique avec troubles de la sensibilité et des paralysies portant sur les deux mouvements de latéralité et sur le mouvement d'élévation. L'autopsie a montré que cette symptomatologie qui avait fait croire à une véritable paralysie alterne par un foyer pédonculaire était en réalité sous la dépendance d'une **sclérose en plaques**. Cette sclérose en plaques répond au point de vue histologique à la description classique; son intérêt réside dans le nombre réduit des plaques de la moelle et du bulbe et au contraire dans la multiplicité des foyers scléreux au niveau du centre ovale. La symptomatologie a été créée par deux plaques scléreuses: l'une médullaire, à siège cervical ayant intéressé le faisceau pyramidal, la corne postérieure et les cordons postérieurs du côté gauche, a déterminé l'hémiplégie sensitivo-motrice gauche; l'autre, à siège pédonculo-protubérantiel, englobe les noyaux des deux troisièmes paires et le faisceau longitudinal postérieur; elle a déterminé les paralysies des mouvements associés. Si les cas cliniques de **paralysies associées au cours de la sclérose en plaques** sont assez fréquents, du moins les autopsies sont très rares, avec lesquelles on puisse, comme avec le cas actuel, déterminer le mécanisme exact de leur production, plaque scléreuse siégeant au niveau des noyaux de la troisième paire et englobant le faisceau longitudinal postérieur.

M. Anglade a appliqué sa méthode de coloration de la névroglie à l'étude des **cerveaux de vieux tuberculeux**. Il a constaté un épaississement de la couche névroglique sous-épendymaire, épaississement qui va jusqu'à produire de petites granulations visibles à l'œil nu et faisant saillie dans la cavité ventriculaire ; ces granulations sont uniquement névrogliques et ne ressemblent nullement à la granulation tuberculeuse. Ce processus en quelque sorte scléreux peut aller jusqu'à amener la fusion des deux parois épendymaires dans les recessus du ventricule, surtout entre le corps calleux et les noyaux centraux. Il s'agirait d'un processus d'irritation lente dont serait peut-être responsable le poison tuberculeux. Cependant ces lésions se constateraient toutes les fois que se produit dans le cerveau un processus scléreux, ainsi dans la paralysie générale et même dans l'artério-sclérose.

Après ces communications, la plus grande partie de la séance a été consacrée à l'étude des **rapports de la syphilis et du tabes et à la valeur du traitement mercuriel dans le tabes**, ce qui nous a permis ainsi de recueillir les avis des membres de la Société sur cette question d'un intérêt pratique si considérable.

C'est M. le professeur Brissaud qui a ouvert la discussion en apportant à la Société l'impression que lui a faite l'évolution du tabes dans ces dernières années : le tabes classique de Duchenne (de Boulogne) avec son incoordination extrême et sa consomption devient rare; on observe surtout des cas frustes soit que le virus syphilitique ait subi des variations de virulence, soit que le terrain récepteur se soit modifié. M. Marie confirme cette évolution heureuse du tabes, mais il l'attribue surtout à l'application aussi bien préventive que curative et surtout longtemps continuée d'un traitement iodo-mercuriel intensif.

M. Babinski a, lui aussi, remarqué la rareté de la cachexie tabétique et l'heureuse influence du traitement antisyphilitique. Cependant, avant de conclure à une évolution du tabes vers une forme atténuée, il faut reconnaître que, tandis qu'il y a plusieurs années, on ne connaissait que les tabes incoordonnés, à l'heure actuelle, nous savons trouver le tabes dès son début de telle sorte que les formes frustes paraissent plus nombreuses parce qu'on sait les reconnaître.

L'action du traitement mercuriel est difficile à apprécier, car tout médecin neurologiste connaît aussi bien des cas ayant évolué d'une manière fatale malgré tout traitement iodo-mercuriel énergique que des cas restés frustes pendant vingt ou trente ans sans la moindre intervention thérapeutique. D'autre part, le traitement mercuriel améliore surtout les signes subjectifs dans lesquels l'élément psychique joue un rôle important, douleurs fulgurantes, incoordination, etc. M. Babinski n'a jamais vu disparaître un signe objectif tel que signe d'Argyll-Robertson, abolition des réflexes tendineux. Ces réserves faites, M. Babinski reste cependant un défenseur convaincu du traitement mercuriel qu'il applique à tous ses malades sous la forme d'injection de calomel, car s'il n'a jamais fait rétrocéder les signes objectifs, du moins il a pu manifestement enrayer l'évolution fatale de certains d'entre eux, enrayer par exemple des névrites optiques. M. le professeur Raymond fait à ses malades de la Salpêtrière des injections d'huile grise; les malades ne souffrent pas et se prétendent soulagés; le tabes paraît enrayé. Parfois il a pu constater de grosses améliorations, mais alors on peut se demander si une lésion à proprement parler syphilitique n'était pas associée au tabes et si l'amélioration n'est pas due à la disparation de cette lésion surajoutée syphilitique sous l'influence du traitement iodo-mercuriel.

Au contraire, MM. Ballet et Joffroy font des réserves sur l'utilité du traitement syphilitique dans le tabes, car, et des tabétiques s'améliorent sans traitement, et des tabétiques évoluent fatalement malgré tout traitement.

Une conclusion ayant réuni l'assentiment de tous les membres, ne s'est donc point dégagée de cette discussion; cependant il semble en ressortir que nous savons maintenant mieux reconnaître le tabes à ses débuts et que cette

maladie, traitée dès le début par un traitement iodo-mercuriel intensif, peut être souvent enrayée dans sa marche et ne pas aboutir à cette consomption qu'avait surtout en vue Duchenne dans sa description du tabes dorsalis.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

L'état des reins et le choix des diurétiques. (R. Elliot.) — Les diurétiques, à l'exception de ceux qui ont une action directe sur l'épithélium rénal, agissent indirectement en influençant la circulation. Il est très important de ne produire au niveau des reins que le minimum d'irritation possible; aussi, dans les cas où l'organe est enflammé, on doit donner la préférence aux médicaments qui agissent indirectement en modifiant la pression artérielle. Dans les troubles urinaires d'ordre fonctionnel, leur emploi est pleinement justifié pour combattre l'acidité de l'urine et pour la diluer. Les diurétiques simples, salins, sont indiqués. Ils peuvent être employés également dans la néphrite aiguë et ils favorisent le fonctionnement des reins en augmentant l'élimination et en nettoyant les tubes rénaux des débris inflammatoires qui les obstruent. Les injections salines sous-cutanées constituent la meilleure médication éliminatrice dans les cas menaçants. Dans la néphrite chronique les diurétiques cardio-vasculaires sont d'une grande utilité, car l'œdème résulte d'ordinaire d'une diminution dans la pression artérielle. Les stimulants cardiaques ont donc une action salutaire sur les hydropisies de cette catégorie, si le rein n'offre pas de lésions trop avancées. Au contraire, l'œdème d'origine purement rénale ne tire pas grand bénéfice de l'action des diurétiques. C'est donc, en fin de compte, l'état du cœur et de la circulation qui détermine le choix des diurétiques. (*Medical News*, 10 déc. 1901.) A. H.

De l'influenza comme complication de la diphtérie. — Le docteur Karl Lenier a eu l'occasion d'observer onze cas d'influenza compliquant la diphtérie chez des enfants, deux fois à la suite de la rougeole.

Dans tous ces cas qui ont été compliqués de pneumonie ou de bronchite grave dues au bacille de l'influenza, il s'est agi, à l'exception d'un cas, de diphtérie descendante ayant nécessité l'intubation ou le tubage. Tous ces cas ont été suivis de mort. L'auteur, tout en rappelant l'opinion de Baginsky qui admet que la bronchopneumonie qui entraîne si souvent la mort peut survenir sans infection mixte au cours d'une diphtérie descendante, fait remarquer que ces cas sont certainement rares depuis le traitement sérothérapique, et il ne lui paraît pas douteux que l'infection surajoutée de l'influenza a, dans les cas observés par lui, facilité, sinon causé directement la mort.

Les examens bactériologiques du bacille de l'influenza ont été le plus souvent pratiqués après la mort dans le pus des bronches; il a été cependant également décelé sur le vivant, dans plusieurs cas, par l'examen et ensemencement des sécrétions purulentes de la trachée ou du mucus pharyngé. (*Wiener klin. Woch.*, 1901, n° 41, p. 1004.) P. V.

ANATOMIE

Structure, développement et fonctions des ganglions lymphatiques. (Ed. Retterer.) — M. Retterer, dont les importants travaux sur le développement épithélial des amygdales et des follicules clos de l'intestin sont connus de tous, poursuit ses recherches sur le système lymphatique en publiant une étude des ganglions lymphatiques dont la portée pratique peut être considérable; M. Retterer rattache en effet la question de l'origine du sang à l'étude des ganglions lymphatiques; c'est à cause de l'intérêt que le praticien doit prendre à ces recherches que nous avons tenu à en donner ici un court aperçu qui ne peut dispenser de la lecture fort instructive de l'article original.

Voici comment M. Retterer a été conduit à constater la formation de sang dans les ganglions lymphatiques : s'étant aperçu que la ligature du tronc lymphatique profond du cou déterminait dans les ganglions engorgés et augmentés de volume des animaux en expérience, une apparence rose ou rouge sans qu'aucun vaisseau sanguin ait été compris dans la ligature, constatant d'autre part que les coupes de ces ganglions manifestaient, en pareil cas, la présence de globules rouges, à tous les stades de développement, dans les sinus périphériques et caverneux ou les espaces interfolliculaires, M. Retterer pensa qu'hématies et leucocytes devaient prendre naissance dans ces ganglions et il chercha à le démontrer.

Dans ce but, M. Retterer fit l'étude de ganglions ainsi préparés, provenant d'animaux préalablement saignés. La saignée servait à provoquer un processus de rénovation intense du sang ; elle était toujours pratiquée dans des conditions identiques, à des intervalles plus ou moins rapprochés du moment où étaient prélevés les ganglions à étudier.

Avec ces procédés d'étude, en multipliant les examens et les expériences dans le détail desquels nous ne saurions entrer ici, M. Retterer est arrivé aux conclusions générales que voici résumées :

Les ganglions lymphatiques sont des amas persistants de tissu conjonctif primordial ; dans le ganglion adulte, le tissu conjonctif plein est disposé sous la forme de nodules ou follicules; le centre de ces nodules prolifère et régénère constamment du tissu conjonctif primordial; à la périphérie, au contraire, le tissu conjonctif vieillit et dégénère; le protoplasma cellulaire devient en partie fibrillaire [production de fibrilles conjonctives et élastiques (1)], en partie liquide (hyaloplasma) d'où la production du réseau cellulaire des sinus périphériques et caverneux.

Par suite de cette fonte protoplasmique, le noyau des cellules est mis en liberté. C'est lui qui va constituer les lymphocytes tant qu'il restera environné d'une portion de protoplasma normal; si au contraire le protoplasme a complètement disparu, le noyau d'abord sphérique, puis discoïde, subissant la transformation hémoglobique, constituera le globule rouge normal. Cette évolution ne se termine normalement que dans les vaisseaux eux-mêmes et échappe à l'observation ; elle ne devient manifeste dans les ganglions que si l'on a pris soin, comme l'a fait M. Retterer, de retenir les éléments émanés du ganglion par une ligature qui leur permet de vieillir sur place.

Les troubles nutritifs et l'affaiblissement organique causés par les saignées déterminent des déformations globulaires analogues à celles que l'on observe au cours des anémies; ces déformations ne seraient que le résultat de l'évolution plus rapide des cellules fixes du tissu ganglionnaire.

La démonstration histologique que fait M. Retterer de la transformation des globules blancs en globules rouges semble confirmée par ce fait que, dans l'anémie pernicieuse, par exemple, les numérations globulaires successives, faites deux jours avant la crise hématique, puis au moment de cette crise, montrent que le nombre des globules rouges nucléés augmente quand celui des globules blancs diminue (Strauss et Rohnstein).

Ainsi les constatations anatomiques auxquelles arrive M. Retterer semblent être la confirmation rationnelle des faits cliniques.

(1) Le processus de formation du tissu conjonctif que décrit ici M. Retterer, pourrait, semble-t-il, être comparé à celui que les élèves de Nissl, Bethe, Apathy, etc., ont décrit dans la constitution de la névroglie et du tissu nerveux.

Il est encore un fait d'ordre expérimental sur lequel M. Retterer attire en passant l'attention du clinicien; il s'agit du fait qu'il lui a été donné d'observer au cours de ses longues et patientes investigations, à savoir que si l'on fait perdre, à un animal, en un court laps de temps, une quantité de sang équivalente à la masse sanguine totale et qu'on le nourrisse copieusement, son corps récupère en quelques jours le poids initial pour ensuite le dépasser très vite.

M. Retterer constate qu'en pareil cas il se fait une rénovation cellulaire sur une échelle particulièrement vaste. Aussi la saignée semblerait devoir être indiquée dans tous les cas de ralentissement nutritif. N'y a-t-il pas là, ajoute M. Retterer, une explication des effets curatifs souvent merveilleux que les anciens mettaient sur le compte de la saignée?

L'étude du ganglion lymphatique, telle que l'a comprise M. Retterer,est, on le voit, éminemment fructueuse, car elle contribue pour une large part à la solution du problème jusqu'ici assez obscur et mystérieux de l'origine et de la nature du sang et nous facilite du même coup la compréhension d'une série d'observations cliniques restées jusqu'ici difficilement explicables.

Il résulte des travaux de M. Retterer que les globules sanguins, et notamment les globules blancs du sang, ne devraient pas être considérés comme des cellules jeunes, susceptibles de reproduction et de reconstitution de tissus, mais comme le dernier stade d'évolution des cellules fixes de nos tissus et de nos organes; le sang n'aurait donc pour ainsi dire pas de vitalité propre, il ne jouerait de rôle véritablement actif dans l'organisme que parce qu'il sert d'intermédiaire entre le milieu cosmique et les tissus auxquels il apporte notamment l'oxygène dont ils ont besoin. (*Journ. d'anat. et de physiol.*, 1901, n°s 5 et 6.) P. V.

THÉRAPEUTIQUE

Moyen de masquer l'odeur du salicylate de méthyle. — M. A. Petit (de Lyon) a proposé à la Société de pharmacie de cette ville un moyen bien simple pour masquer l'odeur si pénétrante du salicylate de méthyle qui indispose un certain nombre de malades.

Ce moyen consiste à mêler à ce corps 1,50 à 2 p. 100 d'essence pure de lavande. (*Répert. de pharm.*, 10 janv. 1902.) L. G.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — Notes obtenues. — *Anatomie.* — Séance du 11 janvier 1902. — MM. Darré, 13; Calvé, 11; Nathan et Thaon, 9; Barthélemy, 8; André, 7; Guérin-Beaupré, 5; Lagleize, 4; Lemaire, 3.

Séance du 14 janvier. — MM. André Martin, 13; Paul Dubois, 8; Friedel, 7; Delbos, 6; Dieu, 5; Ledoux, 3; Gabail et Onfray, 2.

Pathologie. — Séance du 13 janvier 1902. — MM. Trémolière, 11; Camus, 10; Bouchez, Sourdille et Pillet, 9; Ortel et Daversin, 8; Demarque et Jouvin, 7.

Séance du 14 janvier. — MM. Roussy, 11; Caldagués et Sénéchal, 10; Mettey, Giroux et Oppert, 9; Chastagnol et Ripart, 7; Griget, 6; Tansard, 5.

Distinctions honorifiques. — MM. les docteurs Duputel (de Rouen) et Mullet (de Lurselles) sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

Association générale des médecins de France. — Dans sa dernière séance, tenue sous la présidence de M. Cornil, l'Association, après une discussion à laquelle prirent part MM. Liouville, Brouardel, Sainton, Blache et Lereboullet, a décidé de publier dans l'Annuaire les statuts de l'Association amicale et de la Caisse des retraites, et de fixer par un règlement intérieur dans quelles conditions et dans quelles proportions des subventions pourront être accordées aux membres de ces œuvres de prévoyance.

M. Lereboullet a donné lecture d'un projet de règlement sur la tenue des assemblées générales et le mode de votation.

Au sujet de la représentation du conseil général dans les conseils de l'Amicale et de la Caisse des retraites, il a été sursis à toute délégation jusqu'à ce que le conseil général ait été complété par l'adjonction de nouveaux membres.

M. le secrétaire général a proposé pour les vacances au conseil général divers membres de l'Association et demande que, dans la séance prochaine, le choix des candidats à présenter au vote de l'assemblée générale soit définitivement arrêté. (Adopté.)

Le conseil a ensuite voté l'attribution à l'Association amicale pour l'indemnité-maladie du don de 3 000 francs fait par M. Lannelongue.

Ont été nommés rapporteurs : MM. Sainton (pensions viagères), Martin (vœux), de Ranse (vérification des comptes), Périer (élection du président).

Des subventions s'élevant à la somme totale de 1 300 francs ont été votées aux sociétés du Gers, de la Savoie, de la Somme et de l'Yonne.

Enfin M. le trésorier a annoncé avoir en caisse les 115 000 fr. provenant de la vente de la ferme de Montsoutin.

Concours sur l'organisation des secours aux victimes des guerres maritimes. — Nous rappelons que le concours sur l'organisation des secours aux victimes des guerres maritimes sera clos le 31 janvier.

Un prix de 1000 francs (prix Édouard Romberg) sera attribué au mémoire couronné. Des mentions honorables pourront, en outre, être accordées.

Les mémoires ne doivent pas porter de nom d'auteur, mais le nom d'un grand homme et celui d'une ville. Ces noms seront reportés sur une enveloppe, jointe au mémoire, contenant le nom de l'auteur.

Les mémoires doivent être parvenus le 31 janvier, dernier délai, au siège de l'Union des Femmes de France, 29, chaussée d'Antin, à l'adresse du docteur P. Bouloumié, secrétaire général.

Les membres du jury sont :

M. l'amiral Péphau, président; MM. les vice-présidents du Congrès des œuvres d'assistance militaire : docteurs Ricant, Duchaussoy, Bouloumié; MM. les docteurs Vallin, médecin inspecteur de l'armée; Bonnafy et Vincent, médecins en chef de la marine; M. Romberg, MM. les attachés navals aux ambassades et légations des puissances à Paris.

Leçons sur les maladies de la peau et la syphilis. — *Hôpital Broca-Pascal.* — M. le docteur Thibierge commencera des leçons sur les maladies de la peau et la syphilis à l'hôpital Broca-Pascal le samedi 18 janvier à dix heures et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Entrée : 76, rue Pascal.

Laboratoire municipal de l'hôpital Saint-Louis. — *École Lailler.* — Le docteur Sabouraud, chef du laboratoire, commencera le samedi matin 1er février à dix heures, et continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure une série de leçons théoriques et pratiques sur les *maladies du cuir chevelu*, avec présentation de malades, projections et préparations microscopiques.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Baraduc (de Paris); Pierre Dubief (de Lyon); Lesourd, médecin sanitaire maritime; Follet, interne des hôpitaux de Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 7. — SAMEDI 18 JANVIER 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 18 JANVIER 1902. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Le rein des tuberculeux.

Par M. E. GUIHAL,
Interne des hôpitaux de Paris.

Le rein du tuberculeux pulmonaire subit l'influence d'un grand nombre de causes pathogènes. Tout d'abord le bacille de Koch lui-même détermine, par sa germination locale, une affection organique spécifique, la tuberculose rénale, lésion qui n'entre pas dans le cadre de cette étude. Mais ce microbe sécrète un poison. Cette toxine bacillaire, la tuberculine, imprègne l'organisme dès le début de l'évolution morbide ; à elle seule, nous le verrons, elle est susceptible de créer de toutes pièces une affection rénale. Plus tard les microbes d'infections secondaires et leurs toxines entrent en scène; d'autres organes s'altèrent, et les lésions de l'intestin, celles du foie peuvent influencer l'état des reins (Gouget). Ajoutons enfin les auto-intoxications digestives, corollaire fréquent de la surcharge alimentaire imposée au malade, les troubles de la nutrition générale, l'abus de certains médicaments. Toutes ces causes pathogènes, dont nous essaierons plus loin de préciser la valeur réciproque, impriment au rein qui les subit une série de lésions anatomiques diverses dans leur forme, non spécifiques et d'une fréquence extrême. Les manifestations cliniques qui en dépendent sont peut-être moins bien déterminées : on se heurte à de nombreuses difficultés d'interprétation. Chez certains malades l'affection rénale domine la scène morbide et l'effort du clinicien doit porter tout entier sur le diagnostic de la lésion bacillaire du poumon. Le plus souvent les difficultés sont d'ordre inverse. Il s'agit d'un phtisique avéré, dont les urines sont albumineuses ; quelques-uns des nombreux éléments symptomatiques qu'il présente, œdèmes, troubles cardiaques et dyspnéiques, font partie du cortège habituel du brightisme. Dans quelle mesure dépendent-ils ici d'une lésion rénale présumée? L'albuminurie elle-même n'est-elle pas d'une interprétation délicate? Autant de problèmes cliniques qui restent souvent en suspens.

Après un rapide historique, nous essaierons d'exposer l'état actuel de la question, en l'envisageant successivement au point de vue pathogénique, anatomique et symptomatique.

I

Historique. — Bright (1827) ignorait les relations qui unissent la tuberculose et ce qu'il appelait « l'affection des reins ». « La phtisie et l'affection rénale, dit-il, sont si loin d'être liées entre elles que la condition du corps dans les maladies rénales est défavorable à la phtisie et que la constitution tuberculeuse ne prédispose pas à l'affection des reins. »

La coexistence possible des deux maladies est vite reconnue quelques années plus tard par Christison (1831), Tissot (1833), Martin Solon (1838). La coïncidence est affirmée, mais non pas encore la relation de cause à effet. « Ces diverses altérations, dit Martin Solon, ne paraissent point se développer sous la dépendance réciproque les unes des autres ; mais on conçoit que les lésions du poumon, comme celles du foie et de tous les autres organes, se développent chez les sujets dont le tissu rénal peut devenir le siège d'une désorganisation semblable à celle qu'offre la maladie de Bright. »

Un grand pas en avant est franchi par Rayer qui, dans son traité des maladies du rein (1840), consacre un chapitre à la question : « Néphrite albumineuse et phtisie pulmonaire. » Sa pensée se résume en cette phrase : « Le développement de la néphrite albumineuse chronique dans une période plus ou moins avancée de la phtisie pulmonaire, est un des accidents les plus graves de cette maladie. » Il n'y a plus seulement coïncidence, mais relation de cause à effet : dans la majorité des cas la lésion rénale relève de la lésion pulmonaire; plus rarement la tuberculose se développe chez un brightique.

A partir de cette époque les travaux se multiplient. On en trouvera la bibliographie dans les thèses de Lacombe (1874), Piédallu (1878), Gauché (1879), Torkomian (1884), Durand-Fardel (1886), Le Noir (1890), Coffin (1890). La question des altérations rénales est bien étudiée au point de vue clinique et anatomique. Cependant une confusion règne jusque dans la thèse de Coffin. Les lésions tuberculeuses du

rein sont mal séparées, au point de vue pathogénique, des lésions rénales chez les tuberculeux. C'est là l'œuvre de ces dernières années. Nous verrons plus loin quelles recherches expérimentales et cliniques ont élucidé ce point. Citons seulement parmi les travaux d'ensemble les thèses de Daunic (1893) et de Pissavy (1898), et les articles de Grancher et Barbier, Marfan, Chauffard, Brault, Rénon dans les traités de médecine contemporains. Enfin les communications et les articles tout récents de Landouzy et L. Bernard, Brault, Labbé et Castaigne, Hirtz et Salomon, ont apporté des faits et des interprétations diverses qui donnent un nouvel intérêt à la question, si obscure encore, du rein des tuberculeux.

II

Pathogénie. — Nous étudierons dans ce chapitre la valeur pathogène de diverses causes morbides qui sont toutes en relation directe avec l'évolution tuberculeuse. C'est dire que nous éliminons les causes prédisposantes, dont l'existence est évidente, mais la nature mal connue, et par là même, les influences pathogènes antérieures à la germination du bacille, dont nous dirons quelques mots à propos de la néphrite interstitielle.

Nous avons affirmé plus haut que le développement du bacille de Koch dans le parenchyme rénal détermine exclusivement des lésions spécifiques, lesquelles ne rentrent pas dans le cadre de cette étude. Cette notion est de date toute récente. Coffin (1890) en effet avait constaté la présence de bacilles en des régions du rein qui ne présentaient pas d'autre signature anatomique de tuberculose. Il faudrait, semble-t-il, en conclure que ce microbe peut devenir le point de départ de néphrites vulgaires, à la manière du streptocoque ou du staphylocoque. Ces faits ne sont plus admis aujourd'hui. D'une part, grâce aux recherches expérimentales de Borrel (1894), on sait maintenant que le bacille ne saurait séjourner dans l'intimité du tissu rénal sans produire des granulations tuberculeuses. D'autre part l'étude histologique des reins de phymateux a montré qu'il n'existe jamais de bacille de Koch dans cet organe, en dehors des altérations spécifiques que provoque sa germination locale. Ainsi les lésions non spécifiques, ou plus exactement non bacillaires, se trouvent bien individualisées au point de vue théorique; il est impossible de les confondre anatomiquement avec les lésions bacillaires; mais quelle pathogénie leur attribuer?

Si le bacille ne peut être incriminé, en est-il de même de sa toxine, de la tuberculine? Des expériences, des documents cliniques permettent d'affirmer que ce poison est capable de provoquer des altérations rénales.

Au point de vue expérimental, cela ressort des recherches de Grancher, H. Martin et Ledoux-Lebard (1891), de Dujardin-Baumetz et Dubief (1891), de Maffucci (1893), de Daunic (1893), de Carrière (1897).

Au cours de leurs recherches sur la tuberculose expérimentale (février 1891) Grancher, H. Martin et Ledoux-Lebard, injectant des cultures atténuées par voie veineuse, observent des paralysies et des lésions rénales (gros reins blancs ou petits reins contractés), qui leur paraissent purement toxiniques, puisqu'il n'y avait pas trace de néoformations bacillaires. Le même mois, Dujardin-Baumetz et Dubief expérimentant sur des cobayes la valeur thérapeutique de la lymphe de Koch, notent la présence, au milieu d'autres accidents mortels, d'hémorragies rénales très intenses. Au congrès de la tuberculose de la même année (1891), Grancher et H. Martin, rapportant leurs essais expérimentaux de vaccinations antituberculeuses, disent avoir observé, chez les lapins inoculés, des altérations très variées du rein, sans signature bacillaire. Enfin Maffucci (1893), Daunic (1893) Carrière (1897) ont réalisé des néphrites aiguës ou subaiguës expérimentales par injection de toxines tuberculeuses.

Au point de vue clinique les essais thérapeutiques de la lymphe de Koch sont venus corroborer les faits précédents. En février 1891, les médecins de Saint-Louis ont apporté à la Société de dermatologie les résultats obtenus dans le traitement du lupus par les injections de tuberculine. L'albuminurie, l'hématurie sont citées parmi les accidents observés. A l'étranger Burckhardt (1891) publie un cas de mort avec coma et anurie survenant chez une lupique de vingt-trois ans qui avait subi en cinq jours trois injections de tuberculine (la première d'un demi-centigramme, les deux autres d'un centigramme); les reins présentaient des altérations diffuses des épithéliums.

En 1892, Chauffard a publié une observation qui offre un très grand intérêt. Son malade, âgé de vingt-neuf ans, tuberculeux depuis mai 1890, est traité par la lymphe de Koch à partir du 8 janvier 1891. La première injection amène, outre une réaction générale très intense, une albuminurie de 8 grammes (les urines avant l'injection n'étaient pas albumineuses). Pendant la semaine qui suit, l'albumine diminue pour réapparaître avec la même abondance après la deuxième injection (15 janvier). Les mêmes phénomènes se reproduisent à chaque injection. Du 8 janvier au 19 février le malade reçoit ainsi 44 milligrammes de lymphe en vingt fois; pendant ce temps, malgré l'albuminurie et une température très élevée, le poids augmente de 2500 grammes; et atteint 70 kilogs. Cette amélioration ne se maintient pas, et à son entrée dans le service de M. Chauffard (28 juillet 1891) le malade ne pèse plus que 57 kilogs. Pendant les quinze mois de séjour à Broussais, la tuberculose pulmonaire évolue rapidement, l'albuminurie oscille entre 5 et 18 grammes. On note de plus, comme symptômes rénaux, une polyurie de 2 à 3 litres, des douleurs lombaires, un léger œdème des jambes. La mort survint par cachexie. L'autopsie permit de constater des lésions rénales fort étendues.

Il est donc démontré, comme nous le disions au début, par tout un faisceau de preuves expérimentales et cliniques, que la tuberculine, à elle seule, est susceptible de créer une affection du rein. Nous insisterons moins sur les autres facteurs dont la valeur est connue en pathologie rénale. Les observations de Henriquez (Th. 1892), les expériences de Pissavy (Th. 1898), entre autres, montrent que « plusieurs des microbes trouvés dans les lésions pulmonaires à côté du bacille de Koch sont capables de donner naissance à des altérations du rein ». Cela est démontré pour le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque qui pullulent dans les lésions tuberculeuses ulcérées du poumon. Les troubles de la nutrition générale, les auto-intoxications digestives, les altérations du foie, jouent également un rôle important chez le phtisique avancé. Ce rôle est indéniable, d'une manière générale, dans l'étiologie de toutes ces affections du rein; mais il est difficile à apprécier au point de vue spécial qui nous occupe; il nous faut donc l'admettre sans pouvoir préciser sa valeur.

Quelle est en effet la valeur réciproque de ces diverses causes morbides? Pissavy exprime ainsi son opinion : « Dans les observations publiées, la tuberculine a agi d'une

façon assez spéciale. On remarque, en effet, que le rein a réagi immédiatement et que les symptômes de néphrite ont apparu dès les premières injections. Le même fait a été constaté par les médecins de Saint-Louis, mais avec cette différence que, les inoculations ayant été faites avec une extrême prudence et suspendues au moindre accident, les troubles rénaux se sont dissipés et n'ont point abouti aux graves lésions signalées dans les autres cas. Or, dans la clinique courante, les faits sont beaucoup plus complexes. Les symptômes de néphrite apparaissent presque toujours tardivement, alors qu'il existe de profondes altérations pulmonaires et que des infections secondaires se sont fatalement produites : on en arrive donc à se demander si la tuberculine est la seule cause des altérations rénales, et si les microbes surajoutés et leurs produits toxiques ne jouent pas aussi un grand rôle. »

Ces remarques paraissent fort judicieuses, et cependannt il semble difficile de ne pas attribuer à la tuberculine tout au moins le rôle principal, ainsi que l'admet Daunic (1893). Les expériences citées plus haut tendent à prouver que les poisons sécrétés par le bacille de Koch possèdent une sorte d'affinité pour le rein, et qu'ils sont capables d'y produire les lésions les plus diverses, depuis le gros rein blanc jusqu'au petit rein contracté (Grancher, H. Martin, Ledoux-Lebard). Les faits cliniques de Chauffard et de Burckhardt ont trait à des intoxications toxiniques massives, alors que l'organisme des tuberculeux s'imprègne lentement et progressivement du poison bacillaire : il n'est donc pas étonnant que, en clinique courante, le rein réagisse plus tardivement. Le nombre et la valeur des autres causes morbides sont infiniment variables suivant les malades; dans certains cas de néphrite précoce, elles ne peuvent même être mises au premier rang; tandis que l'on peut toujonrs dire d'un tuberculeux que son rein, comme tous ses organes, subit l'influence de la tuberculine. C'est là un facteur pathogène constant, une agression toxique permanente, dont les travaux expérimentaux ont montré la puissance et la valeur. Cette agression débute avec la première germination du bacille et devient, dans la suite, de plus en plus pressante, en même temps que les autres causes morbides, les infections secondaires, les altérations hépatiques, les troubles de la nutrition générale entrent en scène et ajoutent leur influence à celle du poison bacillaire. A ce moment, le problème pathogénique varie avec chaque malade, mais la tuberculine n'en reste pas moins, suivant l'expression de Grancher et Barbier, l'influence morbide fondamentale. Cette influence est surtout prédominante dans les formes précoces de néphrite tuberculeuse; dans les formes tardives et dans la dégénérescence amyloïde les causes secondes prennent peut-être le pas sur la tuberculine, mais ce dernier poison a déjà imprégné le rein antérieurement, et s'il ne l'a pas lésé, il l'a sans doute rendu plus fragile. Ainsi s'expliquerait la grande fréquence des lésions rénales chez les tuberculeux.

Anatomiquement on a observé des néphrites à prédominance épithéliale, des néphrites interstitielles, de la dégénérescence amyloïde. Est-il possible d'attribuer à chacune de ces lésions une pathogénie spéciale? Nous ferons quelques remarques à ce sujet, au début du chapitre suivant, à propos de la fréquence relative des altérations rénales.

III

Anatomie pathologique. — Tous les auteurs qui ont examiné systématiquement les reins à l'autopsie des phtisiques ont remarqué l'extrême fréquence des lésions. « Il est rare, dit Le Noir, de trouver des reins d'aspect normal » (dans 25 p. 100 seulement des cas). Daunic dont l'étude anatomique est très précise, proclame la presque constance des altérations. Mais, aujourd'hui encore, l'accord n'est pas fait sur la *fréquence relative* des lésions observées : anémie, congestion, néphrites parenchymateuses, néphrites interstitielles, dégénérescence amyloïde. Ces trois dernières affections ont chacune leurs partisans déterminés.

La néphrite interstitielle serait très fréquente pour Lancereaux. Gauché (1879) en fait la cause presque constante de l'albuminurie des phtisiques. Les autres auteurs ne lui accordent pas cette prédominance. Elle est rare pour Lecorché. Hérard, Cornil et Hanot lui donnent la proportion de 23 p. 100 (dans l'ensemble des lésions), Bamberger celle de 20 p. 100, Pernice 22 p. 100, Le Noir seulement 9,8 p. 100. Plus récemment Daunic n'a guère trouvé la néphrite interstitielle typique que chez de vieux tuberculeux athéromateux. Le rein contracté est donc rare dans la phtisie. C'est d'ailleurs l'affection rénale dont la pathogénie apparaît la plus obscure. Il faut d'abord éliminer les cas où la tuberculose évolue chez un brightique confirmé; ils ne rentrent pas dans notre cadre. Pour expliquer cette lésion, lorsqu'elle se manifeste chez un bacillaire avéré, la plupart des auteurs admettent qu'il est nécessaire d'invoquer des tares antérieures, infections (scarlatine, fièvre typhoïde), intoxications multiples (saturnisme, alcoolisme), l'artério-sclérose, l'aplasie artérielle. Ces causes prédisposantes joueraient ici le rôle principal, et la néphrite ne serait pas sous la dépendance directe de la tuberculose. Il importe cependant de remarquer que beaucoup de reins de bacillaires présentent des lésions interstitielles importantes, et que, si la néphrite atrophique est rare, c'est sans doute parce que la terminaison fatale interrompt trop tôt le processus morbide. A l'appui de cette hypothèse, nous rappellerons que Grancher et H. Martin ont observé dans leurs expériences des reins contractés, et que Bennett (cité par Grancher et Barbier) « a pu justement prétendre que la néphrite interstitielle était l'accident à prévoir chez les tuberculeux guéris ».

Néphrite parenchymateuse et dégénérescence amyloïde constituent les deux affections rénales les plus fréquentes chez le bacillaire. Laquelle des deux doit se placer au premier rang? Hérard, Cornil et Hanot, Wiliam, Pernice et plus récemment Brault donnent la prédominance au rein amyloïde. Hérard, Cornil et Hanot ont noté en sa faveur la proportion de 60 à 66 p. 100 (dans l'ensemble des lésions), Wiliams, celle de 52 p. 100, Pernice, celle de 35 p. 100 (contre 30 p. 100 de dégénérescence graisseuse et 30 p. 100 de néphrite). Brault, dans un tout récent article (avril 1901), affirme que l'infiltration amyloïde (bien appréciable seulement au microscope) est la détermination presque exclusive de la tuberculose sur le rein (bacillose locale mise à part). « Comme manifestation lointaine, apparemment non spécifique, de la tuberculose, nous ne connaissons aujourd'hui, chez l'homme, que la degénérescence amyloïde. » Les liens qui unissent cette lésion à la phtisie pulmonaire et aux affections cachectisantes sont connus depuis longtemps. Est-elle due au poison tuberculeux? Daunic fait remarquer que, chez le faisan, le tissu conjonctif qui entoure un tubercule subit toujours la transformation amyloïde. Mais comme cette dégénérescence survient seulement chez les tuberculeux avancés et surtout osseux, on tend à admettre qu'elle est liée « à la résorption continue et prolongée des toxines

provenant de microbes pyogènes, surtout quand les foyers purulents se vident mal, permettent la rétention et les fermentations secondaires du pus » (Chauffard).

Rayer, Piédallu, Le Noir, Daunic, Pissavy, entre autres, croient à la plus grande fréquence de la néphrite parenchymateuse. Le Noir a rencontré le rein amyloïde dans la proportion de 12,5 p. 100, alors qu'il donne celle de 40,62 p. 100 pour le gros rein blanc. Landouzy et L. Bernard (mars 1901) insistent sur cette prédominance. « Au milieu de toutes les lésions très diverses que l'on peut trouver chez les tuberculeux, le type anatomo-clinique de la néphrite parenchymateuse chronique traduit, pour la tuberculose comme pour la syphilis, une affinité, une préférence spéciale de la maladie causale pour le rein. » D'après ces auteurs la tuberculose pulmonaire paraît une des causes les plus fréquentes de la néphrite parenchymateuse chronique. S'il en est ainsi, c'est bien à cette lésion qu'il convient d'accoler l'étiquette de néphrite paratuberculeuse; c'est à elle en particulier que s'appliquent les considérations pathogéniques exposées plus haut. Enfin c'est elle qui a été surtout étudiée ces dernières années, tant au point de vue expérimental qu'au point de vue anatomique et clinique.

Ainsi nous devons étudier principalement la néphrite parenchymateuse et la dégénérescence amyloïde, les autres lésions restant au second plan. Nous exposerons les données acquises d'abord par l'examen macroscopique, puis par le microscope.

I. A l'*examen macroscopique*, le rein de *néphrite tuberculeuse* d'après Daunic, est un gros rein souvent distendu par une congestion d'origine agonique; il se décortique facilement et présente alors une surface lisse et brillante d'un rouge sombre, avec reflets légèrement bleuâtres. A la coupe, qui laisse écouler beaucoup de sang, la zone des pyramides, d'un rouge foncé, se distingue nettement de la zone corticale, plus claire, bleutée et parfois grisâtre, « donnant l'impression d'un tissu atteint de dégénérescence graisseuse; » les glomérules sont visibles çà et là sous forme de petits grains rougeâtres.

Le *rein amyloïde*, ou rein lardacé, est également un gros rein lisse, qui se décortique facilement; mais il est blanc jaunâtre et peu vascularisé. « A la coupe, dit Chauffard, la consistance de l'organe est à la fois pâteuse et un peu ferme sans élasticité, comme si l'on coupait un bloc de cire. La surface de section est lisse, sèche et miroitante, presque exsangue; la substance corticale est d'un blanc jaunâtre, vieil ivoire, les pyramides se détachent en rouge un peu violacé. » Cette apparence caractéristique ne se rencontre que dans les dégénérescences avancées; souvent l'on note seulement l'aspect spécial des glomérules translucides, semi-transparents et de teinte brillante. Enfin l'état amyloïde se révèle par la réaction iodée : la teinture d'iode appliquée sur l'organe colore en brun acajou les parties dégénérées, en jaune les parties saines. Mais pour arriver à un diagnostic précis, il est nécessaire de recourir à l'examen microscopique.

Nous signalerons seulement les *autres variétés d'aspect* beaucoup plus rarement observées par les auteurs. Le rein pâle et décoloré, diminué de volume, en état d'anémie sans autres lésions, est fréquent chez tous les cachectiques (Cornil et Ranvier). Le rein congestionné est distendu, haut en couleur, gorgé de sang qui s'écoule abondamment à la coupe. Enfin le rein contracté présente, ici comme ailleurs, son aspect caractéristique : il est petit, se décortique avec difficulté; sa surface est chagrinée, la zone corticale fibreuse et atrophiée.

II. Au point de vue *microscopique*, nous étudierons surtout la néphrite tuberculeuse d'après Daunic, Pissavy. Ces auteurs décrivent deux variétés de lésions qui ne sont que « les simples stades d'un même processus, faciles à différencier par l'inégale intensité des lésions ». Dans un premier groupe rentrent les altérations anatomiques légères, qui, du vivant du malade, n'ont déterminé ni albuminurie, ni aucun signe rénal appréciable. Dans le deuxième groupe se rangent les lésions plus intenses, néphrites confirmées, qui ont été le point de départ d'albuminurie et d'autres symptômes brightiques. Dans un troisième paragraphe nous exposerons l'étude histologique du rein chez le malade dont l'observation (citée plus haut à propos de la pathogénie) a été publiée par Chauffard; cette étude est fort intéressante par la diffusion des lésions observées, et constitue une transition naturelle entre les néphrites de Daunic et Pissavy d'une part, le rein interstitiel et la dégénérescence amyloïde d'autre part. Ces dernières affections seront étudiées en dernier lieu.

A. Dans le cas de *néphrite légère latente*, sans albuminurie, les lésions sont peu marquées; elles sont déjà diffuses, quoique inégalement réparties, et surtout épithéliales.

Les *glomérules* sont peu lésés. Parfois les cellules épithéliales de la capsule de Bowmann prolifèrent, ainsi que l'indiquent les noyaux groupés en petits amas; il en résulte la présence dans la cavité glomérulaire d'un grand nombre de cellules jeunes. Daunic note que l'endothélium vasculaire est quelquefois dégénéré, et produit de fines gouttelettes graisseuses.

Les *tubes contournés sécréteurs* présentent également, le plus souvent, peu de lésions appréciables. Cependant quelques tubes réalisent deux aspects principaux. Les uns ont leur lumière obstruée par des boules colloïdes; les cellules épithéliales sont tuméfiées, volumineuses. En d'autre points la lumière est au contraire élargie, et cela grâce à un abrasement du bord libre de l'épithélium; les cellules sécrétantes de revêtement sont réduites à leur partie basale, qui semble saine, et contient un noyau bien coloré. « Le revêtement cellulaire dans son ensemble, dit Pissavy, paraît encore très suffisant pour accomplir la part de travail qui lui revient dans la dépuration sanguine. »

Les *tubes excréteurs*, d'après Daunic, sont plus constamment altérés. Si l'on examine les planches de cet auteur, il est facile de voir que les lésions contrastent avec les précédentes. L'épithélium plat de ces tubes est en effet infiltré de graisse; chaque cellule contient une dizaine de gouttelettes vigoureusement teintées en noir par l'acide osmique.

Enfin le *tissu conjonctif* est, par places, légèrement épaissi sous forme de fines bandes scléreuses; on peut constater aussi un peu d'endartérite.

B. Les reins atteints de *néphrites intenses, confirmées* du vivant du malade, se sont pas altérés de manière différente; les lésions sont seulement plus intenses.

Les *glomérules*, congestionnés, sont bourrés de jeunes cellules endothéliales, en proie à une très active prolifération, et qui encombre la cavité. Fait important (Daunic), dans certains cas, les réactions histo-chimiques dont nous parlerons plus loin permettent de constater des traces de dégénérescence amyloïde sur quelques bouquets glomérulaires.

Les *tubes contournés sécréteurs* sont le siège d'une néphrite épithéliale intense, distendus, tuméfiés par la congestion et

les débris épithéliaux qui les encombrent. Les cellules sécrétantes de revêtement sont entièrement dégénérées, leurs noyaux fragmentés ; elles se confondent les unes aux autres ; beaucoup sont complètement abrasées, ce qui donne à la ligne épithéliale un aspect très irrégulier, comme déchiqueté. Certaines, en état de tuméfaction trouble, sécrètent des boules hyalines. La lumière du tube est bourrée de ces boules hyalines et surtout de débris épithéliaux qui constituent les cylindres de même nom.

Les *tubes collecteurs* sont en état de dégénérescence graisseuse et forment, avec les tubes sécréteurs, le même contraste que précédemment (Daunic).

Le *tissu interstitiel* a plus ou moins proliféré. « La sclérose, dit Pissavy, est souvent marquée sur un certain nombre de glomérules, tandis que les autres ont conservé une structure à peu près normale. Nous avons vu sur quelques coupes cette sclérose se disposer en des sortes d'îlots dont le centre était formé par un vaisseau sanguin présentant toujours un volume assez considérable. De ce centre, le tissu fibreux s'étendait aux espaces intercanaliculaires et surtout aux glomérules voisins, dont les lésions étaient beaucoup plus marquées que celles des glomérules situés dans d'autres points de la préparation. »

Ces lésions n'ont rien de spécifique, ce sont celles de la plupart des néphrites infectieuses. Carrière (1897), au point de vue expérimental, a constaté que la tuberculine produit un état nécrosique spécial consistant « en une désintégration fragmentaire des noyaux et en une dégénérescence vacuolaire et granuleuse du protoplasme ». Pissavy a retrouvé ces mêmes lésions « sur des reins d'animaux tués en quelques minutes par des injections intra-veineuses d'urine et sur des coupes de néphrite scarlatineuse ». On peut donc conclure avec lui que l'origine tuberculeuse de la néphrite ne peut être reconnue à l'examen histologique.

En résumé il s'agit de lésions épithéliales prédominantes, avec coexistence de lésions interstitielles assez marquées et même parfois de dégénérescence amyloïde. On peut admettre (Brault, Chauffard), que l'intensité des altérations épithéliales dépend de l'intensité de l'agression toxique, tandis que les lésions interstitielles sont surtout liées à la durée de cette agression. Dès lors on comprend que le tuberculeux présente rarement le rein contracté, le degré de sa résistance organique ne lui permettant pas de conduire jusqu'à ce point la prolifération réactionnelle du tissu conjonctif.

C. Les *lésions* observées par Chauffard, chez le malade cité plus haut, sont un parfait exemple de la diffusion et de la variété possible des altérations. Nous croyons devoir citer cette observation anatomique, en raison de son importance :

« Les reins présentent des lésions de glomérulo-néphrite diffuse avec dégénérescence amyloïde des glomérules et des artères interlobulaires. Dans toute la substance corticale, le stroma est très épaissi et les tubuli sont séparés par un tissu conjonctif fibrillaire semé de nombreuses cellules rondes et fusiformes. Sur des coupes perpendiculaires à l'axe du lobule rénal, on voit que ce tissu scléreux et inflammatoire est surtout abondant dans les régions périlobulaires et forme comme des sortes d'anneaux passant par la série des glomérules périlobulaires. Les épithéliums des tubuli contorti ont perdu leur aspect grenu, leur volume et leur forme. On ne trouve plus dans chaque tube qu'un revêtement de cellules basses, assez claires, fusionnées en partie par leurs bords et à noyaux nettement colorés. Pas de tuméfaction trouble ni de stéatose, pas de boules hyalines, mais çà et là quelques cylindres colloïdes beaucoup plus nombreux dans la substance médullaire. Dégénérescence amyloïde à peu près complète des glomérules et des artérioles glomérulaires. Intégrité des gros troncs artériels. Nulle part on ne trouve de tubercule histologique ni de cellules géantes. »

Ce sont là les altérations décrites précédemment auxquelles sont venues s'ajouter une dégénérescence amyloïde plus complète et une réaction interstitielle plus marquée. Le rein du malade de Chauffard présentait toutes les lésions qui ont été décrites dans le rein des tuberculeux, et le point de départ de la néphrite a été des injections de tuberculine qui ont joué le rôle primordial. L'observation présente à ce point de vue un intérêt exceptionnel. Lésions épithéliales, interstitielles, infiltration amyloïde sont les trois termes qui résument toute l'anatomie pathologique du rein des tuberculeux ; la prédominance de chacun d'eux crée des formes anatomiques bien définies, reliées entre elles par des transitions insensibles dont le cas précédent est un bel exemple.

D. Nous ne décrirons pas le rein interstitiel typique, qui n'a pas été étudié spécialement chez les tuberculeux, mais nous devons dire un mot de la dégénérescence amyloïde. Daunic, nous l'avons vu, a observé quelques glomérules amyloïdes dans des cas de néphrites épithéliales intenses. Mêmes lésions, mais plus prononcées dans l'observation de Chauffard. Ces faits de transition mis à part, l'amyloïdisme peut devenir le fait primordial : le rein présente alors l'aspect macroscopique décrit au début de ce chapitre. Pour dépister l'infiltration amyloïde au microscope, il est nécessaire d'employer des colorations spéciales : le violet de Paris colore en rouge rubis tout ce qui est amyloïde, en rouge violacé le reste ; la safranine colore en rouge orangé les parties dégénérées, et les autres en rose pâle. La lésion se localise d'abord aux anses glomérulaires, dont les parois mêmes dégénèrent, et ensuite aux artérioles intertubulaires. Puis viennent les vaisseaux droits des pyramides. Exceptionnellement ces derniers peuvent être infiltrés, les glomérules ne l'étant pas (Straus, 1881) ; l'évolution contraire est la règle. A un degré encore plus avancé, la dégénérescence ne se cantonne pas seulement au système artério-glomérulaire ; elle envahit aussi la paroi conjonctive des tubes droits et collecteurs et parfois même le tissu conjonctif qui sépare les éléments constituants de la glande rénale. Les épithéliums tubulaires sont souvent altérés, mais jamais amyloïdes. (*A suivre.*)

UTÉRUS DOUBLE ENLEVÉ PAR LA VOIE VAGINALE (1)

Par M. Victor Pauchet,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, chirurgien des hôpitaux d'Amiens,
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

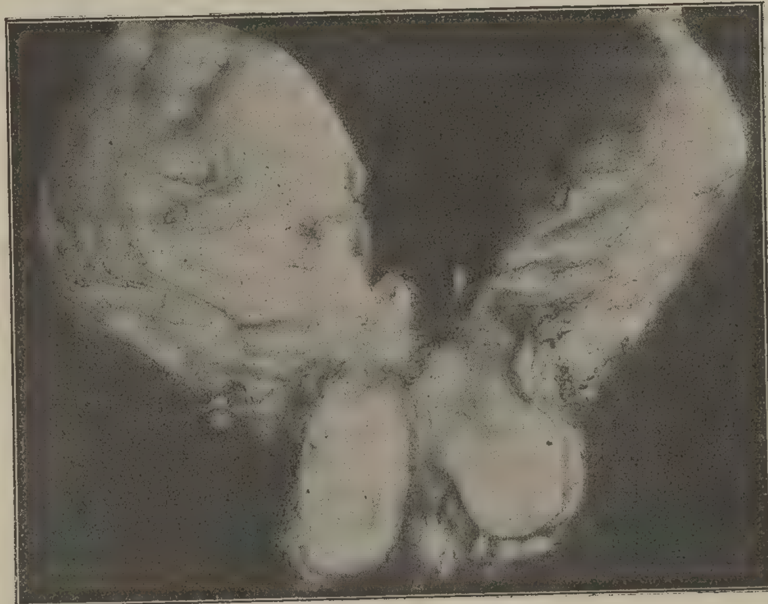
Il y a un mois, j'ai eu l'occasion d'extirper par la voie vaginale un utérus duplex unicollis, du type des rongeurs. Grâce à la complaisance d'un vagin souple, j'ai pu enlever l'organe sans le morceler.

Il s'agit d'une femme de trente-trois ans, réglée à treize ans d'une façon normale, et actuellement mère de trois enfants. Les grossesses et les accouchements ont eu lieu sans

(1) Pièce présentée à la Soc. méd. de Picardie le 8 janv. 1902.

incidents spéciaux; la menstruation a été supprimée pendant chaque grossesse. Depuis deux ans, cette femme est anémiée et asthéniée par des ménorragies abondantes contre lesquelles a échoué la thérapeutique médicale et pour lesquelles le docteur Lévêque (de Montdidier) me la fait examiner.

Le vagin de cette femme était large et présentait sur la paroi postérieure *un raphé saillant*, sorte de cloison incomplète et mobile se renversant à droite ou à gauche de la ligne médiane. Aucune saillie cicatricielle n'existait sur la cloison vésico-vaginale, il ne s'agissait donc pas d'un cas de duplicité vaginale transformé en canal unique par un accouchement antérieur; il n'y avait chez cette femme qu'une ébauche de cloisonnement du vagin. Le col utérin est gros, déchiqueté, mais unique, du moins dans sa portion vaginale. Ces divers détails, notés à l'issue de l'intervention, n'ont pas, lors du premier examen, attiré mon attention du côté d'une malformation sexuelle.



Par le toucher combiné au palper, je sentis un utérus un peu plus gros qu'une matrice normale, dévié à gauche et flanqué à droite d'une masse dure, lisse, non douloureuse à la pression, qui me donna l'impression d'un petit fibrome utérin développé dans le ligament large. Je formulai donc ainsi le diagnostic et le traitement : « Ménorragies occasionnées par un petit fibrome, susceptible d'être traité par l'hystérectomie vaginale. »

On pourra peut-être faire une objection à ma formule radicale et dire qu'une laparotomie eût été plutôt indiquée. En effet, l'ouverture abdominale m'eût permis, en cas de fibrome, d'enlever la tumeur en ménageant l'utérus, ou de refermer l'abdomen en procédant ensuite à un simple curage de l'organe malade, si j'avais reconnu qu'il ne s'agissait que d'une métrite hémorragique.

Je n'ai pas à discuter ici la valeur comparative de l'hystérectomie et de la myomectomie, deux interventions auxquelles j'ai recours suivant leurs indications. Je répondrai simplement que la malade avait trente-cinq ans, qu'elle était mère de trois enfants, et que mon but thérapeutique était de supprimer sûrement et rapidement le flux hémorragique, sans faire subir à l'opérée les tentatives incertaines d'un traitement conservateur.

On pourra de même me faire observer que l'exploration à l'aide de l'hystéromètre m'eût renseigné sur l'existence d'une double cavité utérine, mais je n'ai que très rarement recours à l'hystérométrie, que je considère comme presque toujours inutile et souvent nuisible. D'ailleurs si j'avais introduit une forme métallique, j'aurais relevé la longueur de l'utérus gauche ou droit sans songer à chercher une deuxième cavité dans son voisinage.

Le diagnostic n'a été posé qu'au cours de l'intervention, au moment où j'ai commencé à décoller la face antérieure de l'organe pour la séparer de la partie correspondante de la vessie.

L'intervention fut menée de la façon suivante : Incision vaginale autour du col. Décollement de l'organe en avant et en arrière. Hémostase et section des bases des ligaments larges. Hémisection de la partie inférieure du col. Bascule en avant de l'utérus droit qui paraît plus petit, hémostase et section de son ligament large. Le col, l'utérus droit et, consécutivement, l'utérus gauche sont amenés à la vulve. Hémostase et section de la partie supérieure du ligament large gauche. Les annexes qui paraissent normales sont laissées. Suites normales.

Examen de la pièce. — Le col, unique dans sa portion vaginale, se divise avant d'arriver au point qui normalement répond à l'isthme. Sur le reste de son étendue, la pièce représente deux utérus distincts. La matrice gauche est un peu plus volumineuse que normalement. C'est elle qui a dû donner asile aux trois grossesses et qui est devenue le point de départ des hémorragies; sa cavité est fongueuse, sa tranche de section présente l'aspect grisâtre des utérus devenus scléreux sous l'influence d'une ancienne inflammation. La matrice droite est à peu près de même hauteur que sa congénère mais elle est plus mince, plus grêle, presque cylindrique.

La pathogénie de la duplicité utérine s'explique aisément : chez l'embryon femelle, les trompes, l'utérus et le vagin se forment aux dépens des canaux de Müller. Ces derniers placés de chaque côté de la ligne médiane demeurent isolés dans leur partie supérieure pour former les trompes et se fusionnent dans le reste de leur étendue pour former l'utérus et le vagin. C'est, du moins, ce qui se produit chez l'homme et le singe, mais chez certains mammifères la fusion des deux conduits peut faire défaut sur une partie ou la totalité du trajet. On peut alors observer les dispositions suivantes : *utérus et vagin double* (marsupiaux), *utérus double et vagin unique* (rongeurs), *utérus bicorne et vagin unique*, par utérus bicorne (carnassiers), on entend un organe dont le fond seul est dédoublé.

Ces divers types anatomiques se retrouvent à l'état d'anomalie chez la femme. Notre observation signale un type à rapprocher de l'appareil génital des rongeurs.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(15 janvier 1902)

La Société s'est remise au travail; les communications abondent, voilà plusieurs discussions intéressantes sur la planche. On a commencé par liquider la petite discussion soulevée par M. Hartmann sur la **duodénostomie.** M. Terrier a rapporté une observation, non de duodénostomie, mais de jéjunostomie. Dans plusieurs observations antérieures, ayant

fait son incision et sa fixation jéjunales transversalement, il avait remarqué que l'injection des liquides nutritifs poussée à travers la sonde ne se faisait pas toujours très aisément et qu'il y avait souvent un certain reflux du liquide. Pour éviter cet inconvénient, M. Terrier, dans cette dernière observation, au lieu de pratiquer cette incision et cette fixation transversalement, les a faites verticalement, d'où introduction beaucoup plus facile des liquides et absorption sur une plus grande étendue de muqueuse intestinale. Tel est le procédé que M. Terrier a employé sur un malade cachectique, atteint d'un double cancer du pylore et du cardia qu'il a pu nourrir ainsi et même engraisser et qui a survécu une quarantaine de jours.

M. Hartmann, en résumant la petite discussion qu'il a soulevée, se déclare d'accord avec ses collègues Routier et Tuffier, sur ce point que, dans les cas de sténose par brûlures, c'est la pylorostomie qui est l'opération de choix et que la duodénostomie qu'il a proposée ne sera jamais qu'une opération d'exception, mais qui, dans certains cas, pourra rendre des services. Chaque fois qu'elle sera possible et facile, il faudra la préférer à la jéjunostomie, une bouche duodénale valant mieux pour l'alimentation qu'une bouche jéjunale.

Une nouvelle discussion vient de s'ouvrir sur les **dangers de la chloroformisation**. C'est un cas de mort par syncope cardiaque, survenue entre les mains de M. Poirier, qui en a été le point de départ. C'est le premier que M. Poirier aurait observé sur 15 ou 18000 opérations.

Il s'agissait d'un malade du service de M. Launois, dans un état de débilité extrême par suite d'un cancer de l'estomac. Il avait été endormi très prudemment par un interne du service. M. Poirier, se proposant de lui pratiquer une gastro-entérostomie, avait ouvert le ventre et s'appliquait à détacher des adhérences de la petite courbure de l'estomac à la face inférieure du foie, quand le malade se réveilla. Quelques gouttes de chloroforme furent versées sur la compresse; à ce moment, M. Poirier relevait l'épiploon et sentit que l'artère gastro-épiploïque, qu'il avait entre ses doigts, ne battait plus. Le malade était mort par arrêt brusque du cœur; respiration artificielle, tractions de la langue, trachéotomie, électrisation du phrénique, voire même massage direct du cœur à travers un effondrement fait instantanément au diaphragme, rien n'y fit. Le malade était bien mort. L'opération durait depuis vingt-cinq minutes. Le chloroforme, examiné ultérieurement, a été trouvé bon. La cause de la mort? Probablement l'état de faiblesse extrême où se trouvait ce malade.

Telle est l'observation de M. Poirier, qui va aussitôt éveiller dans les souvenirs de ses collègues d'autres observations analogues : c'est d'abord M. Delbet, qui rapporte le cas d'un malade atteint de goitre peu volumineux, qui se décide à accepter l'opération, mais qui en éprouvait un effroi terrible. On l'amène sur la table d'opération, on lui fait respirer trois gouttes de chloroforme pour lui en faire connaître simplement l'odeur; immédiatement il est pris d'une syncope cardiaque et meurt. Peut-on ici accuser le chloroforme? M. Delbet ne le croit pas et tendrait plutôt à incriminer l'anxiété comme cause de la syncope mortelle.

M. Segond a observé un cas analogue, dans lequel il n'a même pas été donné de chloroforme. C'était une jeune femme atteinte d'un petit kyste de l'ovaire; on la met dans l'ascenseur pour la monter à la salle d'opération; arrivée en haut, l'infirmier qui montait avec elle appelle; on arrive et on trouve cette femme morte. Ici, le chloroforme n'y est pour rien : c'est une syncope cardiaque par effroi.

M. Terrier, moins heureux que M. Poirier, qui en est à son premier décès, a eu à déplorer plusieurs cas de mort par le chloroforme. M. Delbet a raison de dire qu'il ne faut pas toujours incriminer le chloroforme dans les cas de mort subite. Dupuytren, bien avant le chloroforme, avait déjà rapporté un cas analogue de mort subite sur la table d'opération avant le premier coup de bistouri. M. Terrier se rappelle un malade apporté sur la table d'opération, vert de peur; on lui donne quelques gouttes de chloroforme et il meurt. Or M. Terrier ne connaît pas de poison, sauf l'acide cyanhydrique, capable de tuer ainsi. Il est certain que, dans ces cas, la mort résulte soit de l'émotion très vive ressentie par le malade, soit de son extrême faiblesse, mais non des quelques gouttes de chloroforme qu'on lui a fait inspirer.

Un autre malade est très gravement atteint d'une arthrite suppurée du genou. On lui propose l'amputation de la cuisse qu'il refuse; quarante jours après, arrivé à un degré d'extrême cachexie, il demande lui-même qu'on lui ampute la cuisse. On lui donne quelques gouttes de chloroforme; il meurt; M. Terrier ne lui a pas fait la trachéotomie, ni le massage du cœur, bien convaincu de leur parfaite inutilité. Les graves lésions pulmonaires sont bien souvent aussi la cause de ces morts subites. Un malade atteint d'un vaste phlegmon du cou est amené à la salle d'opération; on lui donne quelques gouttes de chloroforme, il meurt. Même accident subit mortel après quelques gouttes de chloroforme, chez une femme qu'on allait opérer d'un empyème. Il faut distinguer ces cas de ceux dans lesquels il s'agit de malades profondément affaiblis, dont a parlé M. Poirier. M. Terrier a toujours soin, avant d'opérer ces malades, de leur faire faire des injections de sérum afin de les remonter un peu avant l'opération. Il insiste sur cette précaution qu'il considère comme très utile.

M. Reclus rapporte deux cas de mort par chloroforme : dans un premier cas, il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse; la malade avait une grande frayeur de l'opération; elle respire quelques bouffées de chloroforme et meurt; ce fait peut être rapproché des cas de mort sans chloroforme, comme ces cas de mort subite publiés par Cazenave (de Bordeaux), par Verneuil, etc. Dans l'autre cas de M. Reclus, il s'agissait d'un kyste hydatique du foie. L'opération avait été assez longue, le malade avait absorbé pas mal de chloroforme, mais depuis un certain temps déjà il n'en respirait plus quand il succomba subitement.

M. Bazy rappelle un fait de mort subite, sans chloroforme, d'un malade que Richet, se disposait à opérer d'une tumeur de la face.

M. Quénu pense qu'il faut distinguer les cas d'accidents respiratoires des vraies syncopes cardiaques. Il est bien certain que, dans ces dernières, il ne faut pas toujours incriminer le chloroforme. On voit des gens qui ont une syncope pour respirer une rose. On comprend dès lors que quelques bouffées de chloroforme suffisent, chez certains malades, pour amener une syncope. M. Quénu pense qu'il s'agit, dans ces cas, d'une action réflexe inhibitoire. Il insiste particulièrement sur cette action réflexe, et il pense avoir quelque chance de l'éviter en faisant préalablement aux malades qui doivent être opérés et chloroformisés une injection de morphine. La région sur laquelle on opère a aussi son importance au point de vue de ces accidents.

M. Richelot fait précéder les inhalations chloroformiques

de quelques inhalations de bromure d'éthyle. Depuis qu'il emploie cette méthode, il n'a plus jamais eu d'accidents.

M. Ricard insiste sur les qualités du chloroforme employé. Ainsi, dans ces derniers temps, il a eu beaucoup d'alertes chloroformiques, il les attribue à la mauvaise qualité incontestable du chloroforme des hôpitaux.

Est-ce que l'Assistance publique ferait des économies sur le chloroforme ?

M. Michaux appuie l'observation de M. Ricard.

M. Broca a fait un rapport sur deux observations adressées par M. Albert Martin (de Rouen) : dans l'une, il s'agit d'une **fistule de l'espace pelvi-rectal** traitée avec succès par l'ouverture large et le tamponnement.

La seconde observation se rapporte à un cas de **greffe intra-péritonéale de kyste hydatique.** Il s'agissait d'un homme atteint depuis treize ans d'un kyste hydatique du foie. Il y a trois ans, à la suite d'un effort, il sentit quelque chose se rompre dans son ventre. A l'ouverture du ventre on trouva la cavité abdominale ensemencée de toute part. Le malade a bien guéri.

MM. Hartmann, Routier, Reclus et Tuffier apportent, à leur tour, des faits qui ne peuvent laisser aucun doute sur la possibilité de ces greffes dans diverses régions, cavité péritonéale, tissu cellulaire sous-cutané, paroi abdominale, vésicule biliaire, muscles du triangle de Scarpa, tissu cicatriciel, etc.

Parmi les présentations, signalons un homme qui a été atteint d'un **vaste empyème d'origine traumatique**, guéri spontanément à la suite d'une vomique ; cet homme, étant au fond d'un puits, avait reçu sur le côté une pioche. Il se fit un empyème dont les limites étaient mal déterminées ; M. Routier, qui présente ce malade, attendit. Survint une vomique qui guérit le malade.

M. Peyrot reproche à M. Routier son abstention dans ce cas.

M. Legueu présente un homme qui a été atteint de **plaie pénétrante par arme à feu** ; laparotomie presque immédiate malgré l'absence de tout symptôme, cinq perforations intestinales suturées, guérison.

M. Souligoux présente deux cas de plaies de la rate par armes à feu. Laparotomie, splénectomie chez l'une, suture et tamponnement chez l'autre, guérison.

M. Walther présente un **fibrome utérin avec un point de dégénérescence épithéliale.** Une petite discussion s'engage sur la distinction à établir entre les fibromes coïncidant avec du cancer et le sphacèle des fibromes.

Le bruit des conversations particulières qui à ce moment devient intense, malgré les objurgations réitérées de M. le président, nous a privé du plaisir d'entendre la communication de M. Walther.

M. Poirier présente une **tumeur du cerveau** enlevée le matin même.

M. Ricard montre un **calcul vésical** avec deux prolongements dont l'un sortait vers l'urètre et dont l'autre faisait saillie dans le vagin à travers une fistule vésico-vaginale : la vessie était tellement amincie que la simple introduction d'une pince pour saisir le calcul, provoqua la déchirure totale de la vessie y compris l'urètre ; réparation immédiate par le procédé de dédoublement, réunion complète par première intention.

REVUE DES THÈSES

De la gangrène gazeuse bénigne (forme atténuée et curable de la septicémie gangréneuse), par M. le docteur René de Kmabon. (Th. de Lyon, 1902.)

Sous le nom de *gangrène gazeuse bénigne*, M. Thévenot, chef de clinique de M. Poncet, a publié, dans la *Gazette des hôpitaux* (1901, n° 90, p. 869), une très intéressante observation de *gangrène gazeuse* s'étant terminée par la guérison. Dans son importante thèse, M. de Kmabon, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, a repris cette question et il est arrivé aux conclusions suivantes :

« I. Il existe une forme atténuée et curable de la gangrène gazeuse, ou septicémie gangréneuse, forme qui, en raison de la bénignité relative de son pronostic, mérite bien la dénomination de gangrène gazeuse bénigne.

Nous avons réuni dans notre travail onze observations de cette variété de gangrène gazeuse : elles se sont terminées par la guérison.

Dans trois cas, les accidents gangréneux ont été enrayés par l'amputation hâtive ; dans les huit autres, de larges incisions, de vastes débridements avec lavages et irrigations répétées, ont, non seulement arrêté les accidents généraux, mais permis la conservation du membre.

II. A. La gangrène gazeuse bénigne ne diffère pas bactériologiquement de la forme que, par opposition, nous appellerons gangrène gazeuse maligne ; elle est due au vibrion septique de Pasteur. C'est ainsi que, dans celles de nos observations où la recherche du vibrion septique a été faite, l'épreuve a été positive.

Il est cependant quelques exceptions à cette règle : dans quelques cas, la gangrène gazeuse, tout en ayant la même physionomie clinique, n'était pas due au vibrion septique, et la recherche de ce germe est restée négative. Dans ces cas on a trouvé de nombreux agents pathogènes, tels que le streptocoque, un microbe analogue à la bactéridie charbonneuse, le bacillus aerogenes, et même le bacillus coli communis.

B. A quoi est due chez nos blessés la bénignité de la gangrène gazeuse ? Deux causes peuvent être invoquées :

1° L'atténuation des agents pathogènes ;

2° Du côté du blessé, l'absence de tares et de surmenage physique, et certaines conditions inhérentes à l'individu, conditions mal connues, du reste, qui font le terrain, avec ses qualités individuelles plus ou moins grandes de résistance à l'infection.

Il semble que la bénignité du pronostic doive rarement être attribuée à une virulence moindre du vibrion septique ou des autres germes. Les conditions capables d'atténuer des espèces aussi résistantes, nous sont mal connues. Du reste, des inoculations pratiquées à des animaux avec des produits gangréneux provenant de formes dites bénignes ont entraîné les mêmes accidents et une mort aussi rapide que celles faites avec les produits de la gangrène gazeuse maligne qui s'accompagne de la mort des blessés. A notre sens, la bénignité doit donc être attribuée surtout à la résistance du sujet qui, le traitement aidant, triomphe de l'infection gangréneuse. Ici, en dehors de l'état de vigueur du blessé, l'absence des causes de déchéance organique, tels que le surmenage et les diathèses, les causes premières de cette immunité relative contre une affection le plus souvent mortelle, nous échappent. Tout au plus pourrions-nous risquer des hypothèses...

III. Il existe donc chez certains blessés une variété de gangrène gazeuse comportant un pronostic bénin par rapport à la gangrène gazeuse type, qui reste à nos yeux rapidement et fatalement mortelle. Similaires bactériologiquement, ces deux formes ont une allure clinique un peu différente. L'atténuation des symptômes, l'évolution plus lente

des processus, et, facteur important pour le diagnostic, la marche parallèle du pouls, de la respiration et de la température; enfin, un état général meilleur donnent à la gangrène gazeuse bénigne un cachet particulier, une physionomie propre.

IV. La gangrène gazeuse est une complication des plaies souvent évitable par les mesures générales d'antisepsie et d'asepsie, banales à l'heure actuelle. Quant au traitement préventif par la sérothérapie préconisée par MM. Leclainche et Morel, il nous semble applicable à l'homme dans les cas de traumatismes graves où la septicémie gangréneuse doit être particulièrement redoutée, à en juger par les expérimentations efficaces de ces auteurs. Ainsi que nous le faisons remarquer au cours de ces pages, le sérum antigangréneux donnerait chez les animaux des résultats identiques comme moyen préventif de la gangrène gazeuse à ceux que donne chez l'homme le sérum antitétanique,, traitement prophylactique, comme on sait, puissant du tétanos.

B. Au point de vue du traitement, deux procédés s'offrent au chirurgien. Suivant le siège, l'étendue, la profondeur des lésions, le sacrifice du membre peut s'imposer : nous en rapportons quelques observations. Dans d'autres cas, de grandes et multiples incisions, un drainage aussi parfait que possible, une désinfection locale active : pansements fréquemment renouvelés, grands lavages à l'eau oxygénée, etc., peuvent suffire et donner une complète guérison, comme en font foi les observations contenues dans notre travail.

Le traitement général sera celui de toutes les septicémies graves; son rôle est d'augmenter la résistance du sujet contre l'infection. »

De l'actinomycose des organes génitaux, par M. le docteur J. Henriot. (Th. de Lyon, 1902.)

L'actinomycose des organes génitaux externes et internes, soit chez l'homme, soit chez la femme, est primitive ou secondaire. La forme primitive se rencontre naturellement plus volontiers sur les organes génitaux externes, la forme secondaire sur les organes internes. M. Henriot a pu réunir dans la littérature chirurgicale 15 cas nets d'actinomycose génitale.

Sur ces 15 cas avec constatation histologique du parasite, nous comptons 4 cas chez l'homme, 11 cas chez la femme.

Dans 12 cas, les foyers génitaux paraissent secondaires à des lésions actinomycosiques primitives de l'intestin.

Les actinomycoses primitives se répartissent ainsi : 2 cas chez l'homme, 1 cas chez la femme; les actinomycoses secondaires : 2 cas chez l'homme, 10 cas chez la femme.

Il s'agit, la plupart du temps, chez cette dernière, de paramétrite; nous comptons néanmoins 4 cas de salpingo-ovarite due au champignon rayonné.

Dans la forme génito-interne, le diagnostic ne peut être établi qu'à une période plus ou moins éloignée du début, soit après une suppuration avec fistules, soit au moment de l'opération, soit même à l'autopsie.

Le pronostic varie suivant les organes atteints, leur siège, leur profondeur; bénin dans les formes génitales externes, il est particulièrement grave dans les formes internes.

L'auteur compte, en effet, sur 10 femmes atteintes d'actinomycose interne, 8 morts et 2 résultats éloignés avec gros point d'interrogation, car les malades ont quitté l'hôpital avant guérison, l'une avec des abcès fistuleux, et ont été perdues de vue dans ces conditions.

Le traitement est celui de toutes les actinomycoses : iodure à l'intérieur, large incision, drainage, pansement à plat, etc. Il aura naturellement d'autant plus de chance d'être utile qu'il aura été institué à une date plus rapprochée du début (A. Poncet).

Intoxication aiguë par les vapeurs nitreuses, par M. le docteur Joseph Montagné. (Th. de Paris, 1901.)

L'intoxication aiguë par les vapeurs nitreuses, toujours accidentelle, n'est pas relativement rare, mais le plus souvent mortelle.

Le peroxyde d'azote en vapeur agit : 1° en irritant fortement les bronches et les petits vaisseaux pulmonaires et en produisant des foyers apoplectiques; 2° en altérant le sang qu'il brunit. C'est vraisemblablement une intoxication hématique.

Le traitement, impuissant presque toujours, se réduit, pour combattre l'angine pharyngienne, la bronchite, la pneumonie, à l'application de ventouses, à l'inhalation d'oxygène, à l'administration de lotions émollientes, de gargarismes adoucissants.

Les circonstances dans lesquelles se produisent ces accidents sont tellement particulières qu'elles suffisent généralement pour faire le diagnostic. Si, cependant, il restait des doutes, l'autopsie pourrait donner des renseignements précieux. On utiliserait les réactions usitées pour la recherche de l'acide azotique.

Essai anatomo-pathologique sur l'étude du lobe fronta en dehors de la région motrice, par M. le docteur François Lépinay, médecin à Eguzon (Indre). [Th. de Paris, 1901.]

On se souvient de la communication faite à l'Académie de médecine le 22 octobre par le professeur Dieulafoy, sur une gomme syphilitique du lobe frontal, avec attaque d'épilepsie jacksonienne. Cette communication, qui portait atteinte à la doctrine des localisations cérébrales, souleva une intéressante discussion que nos lecteurs n'ont pas oubliée.

Dans la thèse très documentée qu'il avait déposée à la Faculté de Paris, quelques jours auparavant, le 8 octobre, M. Lépinay signale un cas analogue au point de vue de la topographie de la lésion. Il s'agissait aussi d'un cas d'hémiplégie survenant sans lésions de la zone rolandique et de la capsule interne.

De l'étude de ce cas, bien difficile à interpréter, et d'un certain nombre d'autres qu'il a pu réunir dans son intéressante thèse, M. Lépinay tire les conclusions suivantes :

I. L'étude des lésions du lobe frontal ne peut tirer que peu de profit des constatations de la médecine expérimentale.

II. Les lésions du lobe frontal les plus propres à nous éclairer sur les fonctions de cette partie de l'encéphale sont les agénésies, les atrophies, les lésions traumatiques et les ramollissements étendus.

III. Les troubles de la sensibilité semblent n'avoir jamais été signalés dans les lésions du lobe préfrontal. Les circonvolutions situées en avant de la frontale ascendante, nous intéressent seules.

IV. Les centres moteurs que les expérimentateurs ont trouvés chez les animaux (tête, nuque, tronc) ne semblent pas intéressés dans les observations que nous avons trouvées.

Les phénomènes convulsifs sont surtout fréquents dans les cas de tumeur. Mais il n'existe aucun symptôme moteur permettant la localisation d'une lésion dans la région préfrontale.

Le diagnostic des tumeurs de la région orbitaire repose sur la coïncidence de l'hémicécité croisée (Hirschberg) avec des troubles de l'olfaction.

V. Les troubles mentaux ont été notés dans les différentes variétés de lésions du lobe frontal mais ils sont inconstants et variables.

La moria n'est point spéciale aux lésions localisées à cette région.

L'affaiblissement intellectuel, la stupeur, la mélancolie, la manie peuvent également être observés.

VI. Il n'y a donc pas de syndromes propres aux lésions préfrontales et le diagnostic ne peut être fait avec certitude que dans les lésions traumatiques qui guérissent généralement sans laisser de tares ni physiques ni psychiques.

FORMULAIRE

Pommade de Guyon.

M. le professeur Guyon emploie, pour lubréfier les instruments et les sondes urétrales, une pommade très glissante, qui a en outre l'avantage d'être antiseptique sans être irritante.

En voici la formule d'après le *Bulletin des sciences pharmacologiques* :

Sublimé	0g02	centigr.
Eau	25	grammes.
Poudre de savon	50	—
Glycérine	25	—

Cette pommade, ne contenant aucun corps gras, pourrait servir, au même titre que le glycérolé d'amidon, de véhicule aux substances qui, comme l'orthoforme, contre-indiquent l'emploi des graisses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles de médecine. — *Rouen.* — Le concours pour une place de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'est terminé par la nomination de M. Longuet, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies, en argent, est décernée à MM. les docteurs Reynaud et Chevallet, médecins à Saint-Étienne, pour le dévouement dont ils ont fait preuve au cours d'une grave épidémie de diphtérie.

Société française de dermatologie et de syphiligraphie. — *Prix Zambaco.* — Le prix Zambaco sera décerné, dans l'Assemblée générale de 1903, à l'auteur du meilleur travail sur la dermatologie, la syphiligraphie ou la vénéréologie.

Le sujet en est laissé au libre choix de chaque concurrent.

La valeur du prix à décerner en 1903 sera de 800 francs.

Les travaux envoyés au concours devront être inédits et rédigés en langue française. Les noms des auteurs ne devront être connus qu'après la désignation, par le jury d'examen, du travail couronné; les mémoires ne doivent pas être écrits de la main de l'auteur, mais doivent être transcrits, copiés, écrits à la machine ou imprimés. Ils porteront une épigraphe apparente, répétée sur une enveloppe cachetée qui contiendra le nom de l'auteur; la suscription de cette enveloppe devra, également, ne pas être de la main de l'auteur. Les mémoires seront adressés franco de port, sous pli recommandé, avant le 30 novembre 1902, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Hallopeau, 91, boulevard Malesherbes, à Paris.

Société française d'hygiène. — Dans sa séance générale, la Société française d'hygiène a procédé au renouvellement de son bureau. Ont été élus pour 1902 : Président : M. le docteur Ladreit de Lacharrière; vice-présidents : MM. Fichet, docteur F. Brémond, docteur Degoix, docteur Foveau de Courmelles, docteur Moreau de Tours, A. Féret; secrétaire général : M. A. Joltrain; secrétaires : MM. le docteur D. Blayac, Rouxel, H. Goudal, docteur A. Charlier, J. Bruhat, docteur O'Followell; trésorier : M. J. Landau; chef du laboratoire : M. Ferdinand Jean.

Dans la même séance, la Société, considérant que les plantations d'arbres sont un puissant moyen d'assainissement des villes, a formulé un vœu unanime contre le projet du Conseil municipal d'imposer d'une taxe nouvelle les parcs et jardins dans Paris.

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la deuxième semaine,** 955 décès au lieu de 946 pendant la première semaine et au lieu de la moyenne 1023. L'état sanitaire continue donc à être satisfaisant. Les maladies de l'appareil respiratoire continuent à être rares.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de 4 pendant la précédente semaine (la moyenne est 6); mais le nombre des cas nouveaux a sensiblement diminué (17 au lieu de 42, 36, 51, 45, 50).

La variole a causé 6 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (la moyenne est 2), en même temps que le nombre des cas nouveaux reste à peu près le même (42, au lieu de 33, 34 et 43).

La rougeole a causé 12 décès au lieu de 8 pendant la semaine précédente et de la moyenne 9; la scarlatine 2, chiffre identique à la moyenne), au lieu de 3 pendant la dernière semaine; la coqueluche 14, au lieu de 8 pendant la première semaine de 1902 et de la moyenne 6; cette augmentation est due tout entière aux arrondissements de Montmartre, Buttes-Chaumont et Ménilmontant; sur les 14 décès mentionnés, ces trois arrondissements en ont 10; la semaine précédente ils en comptaient 5 (et tout le reste de Paris, 3 seulement).

La diphtérie a fait 15 victimes, comme la semaine dernière (la moyenne est 8); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins a diminué de nouveau (116, au lieu de 139, 129, 134 et 155.) Le nombre des diphtériques entrés dans les hôpitaux est également en diminution (63 au lieu de 89).

La diarrhée infantile a causé 24 décès de 0 à 1 an, au lieu de 29 pendant la semaine précédente et de la moyenne 26. En outre, 37 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies des organes de la respiration ont causé 171 décès, au lieu de 176 pendant la semaine précédente et au lieu de 232, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 17 décès (au lieu de la moyenne 23); bronchite chronique, 24 (au lieu de la moyenne 33); pneumonie, 33 (au lieu de la moyenne 55); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 97 (au lieu de la moyenne 121), dont 2 sont dus à la congestion pulmonaire et 56 à la broncho-pneumonie. En outre, 5 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 183 décès; la méningite tuberculeuse, 20 décès; la méningite simple, 16; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 13 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 42 décès; les maladies organiques du cœur, 50; le cancer a fait périr 52 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 13 décès; la cirrhose du foie, 16; la néphrite, 35; enfin, 42 vieillards sont morts de débilité sénile.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Trains extra rapides entre Paris et Menton.* — La Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée met en marche tous les jours, depuis le 4 janvier, entre Paris et Menton, deux trains extra-rapides comportant des places de wagons-lits (sleeping-cars), de lits-salons et de 1re classe, et partant, l'un de Paris, à 7 h. 25 soir, et l'autre, de Menton, à 7 h. 7 soir.

Trajet de Paris à Cannes en 14 h. 31.
Trajet de Paris à Nice en 15 h. 9.

Ces trains ont un nombre de places limité.

On peut retenir ses places d'avance, aussi bien en 1re classe qu'en compartiment de luxe, en s'adressant à la gare de Paris-Lyon et aux bureaux de ville de Paris, rue Saint-Lazare et rue Sainte-Anne, à l'aller; aux gares de Menton, Monte-Carlo, Nice, Cannes et Toulon, au retour.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 8. — MARDI 21 JANVIER 1902. 75e ANNÉE. MARDI 21 JANVIER 1902. — N° 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

AMPUTATION PRÉSCAPHOIDIENNE ET TRANSCUBOIDIENNE

Par M. H. MORESTIN, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Du pied, comme de la main, il faut sacrifier le moins possible. Pour n'être point inutiles, douloureux, gênants, les moignons doivent être, ici plus que partout ailleurs, établis avec soin et pourvus de téguments souples, bien défendus contre les pressions anormales et dangereuses pour leur vitalité par la conservation des muscles, des tissus fibreux, du pannicule sous-cutané, ne portant comme trace des incisions qu'une cicatrice minima et reportée du côté dorsal, ou tout au moins à l'extrémité. Ils doivent en outre conserver leur mobilité, c'est-à-dire des articulations intactes et des muscles pour leur imprimer dans la mesure voulue les déplacements susceptibles d'aider à la progression régulière. En un mot, les amputations partielles du pied pour être bonnes doivent laisser des moignons irréprochables.

En tenant compte de cette nécessité, on ne saurait se montrer trop parcimonieux. La station et la marche seront d'autant meilleures que l'on aura été plus conservateur à l'endroit de l'organe mutilé. Ces recommandations sont à la vérité classiques. Pourtant comme il s'agit d'opérations rarement pratiquées, les faits sont peu nombreux qui permettent de juger la valeur exacte des résultats, et il n'est pas excessif de dire que pour les amputations où la section porte entre les interlignes de Lisfranc et de Chopart, l'opinion de chacun est souvent formée d'après des présomptions plutôt que par des cas personnels. Ces opérations transtarsiennes me paraissent excellentes, bien supérieures à la désarticulation toujours contestée de Chopart, et doivent lui être préférées quand l'état des parties molles ou le degré des lésions ne l'exigent pas absolument. Plus la section sera reportée en avant, meilleur et plus parfait le résultat, pourvu que soient réalisées, bien entendu, les conditions diverses que doit réunir un moignon tour à tour point d'appui et levier.

Les meilleurs arguments théoriques que l'on puisse produire en faveur de cette manière de voir ne valent pas à coup sûr une observation probante. C'est pourquoi je demande à relater ici celle du jeune C..., auquel j'ai fait, le 28 décembre 1900, une amputation anté-scaphoïdienne et transcuboïdienne. Un an écoulé est un délai suffisant pour que l'on puisse apprécier sans erreur l'état fonctionnel du pied opéré. Il est superflu d'insister sur l'importance de ce facteur; le temps apporte dans l'architecture du moignon des modifications qui peuvent rendre médiocre un résultat primitivement satisfaisant : un certain recul est donc indispensable pour juger de la valeur réelle de ces interventions.

L'amputation préscaphoïdienne a été nécessitée chez ce sujet par un traumatisme grave, un écrasement de l'avant-pied par une roue de tramway. L'accident survint le 19 décembre 1900, et le blessé, Félix C..., âgé de douze ans, fut admis le jour même à l'hôpital Saint-Louis, isolement n° 24, dans le service de M. Richelot.

Le pied droit était dans un état lamentable. Le lourd véhicule passant sur les orteils et les métatarsiens les avait réduits en fragments informes et mêlés aux débris de la chaussure et de la chaussette. On eut quelque peine à les séparer et de nombreux débris de tissus y restèrent attachés. Les orteils avaient été complètement séparés ou ne tenaient plus que par des lambeaux déchiquetés. Ils semblaient passés au laminoir, les ongles étaient arrachés et les phalanges brisées en une multitude de petites esquilles. La région du métatarse, pour être incomplètement détruite, n'en était pas moins affreusement bouleversée. Les métatarsiens étaient fracturés en plusieurs endroits, et pour la plupart arrachés de leurs connexions avec les os du tarse. On les voyait à nu, la peau dorsale ayant cédé au niveau de leur base selon une ligne très irrégulièrement festonnée et s'était rétractée au delà de l'interligne de Lisfranc. Les chairs de la plante, plus résistantes, étaient pourtant fissurées et crevées en divers points, surtout au niveau des têtes métatarsiennes. C'était en somme, sous une forme très complète, les dégâts que peuvent réaliser sur une extrémité les grands écrasements. Le petit blessé relevé sans connaissance était dans un état d'abattement profond et de choc comme il arrive fréquemment après les blessures de ce genre. Il avait perdu une notable quantité de sang. Des injections de sérum, de caféine, l'aidèrent à se remonter, et l'on mit en usage tout ce qu'on fait en pareille occurrence pour prévenir les accidents et attendre que la nature ayant séparé le mort du vif et limité elle-même le sacrifice, on puisse se borner à un acte de régularisation. La plaie fut donc longuement baignée dans l'eau chaude, lavée soigneusement,

débarrassée des effilochures de peau et de muscles, des corps étrangers, imbibée d'eau phéniquée, bourrée dans toutes ses anfractuosités de gaze aseptique ou iodoformée, et finalement entourée d'une épaisse couche de coton. Ces précautions restèrent insuffisantes. La plaie infectée devint le siège d'une suppuration abondante. Ses bords se tuméfièrent, doublant le volume normal de la région. Le malade eut de la fièvre, fut tourmenté par de vives douleurs que réveillait tout changement d'attitude du membre blessé et offrit bientôt le facies d'un sujet en proie à la septicémie. Les bains de sublimé et les pansements n'ayant pas modifié cette situation, il fallut renoncer à notre projet d'amputation retardée, opérer d'une façon sinon immédiate, du moins précoce. Fort heureusement d'ailleurs l'inflammation ne s'étendait pas très au delà de la plaie et n'avait guère tendance à la diffusion. Le péril était dans l'état anfractueux et complexe du foyer où stagnaient les matières septiques, en dépit des efforts tentés pour en obtenir la détersion.

Le 28 décembre, j'intervins de la manière suivante : Deux lambeaux furent taillés, l'un dorsal, l'autre plantaire, comprenant non pas des téguments exclusivement sains, car alors j'aurais été conduit à supprimer le pied presque complètement, mais tout ce qui ne semblait pas radicalement mauvais, mortifié, compromis, non viable ou infiltré par le pus. L'incision dorsale vint par le sommet de sa courbe passer sur le dos des cunéiformes, suivant en dehors le quart externe de l'interligne de Lisfranc. L'inférieure passa transversalement à un travers de doigt au-devant de cet interligne. Je disséquai ces deux lambeaux, évitant de pénétrer dans le foyer infecté avec le couteau ou d'y toucher avec les doigts. Quand j'eus mis à découvert l'interligne scapho-cunéen, il me parut que les lambeaux seraient suffisants pour couvrir une tranche de section pratiquée à ce niveau. Nous étions là en tissus d'apparence saine. J'ouvris donc l'articulation scapho-cunéenne et d'un trait de scie divisai le cuboïde à la même hauteur. Les deux lambeaux s'adaptaient assez bien. J'aurais souhaité l'inférieur plus long pour reporter la cicatrice plus loin encore du côté dorsal, mais enfin les tissus étaient en quantité suffisante.

En enlevant le scaphoïde et la moitié postérieure du cuboïde, je me serais mis plus complètement à l'aise, mais je préférais ne pas faire un Chopart et m'en tins là. Quelques rares points de suture rapprochèrent les lambeaux entre lesquels furent interposés deux gros drains.

Une amélioration très franche dans l'état général suivit immédiatement l'opération, le jeune C... cessa d'avoir de la fièvre, reprit bien vite de l'appétit et un facies rassurant. Localement les suites furent très simples. Nous ne pouvions guère espérer une réunion immédiate et les sutures, peu nombreuses à dessein, avaient seulement pour but de maintenir les lambeaux en bonne attitude. Mais tout se passa très bien, la plaie simplifiée, bien drainée, guérit rapidement, presque sans suppuration, si bien que vers la fin de janvier tout était terminé, et que le malade, guéri, marchait depuis plusieurs jours déjà, quand il quitta l'hôpital le 10 février. Le moulage, que reproduisent les figures 1, 2, 3, a été pris avant son départ, par M. Baretta. Il représente donc le résultat immédiat post-opératoire.

Le sujet s'appuyait déjà sur ce moignon indolent et solide et marchait sans peine, mais en boitant et à condition d'aller doucement. Depuis il a été suivi avec sollicitude et revu fréquemment. On lui a fait faire d'abord une bottine spéciale, dans laquelle le moignon reposait sur une semelle inclinée légèrement d'avant en arrière. Puis il s'est servi d'une bottine ordinaire dont la partie antérieure est bourrée de vieux linge, d'étoupe, ou de coton, qu'une lame de cuir mince sépare du moignon.



Fig. 1.



Fig. 2.

C... a beaucoup grandi depuis l'opération, il est en pleine croissance le pied mutilé s'est développé dans la même proportion que les parties correspondantes du pied gauche.

Il a augmenté en longueur, largeur et hauteur. Il offre encore quelques changements d'aspect, conséquence naturelle de son adaptation aux besoins de la marche. Le moignon s'est aplati, son extrémité antérieure s'est abaissée pour prendre contact ferme avec le sol. Il s'est étalé et paraît à la fois plus large et plus mince. La cicatrice est linéaire, mais sa courbe n'est pas régulière; elle remonte en dehors complètement sur la face dorsale, en dedans elle s'est abaissée et actuellement est transversale et au bout du moignon, ainsi que l'indique la fig. 4.

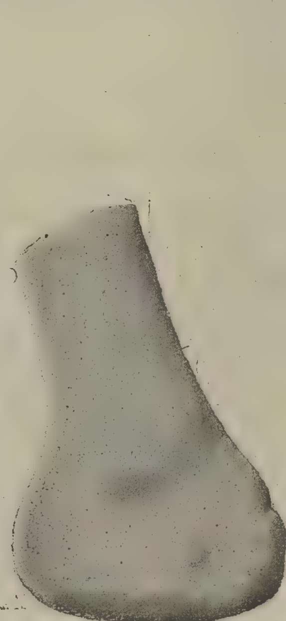


Fig. 3.



Fig. 4.

Il ne reste plus rien du creux qui répond à la voûte plantaire. Cette concavité s'est effacée et la partie restante de la plante est plate et appuie complètement sur le sol (fig. 5) dans la station verticale. Il n'y a aucune tendance au varus

ou au valgus (fig. 5 et 6). En aucun point la peau n'est altérée, il n'existe ni durillon, ni bourse séreuse anormale.

Tous les tissus sont souples; les articulations du tarse postérieur sont demeurées mobiles et tous leurs mouvements ont conservé leur amplitude.

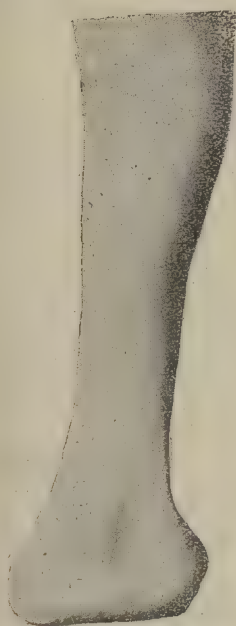


Fig. 5.



Fig. 6.

Les radiographies (fig. 7 et 9) montrent l'étendue de ceux de flexion et d'extension, dont il est le plus facile de donner une expression par l'image. Mais le moignon exécute aussi, comme le ferait le pied entier, les mouvements d'abduction, d'adduction, de circumduction.



Fig. 7.

Il les exécute avec force et précision. Aussi la marche est-elle très facile et si régulière que les personnes non prévenues ne soupçonnent en rien que cet enfant a pu avoir quelque chose à un de ses membres inférieurs. Il y a une légère nuance dans la façon dont il appuie avec le pied droit et le pied gauche, l'effort étant pour ainsi dire plus



Fig 8.

sensible, plus visible pour le côté droit. Mais cette différence échappe aisément, ou quand on s'en aperçoit est mise sur



Fig 9.

le compte d'une cause insignifiante quelconque. L'enfant marche toute la journée sans fatigue, sans jamais souffrir dans son moignon. Il peut courir. Nous l'avons vu monter

et descendre quatre étages, sans hésitation, régulièrement, avec aisance, comme tout garçon de son âge. On ne voit guère ce qui pourrait maintenant troubler le fonctionnement de ce moignon, qui offre toute garantie pour l'avenir, attendu qu'il semble arrivé à sa période d'organisation stable.

La radiographie (fig. 8) montre que les remaniements prévus dans les rapports des pièces squelettiques se sont produits. Il était nécessaire que le scaphoïde et la tête de l'astragale fussent abaissés pour fournir un point d'appui antérieur, et partant que le calcanéum subît un léger changement d'inclinaison. Ceci étant acquis, les muscles ayant repris leur action, les articles conservé toute leur souplesse, il n'y a pas lieu de craindre qu'il se produise plus tard un « renversement » aboutissant à l'attitude fréquemment notée après les opérations de Chopart, le talon quittant le sol et l'opéré marchant sur le bout du moignon. La jambe est plus grêle que celle du côté opposé, ce qui tient à la diminution fonctionnelle des muscles qui autrefois allaient au delà du point où a porté la section.

Dans ce cas, les lambeaux ont été tracés d'abord, sans autre préoccupation que de garder toutes les parties molles utilisables, en assurant de mon mieux leur vitalité et en songeant surtout au rôle que devait jouer plus tard le lambeau plantaire.

Ces lambeaux n'ont été nullement calculés d'après le niveau où devait porter la section squelettique, — comme on le fait toujours dans les exercices opératoires et quelquefois sur le vivant. C'est l'état des parties molles qui doivent déterminer presque toujours, dans ces cas d'amputation traumatique, l'étendue du sacrifice osseux. Chez ce garçon, j'ai donc taillé des lambeaux, sachant bien à peu près où le tarse serait coupé transversalement; mais, voulant fixer exactement ce point seulement après préparation des chairs, pour ne retrancher que le strict nécessaire.

J'aurais pu, ayant ouvert l'interligne cunéo-scaphoïdien, terminer l'opération en pénétrant de là dans l'articulation calcanéo-cuboïdienne et en extirpant le cuboïde. Obéissant aux mêmes mobiles d'économie du squelette, j'ai préféré le scier. On ne saurait trop s'exercer sur le sujet mort aux diverses désarticulations partielles du pied, et en particulier à celles du tarse. Entre le Lisfranc et le Chopart, on peut faire, en particulier, des désarticulations intéressantes et variées, en adoptant les interlignes peu compliqués, en somme, des os du tarse. Les élèves font souvent de ces variantes involontaires en répétant le Chopart et l'on cite beaucoup de chirurgiens qui voulant pratiquer la désarticulation médio-tarsienne, ont laissé le scaphoïde, erreur qui était d'ailleurs au bénéfice de l'opéré.

Il nous semble qu'aucune de ces interventions ne doit être faite de parti pris sur le vivant, mais qu'à l'occasion, chacune d'elles peut être utilisée.

Cependant, à notre avis, il vaut mieux, quand on agit sur le vivant, traiter le tarse antérieur comme s'il s'agissait d'un os unique et négliger complètement les interlignes, à moins que l'un d'eux ne réponde en partie, comme chez notre sujet, au plan de la section que l'on veut pratiquer. Mais il n'y a aucunement lieu de les rechercher, de reculer ou d'avancer la section d'un millimètre pour passer dans une interligne.

On remarquera que des lambeaux bien moins étendus, qu'on est accoutumé à les tailler sur le cadavre, sont suffisants pour ces opérations.

C'est un reste de la chirurgie ancienne où il fallait que les lambeaux fussent primitivement beaucoup trop longs, pour n'être pas trop courts, après une réunion lente et traversée à l'ordinaire par une foule d'accidents. Actuellement, il suffit de leur donner la mesure des surfaces qu'ils doivent couvrir, et si l'on obtient une cicatrisation rapide, le résultat est bon, si les tissus employés sont toutefois convenablement choisis.

Ces considérations ne sont pas superflues. Chez ce petit malade, on avait cru tout d'abord ne pouvoir faire autrement que de pratiquer le Chopart.

Or, la section a eu lieu un bon centimètre au-devant de cet interligne, différence importante pour le pied d'un enfant de cet âge.

Laisser le scaphoïde et un morceau du cuboïde, c'est changer les conditions du moignon, limiter le renversement ou tout au moins l'abaissement du calcanéum et de l'astragale, fournir un point d'appui meilleur et plus large pour la station, un levier plus long et plus puissant pour la marche, qui de ce fait devient plus facile. Il est bien vrai qu'on a exagéré les inconvénients du Chopart, et que, du moins à l'époque actuelle, il peut fournir de bons moignons. Mais, si parfait qu'on suppose le résultat, il sera, nous n'en doutons point, inférieur à celui que donne une amputation plus antérieure. Notre opéré court, monte et descend les escaliers, il peut faire quitter le sol à son talon et s'élever sur le bout du moignon, et se sert d'une bottine ordinaire qu'il approprie lui-même à son usage.

Laisser le scaphoïde, c'est garder l'insertion du jambier postérieur. Son tendon est un soutien efficace pour la tête de l'astragale, dont, restant en place, il prévient, dans une grande mesure, le déplacement en dedans et en bas.

La partie postérieure du cuboïde, c'est l'insertion du très fort ligament calcanéo-cuboïdien inférieur, qui transmet efficacement au bout du moignon les efforts du soléaire et des jumeaux.

Je n'ai pas suturé les tendons fléchisseurs aux tendons extenseurs. C'est une précaution recommandée d'un façon générale, mais peut-être un peu théoriquement. C'est là, en effet, une manœuvre assez compliquée, qui allonge notablement l'opération. L'expérience montre, en outre, que ces tendons se fixent secondairement, assez près du point de section, pour conserver une action efficace.

Pour notre malade, cette suture était inopportune dans une plaie si voisine d'un foyer infecté, infectée elle-même, à vrai dire, et exigeant avant tout un large et libre drainage.

Ce cas montre, en définitive, le parti que l'on peut tirer des amputations atypiques du pied.

Familiarisé avec les désarticulations classiques, on n'aura nulle peine à improviser des opérations intermédiaires appropriées aux circonstances.

Dans ces amputations portent snr le tarse antérieur, on doit, à notre sens, traiter le massif tarsien comme s'il s'agissait d'une pièce osseuse unique, sans souci des interlignes d'importance secondaire, et souvent détermine, le point de section d'après l'état des parties molles, et ne le fixer exactement qu'après préparation de celles-ci.

Toutes choses égales d'ailleurs, le résultat sera d'autant supérieur à celui de l'opération de Chopart, que la section sera plus loin en avant de l'articulation médio-tarsienne.

Pour notre malade, il faut, en dernier lieu, tenir compte de son âge. C'est un enfant. Ses os, ses articulations, ses muscles ont une faculté d'adaptation qui ne se trouve plus

chez l'adulte, et qui a contribué, sans doute, chez lui, dans une certaine mesure, à la perfection fonctionnelle de son moignon.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

DU 17 JANVIER 1902

MM. Triboulet et Lippmann présentent un malade atteint de **poliomyélite antérieure aiguë.** Il s'agit d'un jeune homme de quatorze ans et demi qui entra le 4 octobre à l'hôpital Lariboisière, service du docteur Duguet, avec une paralysie complète du bras droit. Le lendemain de son entrée, le bras gauche est frappé d'impotence dans son entier. Le 6 octobre, la paralysie se cantonne au segment supérieur seulement, laissant la main et l'avant-bras gauche recouvrer presque leur intégrité. En l'absence de toute tare héréditaire, vu le peu d'efficacité du traitement spécifique d'une part; d'autre part, étant donné la brusquerie d'apparition de la paralysie sans aucun anamnestique ni infectieux, ni toxique, ni traumatique, le diagnostic hésite entre la polynévrite et la poliomyélite antérieure aiguë. La température élevée du malade à l'entrée, la céphalalgie violente et les vomissements qui précédèrent l'apparition de la paralysie, l'absence de tout phénomène sensitif, la marche de la paralysie atteignant d'emblée de vastes territoires organiques, le retrait brusque de cette paralysie de tout un segment de membre, la réaction de dégénérescence précoce, tous ces caractères ressortent plutôt de la paralysie spinale. La ponction lombaire, pratiquée à deux reprises, décela chaque fois une mononucléation plus nette dans le liquide céphalo-rachidien, confirmant ainsi une altération médullaire d'un diagnostic différentiel clinique toujours si malaisé.

M. Nageotte en son nom et en celui de M. Jamet lit une note sur le **cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans 45 cas d'affections mentales et nerveuses** (**épilepsies, vésanies, paralysies générales, lésions en foyer**).

Sur 36 épileptiques de formes diverses, 35 avaient un liquide normal, un seul une lymphocytose abondante, ce dernier malade présentait les signes d'une affection organique qui n'a pu être déterminée.

Un paramusique aigu, un maniaque, un persécuté hypocondriaque ont présenté un liquide normal.

Sur 5 paralytiques généraux un seul n'avait pas de lymphocytose, encore s'agit-il d'un cas discutable, puisque l'affection est arrêtée depuis cinq ans et qu'il ne reste qu'un peu d'affaissement intellectuel, et on peut être classé à volonté dans le cadre des artérites syphilitiques ou de la paralysie générale fruste.

Enfin un hémiplégique ayant un ramollissement cérébral étendu datant de deux mois présentait une très légère augmentation du nombre de ses lymphocytes.

C'est un fait démontré par l'expérience que, au cours d'une infection, toute détérioration même minime de nos tissus peut devenir le lieu où se fixeront les microbes que charrie le liquide sanguin. Une observation rapportée par MM. Widal et L. Le Sourd vient à l'appui de ce fait et l'affirme d'une façon aussi nette qu'une épreuve de laboratoire. Il s'agit d'une jeune fille de vingt-quatre ans, chez laquelle on a vu se développer, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde de longue durée, **un abcès et trois infiltrations huileuses** exactement au niveau des points où avaient été pratiquées des injections sous-cutanées médicamenteuses. Le liquide avait tout à fait l'aspect, la consistance et les caractères chimiques de l'huile. Dans le pus des abcès et dans le liquide des infiltrations huileuses, les auteurs ont pu isoler le bacille typhique. On peut rapprocher ce fait de ceux antérieurement publiés, dans lesquels on a constaté des abcès à pneumocoques au niveau d'injections sous-cutanées pratiquées chez les pneumoniques.

MM. Launois, Camus et Pagniez apportent un mémoire sur les **substances hémolysantes dans leurs applications à la clinique.** Il y a dans ce mémoire toute une partie théorique fort importante et délicate qui mérite d'être étudiée avec quelques détails. Nos lecteurs nous sauront gré d'y revenir un peu longuement la semaine prochaine.

MÉDECINE PRATIQUE

Les diverses méthodes de traitement du paludisme,

D'après le docteur LEMANSKI (1).

Le traitement du paludisme, tel qu'il est actuellement compris par la majorité des médecins, repose sur l'emploi de la médication quinique. Mais les auteurs sont encore loin de s'entendre sur la meilleure façon d'administrer la quinine. La méthode romaine, ou de Torti consiste à donner le sulfate de quinine au moment de l'accès pour combattre le suivant; la méthode anglaise, ou de Sydenham, préconise surtout l'emploi de la quinine immédiatement après l'accès, en fractionnant les doses d'un accès à l'autre; en France, enfin, le procédé le plus communément suivi est la dose massive trois heures avant l'accès.

Chacune de ces différentes méthodes a été critiqué par Gubler dans ses *Commentaires de thérapeutique.* A la méthode romaine il reproche de donner lieu au rejet de la poudre par le vomissement, de ne pas donner au principe fébrifuge le temps d'être absorbé et, conséquemment, de permettre à l'accès de se dérouler librement. La méthode anglaise, en éparpillant trop la masse de substance active, la prive d'une grande partie de sa puissance; quant à la méthode française, elle présente le grave inconvénient d'interposer un délai très long entre la médication et l'accès et de laisser ainsi le champ libre au retour de la fièvre.

Ces trois méthodes sont, de plus, passibles d'une objection sérieuse; elles ne tiennent pas assez compte des données physiologiques et pharmacodynamiques de la quinine. En particulier, l'élimination de la quinine étant assez rapide, il faut renouveler environ toutes les six heures les doses du médicament (Gubler) si l'on veut maintenir l'organisme sous l'action bienfaisante du médicament.

D'où la méthode préconisée par M. Huchard. Dans le type quotidien, administrer la quinine huit heures avant le frisson, c'est-à-dire immédiatement après l'accès qui vient de finir. Dans le type tierce, donner la quinine douze heures avant le frisson; enfin, dans le type quarte, dix-huit heures avant le frisson. M. Huchard indique quelques formules de choix :

Sulfate de quinine	soixante centigrammes.
Eau distillée additionnée de café noir non sucré.	125 grammes.

à prendre par cuillerées à soupe, ou encore :

Sulfate de quinine.	soixante-quinze centigrammes.
Acide tannique...	dix centigrammes.
Acide sulfurique..	II gouttes.
Sirop de coings..	40 grammes.
Eau distillée.....	100 —

à prendre par cuillerées à soupe.

(1) *Bull. de l'Hôpital civil français de Tunis*, 25 nov. 1900.

Pour M. Lancereaux, la quinine est un merveilleux médicament à condition de l'employer à doses massives. Ce qui importe surtout, c'est de ne pas fractionner les doses. « Donnez un gramme, deux grammes et plus, si l'accès est pernicieux, et, quelle que soit la dose faite, la prendre en une seule ou en deux fois, après un intervalle de temps très court, le matin ou le soir. » Il faut maintenir l'emploi des sels de quinine quelque temps encore (dix à quinze jours) après la disparition des manifestations fébriles. M. Lancereaux insiste enfin sur l'inutilité de la médication quinique en dehors des manifestations absolument morbides de la malaria. « L'indication de la quinine n'existe pas en dehors de la manifestation morbide. Les sels de quinine sont indiqués toutes les fois qu'il s'agit de combattre les accidents fluxionnaires de la première phase du paludisme; par contre, leur efficacité est nulle contre les désordres matériels de la seconde période de cette maladie; ils n'influencent nullement les lésions scléreuses du foie, de la rate ou des poumons. A ces dernières s'adresse plus spécialement l'iodure de potassium. »

Pour obvier aux accidents qui ne relèvent pas de la médication quinique, Lancereaux préconise avec juste raison l'arsenic et l'hydrothérapie.

Les médecins qui exercent depuis longtemps dans les colonies administrent systématiquement le sulfate de quinine à la dose d'un gramme à un gramme et demi par jour, par dose de cinquante à soixante centigrammes de préférence dans l'intervalle des repas, en ayant soin de faire suivre l'absorption du médicament de l'ingestion d'un aliment quelconque, de sorte que le médicament ne tombe pas dans un estomac à l'état de vacuité. D'ailleurs, en cas de difficulté d'absorption, la voie stomacale est remplacée par la voie hypodermique ou la voie rectale.

Ce mode d'administration ne peut amener aucune intoxication; il détermine rapidement la chute de la température. Pour prévenir le retour de l'accès, il faut continuer l'emploi du sulfate de quinine à la dose quotidienne de 30 centigrammes.

En France, on paraît être actuellement d'accord sur le moment opportun où l'on doit faire absorber le médicament, mais les avis sont encore partagés relativement aux modes d'administration de la quinine et au choix du sel le plus actif. Pour M. Dujardin-Beaumetz le chlorhydrate de quinine représente un progrès incontestable sur le sulfate : le bromhydrate serait peut être moins irritant pour l'estomac. D'après les recherches d'Yvon, de Beurmann, Regnault et Villejan, le chlorhydrate de quinine est le sel le plus actif et doit être employé de préférence quand le médecin a en vue une action prompte et énergique. Le bromydrate est plus sédatif, le salicylate plus antiseptique, le lactate convient aux cas de paludisme compliqués de diarrhée, le valérianate constitue l'antispasmodique par excellence.

M. Laveran a ainsi formulé le traitement à appliquer aux cas de fièvres pernicieuses. L'accès est-il comateux? Appliquer des sangsues aux apophyses mastoïdes. L'accès est-il algide? Donner des boissons chaudes stimulantes; prescrire, dans les deux cas, le sulfate de quinine à la dose de 1g50 à 3 grammes par jour : suivant les cas, préférer la potion, le lavement ou l'injection hypodermique. Toutes les formules sont bonnes si elles assurent la solubilité du sel. Lorsqu'on cesse le sulfate de quinine, ordonner encore, pour un temps, les toniques et le quinquina : c'est ainsi que l'on aura le plus de chances d'éviter le paludisme chronique. Quant à la cachexie palustre, ce n'est pas le moindre mérite de Maillot d'avoir montré qu'elle aussi était justiciable de la quinine à forte dose.

M. Jaccoud est un partisan convaincu des doses massives : 1g50 ou 2 grammes ne constituent pas des doses trop fortes. Il faut savoir continuer ces doses, en les diminuant progressivement d'après la baisse thermique. Si l'estomac ne s'accoutume pas aux doses élevées ou dans les formes graves, prescrire les injections hypodermiques et les lavements. Une fois la fièvre guérie, soumettre le malade à une médication reconstituante au moyen du quinquina en poudre, du vin de quinquina, du fer.

Aujourd'hui l'accord semble fait sur la nécessité d'administrer de fortes doses de quinine deux fois par jour, à huit heures et à six heures. De cette façon, la quinine est toujours administrée assez loin ou assez près de l'accès à venir. Enfin, dans les cas les plus légers, comme dans les formes invétérées, on peut retirer le plus grand bénéfice des préparations simples de quinquina (macération, teinture, vin, sirop, etc.). L. B.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 27 JANVIER AU 1er FÉVRIER 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 27 JANVIER, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Ch. Richet, Rémy et Broca (André).

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Kirmisson, Wallich et Cunéo ; — M. Retterer, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Jalaguier et Gosset ; — (2e série): MM. Mauclaire, Walther et Legueu; — (2e partie) : MM. Brissaud, Teissier et Bezançon ; — M. Broca (Aug.), suppléant.

MARDI 28 JANVIER, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Berger, Auvray et Demelin ; — M. Thoinot, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Pozzi et Hartmann; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Dupré et Renon; — (2e série) : MM. Chantemesse, Méry et Gouget ; — M. Faure, suppléant.

MERCREDI 29 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Poirier et Broca (Aug.).

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Pasteur* : MM. Jalaguier, Lepage et Cunéo.

4e (nouveau régime) : MM. Pouchet, Landouzy et Netter ; — M. Richaud, suppléant.

JEUDI 30 JANVIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Méry et Guiart.

2e *Salle Corvisart* : MM. Mathias-Duval, Chassevant et Langlois.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Le Dentu, Rémy et Bonnaire.

4e (ancien régime), *Salle Pasteur* : MM. Proust, Pouchet et Vaquez ; — M. Wurtz, suppléant.

VENDREDI 31 JANVIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Hanriot, Wurtz et Widal.

4e (nouveau régime) : MM. Pouchet, Bezançon et Legry ; — M. Gley, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Reclus et Legueu ; — (2e série) : MM. Lannelongue, Mauclaire et Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Hayem, Netter et Gaucher ; — M. Thoinot, suppléant.

5e (obstétrique 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Retterer, suppléant.

SAMEDI 1er FÉVRIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique* : MM. Cornil, Gilbert et Jeanselme.

3e (2e partie, ancien régime), *Salle Corvisart* : MM. Hutinel, Joffroy et Launois ; — M. Thiéry, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Beaujon* : MM. Pozzi, Quénu et Marion ; — (2e partie) : MM. Raymond, Widal et Thiroloix ; — M. Rémy, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Potocki ; — M. Chassevant, suppléant.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — NOTES OBTENUES. — *Anatomie.* — Séance du 16 janvier 1902. — MM. Descomps, de Lacombe et Tanon, 10; Algret, Bouchot et Flourens, 9; Preciado, 8; Israël de Jong et Madelaine, 4.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 9. — JEUDI 23 JANVIER 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 23 JANVIER 1902. — N° 9.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE MÉDICALE (*Hôpital Beaujon*)

NÉPHRITE PARENCHYMATEUSE AVEC LACTESCENCE DU SÉRUM (1)

Par M. le professeur DEBOVE.

L'histoire de la néphrite parenchymateuse est très complexe : à certaines périodes on l'a considérée comme un stade de début du mal de Bright, dont la néphrite interstitielle serait le stade ultime ; à d'autres périodes, les auteurs admirent qu'il s'agissait là d'une entité pathologique bien spéciale méritant d'être opposée point par point à la néphrite atrophique lente. Il semble, à l'heure actuelle, que, si l'on se place au point de vue de la seule anatomie pathologique, on doive admettre que toutes les néphrites sont mixtes, avec une prédominance tantôt épithéliale, tantôt conjonctive, et il faut bien reconnaître que les lésions trouvées à l'autopsie sont loin de pouvoir expliquer, dans bien des cas, les différences cliniques observées pendant la vie du malade.

Mais laissons de côté ces questions théoriques : nous sommes ici sur le terrain de la clinique et notre devoir est de vous exposer les faits sans nous préoccuper de savoir s'ils concordent ou non avec les théories classiques.

Le nommé L..., âgé de vingt-trois ans, palefrenier, est entré dans notre service le 17 janvier.

Son affection avait débuté, en apparence tout au moins, un mois auparavant.

A ce moment il fut pris de malaise, de fièvre, de coryza. Il se reposa un jour, puis essaya de travailler, mais la fatigue l'obligea à se reposer de nouveau.

Il appela un médecin qui constata de la bronchite, sa figure était un peu enflée, il avait de la lassitude et de la céphalalgie.

Il essaya de retravailler, mais il éprouvait des sensations de froid aux pieds et aux mains, de légères crampes dans la main. Ces phénomènes l'inquiétant, il se décide à entrer à l'hôpital, et nous constatons la présence de plusieurs grammes d'albumine dans l'urine.

C'est pour ainsi dire le seul signe de maladie, car à part la fatigue, le malade ne se plaint de rien.

Il n'y a pas d'œdème.

Les battements du cœur sont réguliers, et il ne nous a pas été permis de constater de bruit de galop. Le cœur est absolument normal.

Le pouls est de 76 pulsations, il n'y a pas d'élévation de la tension artérielle et les artères sont souples ; cet examen concorde bien avec les résultats négatifs fournis par l'examen du cœur.

Il n'y a aucun trouble de l'appareil respiratoire ni de l'appareil nerveux.

Les symptômes observés, intéressant, pour le moment tout au moins, exclusivement l'appareil urinaire, nous devrons rechercher avec soin tous les symptômes que peut fournir l'étude de l'excrétion rénale.

Voici le chiffre de l'urine excrétée dans les vingt-quatre heures et la quantité d'albumine éliminée dans le même temps.

	Urine.	Albumine.
19 janvier...........	2 litres	7 grammes.
20 —	2 l. 1/2	5 —
21 —	1 l. 3/4	5 —
22 —	1 l. 3/4	4 —
23 —	1 l. 1/4	4 —

Depuis cette époque l'albumine oscille entre 4 et 5 grammes.

La diminution de 2 grammes de l'albumine au début tient peut-être à l'institution du régime lacté.

Ces chiffres d'ailleurs ne sont probablement pas exacts, pour deux raisons. La première c'est qu'il est bien difficile d'obtenir d'un malade de garder ses urines. Il ne les recueille pas lorsqu'il va à la selle, et lorsqu'il s'agit d'un malade comme le nôtre qui n'est pas immobilisé dans son lit, soyez convaincus qu'il ne revient pas uriner dans son bocal toutes les fois qu'il en éprouve le besoin.

La seconde raison qui fait que nos chiffres ne sont pas très exacts, c'est que, dès son entrée, le malade a été soumis au régime du lait, dont il prend trois litres par jour.

Ce traitement a modifié la quantité des urines ; or pour apprécier s'il a réellement de la polyurie il aurait fallu connaître le taux urinaire avant que le malade fût soumis au régime lacté.

Nous ne savons donc pas exactement quelle quantité d'urine émet le malade en vingt-quatre heures, mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que son albuminurie est considérable, et vous savez quelle est l'importance de ce sym-

(1) Leçon recueillie et rédigée par M. le docteur J. Castaigne, chef du laboratoire de la clinique.

ptôme, pour le diagnostic de la variété de là néphrite : les grosses albuminuries comme celle-ci, quand elles sont persistantes, sont liées, en général, à une néphrite épithéliale.

En revanche, je n'attache pas une grande importance à la recherche des cylindres urinaires, car, dans l'état actuel des choses, tout au moins, sa valeur diagnostique n'est pas considérable. D'ailleurs, dans le cas particulier, le dépôt urinaire ne contient aucun élément figuré, aucun cylindre, et cela quoique la recherche ait été faite après centrifugation.

L'épreuve du bleu de méthylène fut faite d'après la méthode usuelle que vous nous voyez employer constamment dans le service : l'élimination du bleu était déjà très nette dès la première heure, elle se montra avec une intensité tout à fait particulière, de la quatrième à la sixième heure, et elle dura cinquante-quatre heures. Le dosage de la quantité de bleu éliminée dans les vingt-quatre heures donna 30 milligrammes.

Ces résultats obtenus par l'épreuve du bleu sont ceux que l'on constate chez les sujets normaux; nous sommes donc en droit d'affirmer que la perméabilité rénale de notre malade est normale.

La présence constante et en quantité considérable d'albumine dans l'urine est donc l'unique symptôme que nous constations, mais à lui seul — en raison de son intensité et de sa persistance — il nous permet d'affirmer l'existence d'une néphrite.

Reste à savoir en présence de quelle espèce de néphrite nous nous trouvons.

Il semble, au premier abord, que la maladie ait débuté il y a un mois, mais en analysant mieux les symptômes, le coryza, la courbature et la fièvre, il semble qu'il s'est agi d'une simple attaque de grippe et non du début de la néphrite. En effet, en interrogeant avec soin le malade, il finit par dire que, depuis quelque temps déjà, il avait remarqué que ses paupières étaient enflées le matin. Si bien qu'il est très vraisemblable que la grippe a pu donner un coup de fouet à sa néphrite, mais qu'elle n'en est pas la cause.

Rien n'est plus difficile à déterminer que le début d'une néphrite d'ancienne date. Notre malade paraîtrait aujourd'hui très bien portant au médecin qui n'examinerait pas son urine, ce qui nous explique que ces néphrites puissent rester latentes de bien longues années, jusqu'à ce qu'une circonstance accidentelle, un phénomène quelconque, détermine le médecin à examiner l'urine.

Et d'ailleurs, si la néphrite était aiguë, avec une pareille quantité d'albumine, nous aurions probablement de l'hématurie, des œdèmes, quelques phénomènes généraux et, nous aurions vu, sous l'influence du repos et du régime lacté, diminuer la proportion d'albumine qui reste manifestement stationnaire.

Etant donné qu'il s'agit d'une néphrite chronique est-elle parenchymateuse ou interstitielle ?

Nous ne trouvons pas ici les caractères des néphrites interstitielles, polyurie, petite proportion d'albumine, bruit de galop cardiaque, élévation de la tension artérielle.

Nous admettrons donc qu'il s'agit d'une néphrite parenchymateuse chronique.

Quelle est la cause de cette néphrite?

Qu'elle soit parenchymateuse ou interstitielle, elle est toujours due à une cause générale, à une altération du sang. Autrement, on comprendrait difficilement que les lésions fussent identiques dans les deux reins et qu'elles présentassent dans ces deux organes exactement la même intensité. Il ne peut être question ici d'une cause locale.

Nous connaissons un certain nombre d'altérations sanguines qui produisent des néphrites.

Elles peuvent être le fait d'un empoisonnement aigu, tel celui de la cantharide, ou d'un empoisonnement chronique, tel celui du plomb, dont j'ai eu souvent l'occasion de vous montrer des exemples dans notre service.

Elles peuvent être le résultat d'une modification dyscrasique des humeurs, telle la néphrite goutteuse.

Elles peuvent être le résultat d'un empoisonnement par les toxines, telles celles de la diphtérie, celles de la scarlatine, etc.

On admet souvent qu'en pareille circonstance, l'élimination du poison par le rein amène une irritation des éléments sécréteurs. Je ne puis souscrire à cette théorie, sans quoi on ne concevrait pas qu'une néphrite chronique pût succéder à une infection aiguë. Il est probable qu'à la suite de l'infection aiguë il subsiste une altération du sang qui entretient et fait progresser l'affection rénale. Vous me direz que je fais une hypothèse que je ne puis démontrer; je suis de votre avis, mais hypothèse pour hypothèse, la mienne vaut bien celle qui consiste à admettre que la maladie aiguë a amené une altération des épithéliums, qui continue à évoluer lorsque la cause a disparu.

D'ailleurs ceux qui n'admettent point que le sang reste modifié dans sa composition à la suite d'une maladie aiguë, admettent que le trouble des fonctions du rein amène une modification dans l'état du sang; cette modification, dont ils font un effet, peut fort bien être une cause.

Que l'état du sang soit modifié chez notre malade, je dois dire que cela n'est pas douteux, nous n'en voulons pour preuve que la lactescence de son sérum.

Nous avons recueilli le sang par l'application de ventouses sacrifiées sur la région lombaire, et en examinant le sérum nous avons vu qu'il est nettement lactescent.

Cette lactescence du sérum est connue depuis de longues années. Becquerel et Rodier en firent une étude clinique approfondie et la signalèrent comme particulièrement fréquente dans les affections du rein. « C'est surtout dans la maladie de Bright aiguë, disent-ils, que nous avons trouvé cet état particulier du sérum que l'on appelle lactescent. »

La saignée étant tombée en désuétude, on avait perdu l'habitude d'examiner le sang des sujets atteints de néphrite et nous devons à MM. Widal et Sicard d'avoir, de nouveau, appelé l'attention sur cet aspect particulier du sérum.

M. Achard eut, le premier, le mérite de reproduire expérimentalement la lactescence du sérum, chez des lapins auxquels il avait injecté du proteus par voie veineuse et qu'il aurait ainsi rendus albuminuriques. Quelques mois plus tard, dans un travail publié par les *Archives de médecine* et qui constitue encore la meilleure revue d'ensemble sur la question, M. Castaigne, après avoir résumé les travaux anciens et modernes, arrivait, en se basant sur de nombreuses observations personnelles, aux deux conclusions suivantes : d'une part, que la lactescence du sérum pouvait être trouvée chez des malades n'ayant pas d'albumine dans leurs urines; d'autre part que, s'il était vrai de dire que le sérum était lactescent, surtout chez les malades atteints de lésions rénales, il fallait toutefois faire une distinction capitale, à savoir que ce phénomène était très rare dans la

néphrite interstitielle, très fréquent au contraire dans la néphrite parenchymateuse.

A ces documents, je puis en ajouter de tout nouveaux qui m'ont été fournis par mon ancien interne M. André Jousset, qui a fait, dans mon service, une étude complète et des plus intéressantes sur les causes et la valeur séméiologique de la lactescence du sérum. Les travaux de tout premier ordre qu'il a entrepris à ce sujet ont fait l'objet de la thèse inaugurale qu'il vient de soutenir et qui a pour titre : « Des humeurs opalescentes de l'organisme. » C'est donc pour vous une très bonne fortune d'avoir la primeur d'un travail qui envisage toutes les questions que l'on peut se poser, en présence d'un sérum lactescent. Pour le moment, nous nous bornerons à envisager deux de ces questions : quelle est la cause de la lactescence et dans quelles maladies la retrouve-t-on?

L'aspect lactescent du sérum est dû à de petites granulations réfringentes que MM. Widal et Papillon avaient bien mises en lumière, mais en leur attribuant une nature albuminoïde. M. Jousset fait remarquer que ces granulations sont solubles dans un mélange d'alcool et d'éther, et qu'elles sont en conséquence formées de corps gras ou fort voisins de la graisse (lécithine, savons, graisses neutres, acides gras, etc.). Il lui semble que la lactescence est due à un phénomène de désintégration graisseuse, se produisant, sans doute, dans les leucocytes.

Quant aux maladies dans lesquelles on trouve le sérum lactescent, c'est :

1° Surtout dans les maladies du rein, mais M. Jousset est d'accord avec M. Castaigne pour admettre que ce phénomène est constaté très rarement dans les néphrites interstitielles. Au contraire, la plupart des néphrites parenchymateuses s'accompagnent d'opalescence du sérum. La dégénérescence amyloïde du rein s'accompagne d'une fort belle lactescence, plus accentuée même que celles des néphrites épithéliales. Récemment, vous avez pu voir dans notre service un type de dégénérescence amyloïde rénale, due à une suppuration prolongée, diagnostic vérifié par l'autopsie, la lactescence était extrêmement accentuée.

2° Dans les infections : *a.* au début de la fièvre typhoïde. Près de la moitié des typhiques ont un sérum sinon lactescent au moins opalescent (l'opalescence est un degré inférieur de la lactescence). Elle semble indépendante dans cette maladie des altérations rénales qui l'accompagnent généralement. Il n'y a aucune relation entre la lactescence et l'albuminurie des typhiques, aucune proportionalité entre le degré de la lactescence et le taux de l'albumine. La lactescence aurait ici une certaine importance diagnostique, car M. Jousset ne l'a jamais observée dans la grippe, même dans la grippe avec albuminurie.

b. On l'observe rarement dans la tuberculose aiguë.

c. Elle a été signalée dans le charbon, la pneumonie, le muguet. M. Jousset l'a reproduite expérimentalement en injectant des lapins avec le muguet, le proteus vulgaris, etc.

3° Les asystoliques dans la période asphyxique ultime, présentent souvent (deux tiers des cas) une opalescence légère du sérum.

4° Il ne semble pas y avoir de relation entre la lactescence et le régime alimentaire des malades. Le régime lacté n'est pour rien dans l'apparition du phénomène chez les brightiques et les typhiques. Il faut cependant faire ici une réserve, car chez des brightiques, une suralimentation graisseuse (150 grammes de beurre) peut produire un surcroît d'opalescence du sérum.

Telle est, d'après le travail très intéressant de M. Jousset, la valeur clinique de la lactescence du sérum. Nous pouvons tirer de son étude, dans le cas particulier qui nous intéresse, une conclusion au point de vue du diagnostic de la forme de la néphrite.

Le diagnostic de la néphrite parenchymateuse est, en effet, dans ces cas, basé non seulement sur la grande quantité d'albumine contenue dans l'urine, mais encore sur l'existence de la lactescence du sérum que l'on ne trouve jamais dans les néphrites interstitielles et sur la conservation de la perméabilité rénale. D'après les observations relatées dans la thèse de M. Castaigne, on doit conclure, en effet, que si c'est aller trop loin que de dire avec Bard, Léon Bernard, etc., que le rein est perméable à l'excès dans toutes les néphrites parenchymateuses, il est juste de dire que c'est dans ces seules formes que le rein peut avoir une perméabilité normale ou augmentée; elle est toujours diminuée dans la néphrite interstitielle.

Quant à la cause de la néphrite, elle nous échappe, dans le cas particulier ; ordinairement, avons-nous dit, elle est le fait d'une altération sanguine due à une infection. Or, nous ne relevons dans les antécédents de notre malade aucune infection ayant pu produire ces lésions ! Il arrive, d'ailleurs, fréquemment, que la cause des maladies nous échappe, il est traditionnel, en pareil cas, d'invoquer l'action du froid. C'est ce qu'on pourrait faire ici : à l'âge de dix-sept ans, notre malade qui habitait les Pyrénées, après avoir travaillé dans la montagne, fut surpris par une averse et dut, pour rentrer chez lui, traverser un chemin creux où il eut de l'eau jusqu'à la ceinture. Trois jours après, il fut pris de fièvre avec des phénomènes broncho-pulmonaires qui le retinrent au lit pendant plusieurs jours, mais d'après l'histoire qu'il nous raconte, il ne semble pas avoir eu, à ce moment, de symptômes de néphrite aiguë. Il n'a pas eu, notamment, la violente rachialgie qui est si souvent signalée au début des néphrites : je ne voudrais pas d'ailleurs, que vous attachiez une importance considérable à ce symptôme au cours des affections rénales aiguës. Je suis tenté d'admettre que la douleur de reins n'est pas due le plus souvent aux lésions rénales, mais qu'elle est produite bien plutôt par la localisation sur les filets nerveux sensitifs, de l'infection qui a produit la néphrite. Ceci me semble d'autant plus vraisemblable, que la lecture des observations nous montre que, très souvent, cette rachialgie s'accompagne de douleurs musculaires généralisées et de céphalalgie.

Je ne voudrais pas m'attarder, outre mesure, à ces considérations théoriques et j'ai hâte de revenir à notre malade, pour me demander quelle est la gravité de son mal.

A ce sujet, je dois vous rappeler qu'il existe des malades qui, pendant très longtemps, conservent dans leur urine de grandes quantités d'albumine sans en être incommodés; il semble qu'il ne s'agisse pas d'une maladie mais d'une sorte d'infirmité qui ne rétrocède ni ne progresse. Je puis, à ce propos, vous citer une observation qui m'est communiquée par mon chef de clinique le docteur Paul Sainton.

Il s'agit d'un homme exerçant la profession de garçon de pharmacie, âgé actuellement de quarante-trois ans ; il fut très bien portant jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans. A cette époque il eut une scarlatine; un an après, il présenta des symptômes qui attirèrent l'attention sur l'appareil rénal : bouffissure de la face, céphalée, perte des forces; il avait à

ce moment 12 grammes d'albumine. Pendant trois ou quatre ans, il resta au régime lacté presque absolu sans obtenir une diminution notable de son albuminurie; des analyses fréquentes faites avec le tube d'Esbach donnaient des quantités variant entre 6 et 8 grammes. Depuis sept ans, le malade a cessé tout régime, il continue à avoir la même quantité d'albumine, et cependant il se porte bien et n'a éprouvé aucun malaise malgré le travail fatigant que l'on exige de lui.

Il y a donc des cas — et j'en connais beaucoup d'autres observations — dans lesquels l'albuminurie reste à un taux élevé sans que le malade en soit incommodé, c'est ce que le professeur Tessier (de Lyon) appelle des albuminuries résiduales. Pouvons-nous espérer qu'il en sera ainsi pour notre malade? Je n'oserais pas vous l'affirmer, toutefois il est un fait qui peut nous donner quelque espoir, c'est que sa perméabilité rénale est restée normale, et il est à noter que, dans deux cas d'albuminuries résiduales étudiés dans le service, la perméabilité était également conservée. Nous ne devons donc pas redouter, pour ce malade, des accidents graves à bref délai; toutefois nous ne devons pas oublier que déjà il a eu de l'œdème des membres inférieurs et de la bouffissure de la face, qu'il était, avant son entrée, fatigué et essoufflé au moindre effort, aussi ai-je peur qu'à sa sortie de l'hôpital il puisse difficilement reprendre ses occupations antérieures, et je crains qu'il ne revienne faire des séjours nombreux à l'hôpital pour succomber enfin aux progrès de sa maladie ou à l'une des nombreuses complications qui, d'ordinaire, viennent abréger le cours des néphrites.

COLLECTIONS SOUS-CUTANÉES PURULENTES OU HUILEUSES A BACILLE D'ÉBERTH

DÉVELOPPÉES A LA SUITE D'INJECTIONS MÉDICAMENTEUSES AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Par MM. F. Widal et L. Le Sourd (1).

Pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde de longue durée, chez une jeune fille de vingt-quatre ans, nous avons vu se développer un abcès et trois collections huileuses sous-cutanées exactement au niveau des points où avaient été pratiquées, durant la maladie, des injections hypodermiques médicamenteuses.

Dans le pus de l'abcès qui siégeait sous la peau de l'abdomen, aussi bien que dans le liquide des collections huileuses qui siégeaient sur la face antérieure et externe de la cuisse gauche, nous avons isolé le bacille typhique qui ne pouvait venir que de la circulation et s'était fixé dans les points du tissu cellulaire traumatisé par les injections thérapeutiques.

Ce fait est à rapprocher de ceux publiés par différents auteurs qui, au niveau des injections sous-cutanées de caféine pratiquées chez des pneumoniques, ont constaté parfois des abcès à pneumocoques (2).

La fièvre typhoïde de notre malade avait été grave, et s'était compliquée de troubles cardiaques; elle avait évolué en deux mois et demi, procédant durant ce long temps par poussées subintrantes, sans jamais parvenir à l'apyrexie complète. On avait eu recours à de fréquentes injections de caféine et à des injections de 200 centimètres cubes de sérum artificiel, additionné parfois de spartéine.

Il est difficile de dire, pour chacune des collections sous-cutanées à bacille d'Eberth, si elle s'était développée à la suite d'une injection de caféine, ou à la suite d'une injection de sérum artificiel. On peut affirmer tout au moins que l'abcès s'était développé à la suite d'une injection de caféine, et nous avons pu suivre, depuis son début, son infection lente et progressive. A l'ouverture de cet abcès, faite au bistouri, s'était échappé un véritable bourbillon, dont les ensemencements donnèrent des cultures de staphylocoques dorés, en même temps que des cultures de bacilles typhiques.

Les trois collections huileuses avaient apparu dans les derniers jours de la période fébrile, à une époque où, depuis un certain temps déjà, on avait cessé l'usage des injections hypodermiques. Les nodosités développées à la suite de quelques-unes de ces injections devinrent fluctuantes en trois régions différentes et chacune sur une étendue de 1 centimètre et demi à 2 centimètres environ. Le liquide huileux puisé dans ces trois collections donna toujours des cultures pures de bacille typhique. L'une d'elles fut ouverte au bistouri et la cicatrisation fut très rapide; une autre fut simplement ponctionnée, et les parois revinrent rapidement sur elles-mêmes. La troisième collection fut également ponctionnée. Le liquide recueilli une première fois, purement huileux, se reforma rapidement, mais une seconde ponction ramena, cette fois, un liquide purulent à la surface duquel surnageaient encore de petites taches huileuses. Le pus ne contenait que du bacille typhique, tout comme le liquide purement huileux de la première ponction; l'examen histologique décela presque uniquement des polynucléaires mêlés à quelques lymphocytes. Il est intéressant de noter que, dans un même point du tissu cellulaire sous-cutané de notre malade, le bacille typhique à l'état de pureté ait pu successivement produire une collection huileuse d'abord et une collection purulente ensuite.

Après leur évacuation, ces diverses collections guérirent rapidement, laissant seulement de petites nodosités sous-cutanées.

Les infiltrations huileuses sont rarement observées en pathologie. Rappelons cependant que l'on a décrit, dans le farcin chronique, des infiltrations dont l'aspect n'est pas sans analogie avec celui que nous avons recueilli.

Dans notre cas, le liquide avait tout à fait l'aspect, la consistance et les caractères chimiques de l'huile, comme si la trioléine, qui, avec la tripalmitine et la tristéarine entre dans la constitution de la graisse de nos tissus, s'était isolée et collectée sous l'influence du bacille typhique ou de ses produits de sécrétion (1).

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

(2) Voir Thèse de Zuber. *Des localisations pneumococciques provoquées accidentellement au cours de la pneumonie.*

(1) L'analyse chimique de 4 centimètres cubes de liquide huileux, retiré par ponction d'une des collections, a été pratiquée par M. Lerat, préparateur à l'École de pharmacie. Voici les résultats obtenus :

Le liquide traité par le chloroforme s'y dissout complètement. Après avoir chassé le chloroforme, une portion du résidu, traitée par l'acide sulfurique concentré et une goutte de perchlorure de fer, ne donne aucune coloration. Il n'y avait donc pas de cholestérine.

A la calcination, on n'obtint aucun résidu; il n'y avait donc pas de lécithines.

Pendant la calcination, on percevait une odeur très nette d'acroléine.

Une portion non employée pour l'analyse se solidifie complètement par le refroidissement. Fondue, elle tache le papier qui reste translucide après un séjour prolongé à l'étuve. Ces données permettent de conclure que la totalité du liquide est constituée par un corps gras qui, dans l'espèce, est l'huile.

Notre observation prouve une fois de plus, à la façon d'un fait expérimental, comment, au cours d'une infection, la moindre avarie de nos tissus peut prêter à la fixation des bacilles charriés par le sang. Bien des typhiques cependant reçoivent, chaque jour, des injections de caféine ou de sérum artificiel, sans que leurs bacilles d'Eberth viennent pulluler aux points d'inoculation. C'est que la tare régionale ne suffit pas à tout expliquer; il faut compter encore avec un état de prédisposition générale dont l'essence même nous échappe. C'est ainsi que la complication si exceptionnelle observée dans notre cas n'a pas été unique, comme l'est une complication de hasard; l'aptitude de notre malade à fixer le bacille typhique était telle que nous avons assisté à une véritable explosion d'infiltrations spécifiques sur les diverses régions traumatisées par les injections médicamenteuses. Il y avait là comme une véritable diathèse de fixation en faveur du bacille typhique en circulation dans le sang.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(21 JANVIER 1902)

L'Académie a entendu une très intéressante communication qu'a faite M. Albert Robin, en son nom et au nom de M. Maurice Binet, sur les **indications de la prophylaxie et du traitement de la phtisie pulmonaire fondées sur la connaissance de son terrain.**

Dans la lutte, aujourd'hui officielle, entreprise contre la tuberculose, les attaques dirigées contre le bacille de Koch sont parfaitement légitimes et on ne peut que les encourager. Mais ce n'est pas tout; indépendamment du bacille, il y a le terrain sur lequel il évolue, à côté du microbe il y a le malade, et comme le disait fort justement Peter, en visant l'un il ne faut pas tuer l'autre; c'est ce que pourraient s'exposer à faire ceux qui, dans l'étude de la tuberculose, ne veulent jamais s'occuper que du bacille. MM. Robin et Binet se sont appliqués, au contraire, à étudier le terrain et ils se sont livrés à une série de recherches relatives à l'examen du chimisme respiratoire des individus soupçonnés de prédisposition. Ces recherches les ont conduits à des résultats fort curieux, non seulement au point de vue de la physiologie pathologique, mais aussi au point de vue du traitement et de la prophylaxie de la tuberculose. Il y a là toute une nouvelle méthode fort intéressante pour les praticiens, ainsi qu'on en pourra juger par le résumé du travail de MM. Robin et Binet. Voici ce résumé :

« Dans les précédentes communications faites à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine (18 et 19 mars 1901) et au Congrès de la tuberculose à Londres (24 juillet 1901) nous avons montré que chez 92 p. 100 des phtisiques, il y avait augmentation considérable dans la consommation de l'oxygène et dans la production de l'acide carbonique, et nous avons utilisé ce fait comme moyen de diagnostic précoce de la maladie. Ne trouvant ni dans une réaction de défense organique, ni dans une manifestation de l'attaque bacillaire la raison de ces phénomènes, nous avons été conduits par certaines de nos recherches à penser qu'ils traduisaient un des caractères du terrain apte à l'infection par le bacille de Koch.

Cette proposition est aujourd'hui démontrée par des analyses pratiquées sur 30 descendants de phtisiques qui présentent les phénomènes en question dans la proportion de 60 p. 100. Nous avons constaté aussi qu'ils constituent le trait commun à tous les états protopathiques de la phtisie, qu'il s'agisse d'alcoolisme, ou d'un des modes quelconques de surmenage. Ils caractérisent donc l'une des conditions fondamentales de ces états que l'on désignait jusqu'ici sous le nom vague d'*états de déchéance organique*; ce qui rend au terrain dont le diagnostic devient possible une partie de sa valeur dont semblait l'avoir dépossédé l'avènement du bacille de Koch.

Cette découverte montre encore que les états de déchéance prétuberculeuse relèvent d'une vitalité exaspérée jusqu'à l'auto-consomption et non, comme on l'enseigne officiellement à tort, d'une vitalité amoindrie.

Elle bouleverse toutes les idées directrices de la prophylaxie et du traitement de la phtisie qui conduisent, pour ce qui concerne l'indication du terrain, à employer principalement des médications dites toniques dont le propre est de stimuler une vitalité et des échanges organiques déjà en état de suractivité.

Elle démontre, au contraire, par le simple exposé des faits, que la prophylaxie de la tuberculose par la modification de son terrain ne doit faire état que de médicaments, de médications et d'agents capables de restreindre le pouvoir qu'a l'organisme de fixer trop d'oxygène et de produire trop d'acide carbonique, c'est-à-dire de se consumer. Dans le traitement de la maladie confirmée, cette indication conserve toute sa valeur.

Nous avons étudié, à ce point de vue, 40 médicaments ou agents physiques dont les effets seront successivement publiés. Parmi ceux-ci l'huile de foie de morue, l'arséniate de soude et l'arsénite de potasse à la dose de 5 milligrammes, le cacodylate de soude à la dose de 5 centigrammes, le tartre stibié diminuent les échanges respiratoires des phtisiques dans les proportions de 10 à 27 p. 100. Mais les arsénicaux employés à doses doubles des précédentes ont plutôt sur les échanges une action accélérante. On possède ainsi un criterium de la dose optime qui ne saurait être dépassée sans inconvénient.

Les recherches faites sur la respiration d'air chaud et sec, d'air chaud et humide ou d'air froid, sur le refroidissement ou l'échauffement de la surface cutanée éclairent la climatothérapie de la phtisie et de ses états protopathiques. Ainsi, les climats froids, où le phtisique peut inspirer de l'air à basse température, conviennent aux phtisiques et aux prédisposés pourvu que la surface du corps soit maintenue assez chaude. De même les climats chauds conviendraient si les malades pouvaient y respirer l'air plus frais, ce qui ne semble pas impossible à réaliser à l'aide d'un dispositif qui permettrait de refroidir l'air inspiré.

L'examen du chimisme respiratoire permet de déterminer si les altitudes ou le séjour au bord de la mer sont ou non favorables à tel sujet déterminé, phtisique ou prédisposé, en examinant son chimisme avant le départ et après une semaine de résidence.

L'expérience nous a démontré qu'il y a des médications capables de modifier le terrain et l'examen des échanges respiratoires permet de déterminer ces médications, comme aussi, de savoir si elles ont agi dans tel cas particulier et, par suite, si tel individu prédisposé a cessé de l'être au moins temporairement. Chez 6 prédisposés nous avons pu ramener à la normale le chimisme exagéré par l'emploi de la médication restrictive des échanges organiques (repos, alimentation d'épargne, huile de foie de morue, arsénicaux, médication digestive, etc.).

Ce mode de prophylaxie de la tuberculose, qui s'adresse à son terrain, mérite d'attirer l'attention au même titre que celui qui consiste à poursuivre le bacille et la lutte contre la tuberculose ne saurait être efficace sans le concours de ces deux éléments.

Aux mesures d'hygiène publique et privée édictées contre le bacille de la tuberculose, il faut donc ajouter l'examen du chimisme respiratoire de tous les individus soupçonnés de prédisposition. Et de même qu'on vaccine contre la variole, de même il faudra traiter préventivement, chez les individus prédisposés, l'aptitude à contracter la tuberculose, et

cela, non par les vaccins, mais par des moyens reconnus capables de modifier les conditions chimiques ou vitales du terrain, à savoir l'exagération des échanges respiratoires et la déminéralisation organique qui fera l'objet d'une étude ultérieure.

Enfin le traitement de la phtisie confirmée ne doit plus se cantonner dans la médication anti-bacillaire, il doit faire état de la consomption qui rend l'organisme apte à l'infection et modifier concurremment celle-ci, non par les toniques et les stimulants, mais par des agents et des médications anti-déperditeurs, qui restreignent la consommation et la fixation de l'oxygène par les tissus, et par les aliments et les médicaments qui dérivent sur eux une partie du comburant qui épuise l'organisme. »

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE INFANTILE

Destinée des enfants hérédo-syphilitiques. — M. J. Karcher a recherché quelle pouvait être la destinée éloignée des enfants hérédo-syphilitiques; il n'a pu recueillir de renseignements précis que chez 16 enfants sur 31 soignés de 1876 à 1896 au Kinderspital de Bâle. Sur ce nombre de 16, 6 nouveau-nés, soumis au traitement spécifique et considérés comme guéris, sont morts l'année suivante, 2 de troubles digestifs et d'éclampsie, 1 de pneumonie chronique, 1 autre de méningite tuberculeuse et de granulie, etc. Huit autres enfants ont été retrouvés à l'âge de la puberté, ou l'ayant dépassé; 4 enfants de cette catégorie sont tout à fait bien portants; 1 autre l'est aussi vraisemblablement; en revanche, 5 enfants traités à l'hôpital comme hérédo-syphilitiques et sortis guéris, qui, à l'époque de leur cure spécifique, n'avaient aucun symptôme de tuberculose, en ont présenté quelques années après les manifestations. Ces enfants n'avaient pas présenté de symptômes spécifiques particulièrement graves, en revanche ils n'avaient été soumis que tardivement au traitement. Ainsi la syphilis héréditaire semble offrir un terrain favorable à une infection tuberculeuse secondaire. (*Correspondanzblatt f. Schweiz. Aertz.*, 1901, n° 16.) P. V.

CHIRURGIE

La fracture de l'avant-bras dans la mise en marche des moteurs d'automobiles. (M. H. Soret.) — Les journaux de sport ont parfois signalé cet accident qui consiste, le plus souvent, dans la fracture classique de l'extrémité inférieure du radius, par arrachement dû au ligament antérieur du poignet. L'os cède et non le ligament.

Dans le cas que signale M. Soret, il s'agit d'une fracture par choc direct de la manivelle sur la face externe de l'avant-bras, sans exclusion, toutefois, d'une extension exagérée et brusque de la main, amenant, par l'action du ligament antérieur, l'arrachement de l'apophyse styloïde du cubitus.

Cette double action s'est produite au moment où l'explosion due à l'allumage a, *par suite de l'avance de cet allumage*, chassé violemment le vilbrequin en arrière sans que la manivelle puisse se dégager, une pression énorme s'étant produite de la façon la plus fâcheuse, c'est-à-dire au moment où le bras, poussant sur la manivelle, allait de haut en bas.

On peut dire que le radius ayant cédé sous le choc direct de la manivelle a absorbé la majeure partie de la force vive de ce choc, préservant ainsi l'os de l'arrachement qui se produit si souvent par la seule répulsion de la manivelle en arrière, tandis que le cubitus, n'ayant pas reçu le choc direct, a cédé seulement à l'action du ligament sur son apophyse styloïde.

En résumé, il y a eu *fracture directe de la diaphyse du radius et fracture indirecte de la partie épiphysaire du cubitus*.

Dans ce cas, où les deux fractures apparaissent comme dues à un mécanisme différent, l'avant-bras ne présentait guère de déformation, le corps du cubitus intact formant attelle. (*C. R. de l'Acad. des sc.*, 13 janv. 1902). L. G.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — Notes obtenues. — *Anatomie.* — Séance du 17 janvier 1902. — MM. Sauvé, 11; Perpère, 10; Coutelas, Gaillard et Rivet, 7; Fruictier et Lestelle, 6; Billon, 5; P. Fabre, 4.

Séance du 18 janvier. — MM. Darcanne et Gourmand, 10; Picot, 9; Claeys, 8; Monod, 7; Chirié, David, Galezowski et Troller, 6; Denéchau, 5.

Pathologie. — Séance du 17 janvier 1902. — MM. Bloch et L.-J. Tixier, 11; Morel, 10; Küss et Et. Le Sourd, 9; Caruette, Corlieu et Mahoudeau, 8; Villebrun, 6.

Séance du 20 janvier. — MM. Taguet, 12; Teisseire 10; Cornélius, Gravelotte, Bréchot et Besnier, 9; Vidal, 8; Baldenweck, 7; Béclard, 5.

— Un concours pour la nomination à trois places de dentiste-adjoint des hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 1er mai 1902, à midi, à l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, du mardi 1er avril au lundi 14 du même mois inclusivement.

Assistance médicale. — Un concours aux places de médecin de l'Assistance médicale, tant pour le service du traitement à domicile que pour le service des consultations, s'ouvrira le lundi 14 avril 1902.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3 (service des secours à domicile), de onze heures à quatre heures.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au vendredi 14 mars 1902, à quatre heures, inclusivement.

Les candidats doivent réunir les conditions suivantes : 1° être de nationalité française et pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par une des Facultés de l'État; 2° s'ils postulent pour le service du traitement à domicile, s'engager à résider dans l'arrondissement où ils seront appelés à exercer leurs fonctions, ou dans un quartier limitrophe.

Les candidats devront déposer à l'appui de leur inscription leur diplôme de docteur en médecine et une pièce établissant leur qualité de Français (livret ou pièce militaire, carte électorale, acte de naturalisation s'il y a lieu).

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Abeille de la Colle, du port de Toulon, est désigné pour servir, en sous-ordre, sur la *Bretagne* (école des mousses à Brest).

Maladies nerveuses. — *Hôtel-Dieu.* — MM. Ed. Brissaud et G. Ballet. — Enseignement clinique : M. Ed. Brissaud, conférence au lit des malades le lundi à neuf heures et demie; — M. G. Ballet, leçon à l'amphithéâtre Trousseau, à dix heures, le dimanche. La première leçon aura lieu le dimanche 2 février.

Consultations externes : M. Ed. Brissaud, le mercredi à neuf heures et demie (salon de la salle Sainte-Madeleine); — M. G. Ballet, le samedi à neuf heures et demie (salon de la salle Sainte-Anne).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 10. — SAMEDI 25 JANVIER 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 25 JANVIER 1902. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Le rein des tuberculeux (1).

Par M. E. Guihal,
Interne des hôpitaux de Paris.

IV

Étude clinique. — Nous diviserons ce chapitre en deux parties. Dans la première nous étudierons, au point de vue analytique, les différents symptômes brightiques que peuvent présenter les tuberculeux; dans la seconde, nous verrons comment ces divers éléments se groupent de manière à constituer de véritables formes cliniques.

I. Si l'on songe au nombre et à la complexité des signes cliniques chez un bacillaire et surtout chez un phtisique, on comprend qu'il soit difficile de déterminer d'une manière précise ceux qui se trouvent sous la dépendance d'une affection des reins. Ces difficultés d'interprétation se renouvellent à chaque pas. Nous devons envisager successivement les urines, puis les symptômes qui paraissent relever d'une lésion rénale.

A. L'*examen des urines* chez les tuberculeux est du plus haut intérêt, puisqu'il permet, dans de certaines limites, de se rendre compte du fonctionnement des reins. Nous essaierons de marquer la valeur des résultats obtenus au point de vue spécial qui nous occupe : l'état de souffrance de la glande rénale.

La *quantité des urines* peut être modifiée de diverses manières. La *polyurie* est le plus souvent observée ; elle est de règle dans la dégénérescence amyloïde. Grancher et Barbier lui accordent une certaine valeur comme signe précurseur d'une néphrite. « La polyurie, dit Pissavy, est un phénomène assez fréquent, mais dont la valeur est difficile à apprécier. Elle se rencontre parfois à une période peu avancée de la tuberculose, chez des malades qui ne présentent aucun signe de lésion rénale. Nous l'avons constatée chez deux jeunes gens atteints de mal de Pott avec paraplégie, et chez un certain nombre de phtisiques au deuxième degré, dont les lésions étaient très localisées et l'état général excellent. Mais elle se rencontre beaucoup plus souvent lorsqu'il existe un certain degré de néphrite. » L'*oligurie* existe dans certaines formes (observation de Labbé et Castaigne); le plus souvent, elle succède à la polyurie, précède l'urémie et constitue alors un phénomène très grave, avant-coureur de la terminaison fatale.

L'*albuminurie* est le document pathologique le plus important fourni par l'examen des urines.

Quelle est en premier lieu la *fréquence générale* du symptôme? Les statistiques diffèrent. Dans sa thèse (1879), Gauché donne le chiffre de 20 p. 100 (9 albuminuriques sur 46 tuberculeux). Ce chiffre est supérieur à ceux des statistiques antérieures : Lacombe (1874) note la proportion de 6 p. 100, Piedallu (1878) celle de 5,5 p. 100. Le Noir (1890), sur 715 bacillaires examinés, en a trouvé 218 albuminuriques, soit 30,48 p. 100. Audiganne (1898), sur 100 tuberculeux adultes et enfants observés à Villepinte, a noté l'albumine dans la moitié des cas.

Suivant l'âge, la *fréquenee* est variable. D'après Le Noir, l'albumine, très fréquente chez les adolescents, tombe au minimum de trente à quarante ans; elle est un peu plus fréquente de quarante à cinquante, mais la progression décroit pour atteindre le minimum au delà de soixante ans.

Enfin, cette *fréquence* varie dans les *diverses formes de tuberculose pulmonaire*. Si l'on met à part la phtisie aiguë, où l'albumine relève des lésions spécifiques des reins, le symptôme s'observe surtout dans les formes à évolution prolongée. Pour Lasègue, « les broncho-pneumonies dégénératives, celles qui éclatent avec un début presque franchement inflammatoire, qui s'éteignent à demi, se fixent et se transforment en aboutissant à une tuberculisation particulière, donnent surtout lieu à l'albuminurie. » Dans la phtisie chronique vulgaire, l'albumine a été le plus souvent observée à la période cavitaire (58,53 p. 100, Le Noir); elle est moins fréquente à la première période (29,51 p. 100) et encore moins à la seconde (12,19 p. 100).

La *quantité d'albumine* éliminée est très variable, mais on en peut tirer des enseignements cliniques importants. D'après la plupart des auteurs, elle est le plus souvent modérée, 0g25 à 1 gramme, ce qui va bien avec la polyurie. Elle était plus abondante dans les observations de Landouzy et L. Bernard, Labbé et Castaigne, cas où il existait conco-

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 7, p. 61.

mitamment une diminution de volume des urines. Si l'albuminurie atteint rapidement des chiffres élevés, tout en restant chronique, il faut penser immédiatement au rein amyloïde. Telle est la règle clinique posée par Brault : lorsque, dans le cours d'une albuminurie chronique, le chiffre de l'albumine se maintient au-dessus de 10 ou 12 grammes, il y a de fortes présomptions en faveur de la dégénérescence amyloïde; si le chiffre est plus élevé (parfois 30 grammes), il y a certitude.

L'*albuminurie* varie également dans sa *forme* clinique. Elle peut être *temporaire*, c'est-à-dire apparaître à l'occasion d'une poussée fébrile, d'une aggravation de l'état général, d'une diarrhée persistante (Le Noir), durer un temps variable, puis cesser complètement. En d'autres termes, elle est *intermittente*, *cyclique*; elle n'apparaît qu'à certaines heures de la journée, le soir ou le matin, pour disparaître aux autres moments. Parfois elle revêt cette forme avant que l'examen clinique ait pu déterminer l'existence d'une germination bacillaire dans le poumon : c'est l'albuminurie cyclique à type matutinal prétuberculeux de J. Teissier (1884), qui, par l'époque de son apparition, ne rentre pas dans le cadre de cette étude. Enfin l'albumine peut être excrétée de manière *permanente*. Cette forme clinique est celle qui se rattache le plus facilement à une lésion du rein. Les examens pratiqués à toute heure du jour affirment la présence de l'albumine : elle persiste jusqu'à la terminaison fatale. Mais cela n'empêche pas que la quantité varie chez un même malade. Le Noir signale ce fait intéressant que les urines du soir sont souvent plus albumineuses que celles du matin ou de la première partie de la nuit.

La *composition chimique des albumines* urinaires est imparfaitement connue : on sait que les principales substances albumineuses sont représentées par la sérine, la globuline et les peptones. Or comme la globuline est seule précipitée par le sulfate de magnésie en excès, on peut obtenir la proportion de sérine et de globuline par deux dosages (Le Noir) : « l'un avant, l'autre après coagulation par le sulfate de magnésie. Le premier résultat indique la quantité d'albumine totale, le second la quantité de sérine. La différence donne le chiffre de globuline. » Dans les albuminuries permanentes, les deux substances coexistent ordinairement en proportions variables. Si la quantité de globuline augmente rapidement, le pronostic s'aggrave et le malade est en imminence d'urémie. Dans le cas d'albuminurie intermittente passagère, l'albumine serait « presque entièrement constituée par la globuline; quelquefois même la globuline existe seule ».

Quelle est enfin la *valeur séméiologique de l'albuminurie* au point de vue de l'état des reins? D'après les statistiques de Le Noir, le symptôme ne relève de lésions rénales que dans le quart des cas. Suivant cet auteur, il faut invoquer un grand nombre de causes, qu'il range sous les chefs suivants : albuminurie fébrile, dyspeptique, intestinale, hépatique, cardiaque, toxique, cachectique, agonique. Il admet cependant que l'albuminurie permanente permet le plus souvent de supposer une affection du rein. Pissavy, au contraire, tout en remarquant qu'il ne possède pas « un assez grand nombre d'observations pour établir comme règle générale la coexistence de l'albumine et des néphrites », signale qu'il a toujours observé cette coïncidence dans ses observations, les altérations rénales étant plus ou moins marquées. Il ajoute que la plupart des autres causes invoquées par Le Noir sont également capables de produire des néphrites. Sans entrer plus avant dans cette discussion pathogénique, nous dirons qu'au point du vue pratique la présence d'une albuminurie permanente chez un tuberculeux constitue à elle seule une forte présomption de lésion rénale. Cette présomption s'affirme si d'autres signes urinaires viennent se surajouter, tels que la polyurie, l'oligurie, les cylindres ou encore des symptômes brightiques. La permanence de l'albuminurie rénale est son caractère le plus important. Par contre l'absence d'albumine ne saurait entraîner comme corollaire l'absence d'altération du rein. Le fait a été établi d'une manière générale par le professeur Dieulafoy et dans la thèse de Jeanton (1888). D'ailleurs, au chapitre de l'anatomie pathologique, nous avons étudié les néphrites légères, latentes, sans albuminurie.

La *peptonurie* s'observe à l'état isolé, mais le plus souvent coexiste avec l'albumine. Elle est assez fréquente (28 p. 100, Le Noir), temporaire, fugace. Sa valeur reste mal déterminée; elle serait liée aux troubles gastriques et hépatiques.

L'*urobilinurie* serait fréquente chez les tuberculeux, d'après Hanot (38 p. 100 chez l'homme; 30 p. 100 chez la femme). Il incrimine l'alcoolisme et l'état du foie, et pense que la créosote fait disparaître l'urobiline. Hayem (1896) a trouvé l'urobiline dans des proportions beaucoup moindres. Plus fréquente chez les malades au moment de leur entrée à l'hôpital, le repos et le traitement la font en général disparaître rapidement : mais elle réapparaît de nouveau chez les bacillaires avancés. Hayem n'admet pas l'action bienfaisante de la créosote indiquée par Hanot. Audiganne, enfin (1898), a recherché l'urobiline, par la méthode spectroscopique, dans les urines de 100 tuberculeuses, il n'en a constaté la présence que 9 fois (7 chez des cavitaires). L'urobilinurie est donc un symptôme rare dans la tuberculose. Ce signe ne donne pas de renseignements directs sur l'état des reins, mais bien sur le fonctionnement hépatique. Audiganne pense qu'il est en rapport avec la dégénérescence graisseuse du foie. Il peut donc présenter au point de vue spécial, qui nous occupe, un réel intérêt s'il survient au cours d'une affection rénale confirmée : il assombrit le pronostic.

L'*indicanurie* est rare pour Le Noir, fréquente pour Audiganne. On sait que ce phénomène est lié d'ordinaire à des troubles digestifs; il ne présente aucune relation avec la gravité de la maladie et disparaît avec l'antisepsie intestinale. Hoschsinger (1890) a dit que l'indicanurie était constante dans la tuberculose infantile. Audiganne, Steffen, Voûte ont démontré le peu de réalité de cette assertion.

Schrœder (1899) a recherché la *diazo-réaction d'Ehrlich* dans les urines d'une centaine de phtisiques. Il admet que l'apparition de cette réaction est le plus souvent d'un pronostic fâcheux.

Nous devons maintenant étudier les variations de l'urée, des phosphates et des chlorures. Il est impossible, à l'heure actuelle, de préciser les rapports qui unissent les variations de ces substances à l'état de fonctionnement du rein. Cependant leur étude est intéressante au point de vue du pronostic, en ce qu'elles permettent, dans une certaine mesure, de renseigner le médecin sur l'état de résistance du malade.

Le taux de l'*urée* est abaissé, d'une manière générale, chez le tuberculeux. Cette diminution s'accentue avec les progrès de l'évolution morbide. Chez un même malade, la quantité d'urée baisse lorsque l'état s'aggrave, remonte si une amélioration se produit. Cependant d'après Ranty (1882), la fièvre qui accompagne une nouvelle poussée congestive ou une extension brusque des lésions augmente le taux de

l'urée, tandis que la fièvre hectique le diminue. Audiganne a observé des faits analogues : il pense que, si l'état général est bon, la fièvre provoque un accroissement sensible de l'urée, sinon elle entraîne au contraire une diminution. Le fait mérite d'être signalé : s'il y a fièvre, il montre le degré de résistance du malade. Enfin l'urée est un excellent témoin du fonctionnement hépatique, dont l'intégrité importe beaucoup au rein (Gouget).

D'après Roussin, Audiganne, la courbe d'élimination des *phosphates* est parallèle à celle de l'urée et présente la même valeur. Le taux des phosphates est toujours inférieur à la normale, il baisse avec les progrès du mal; chez un même malade, il suit, comme l'urée, les oscillations de l'état général. Ces conclusions sont opposées à celles plus anciennes de Teissier (1875). D'après cet auteur, il existe, au début de la tuberculose, une véritable *phosphaturie*, que l'on peut rapprocher de l'albuminurie prétuberculeuse; les phosphates diminuent ensuite au fur et à mesure qu'on approche de la cachexie.

Enfin le taux des *chlorures* est en général au-dessus de la normale; mais ces sels diminuent très rapidement à la période cachectique; quelques jours avant la terminaison fatale ils diminuent plus que les autres éléments : la chute rapide et profonde des chlorures est donc signe de mort prochaine (Audiganne).

« En résumé, dit Audiganne, à la première période de la tuberculose, alors que l'état général est encore bon, que les phénomènes d'assimilation ne sont pas troublés, l'élimination de l'urée, des phosphates et des chlorures est à peu près normale; si le malade a de la fièvre, on peut observer une sensible élévation du taux de l'urée. A la seconde période les phosphates et l'urée diminuent de plus en plus, avec des oscillations parfois considérables suivant l'état du malade. Au troisième degré les phosphates, les chlorures sont de 40 à 50 p. 100 au-dessous de la normale; quelques jours avant la mort, ce sont les chlorures qui diminuent le plus. »

Pour terminer l'étude des urines chez les tuberculeux, il nous reste encore à envisager la toxicité urinaire, l'épreuve du bleu de méthylène, la cryoscopie et l'examen microscopique des sédiments.

La *toxicité urinaire* est notablement diminuée chez les phtisiques. Cantieri (1891), Chrétien (1896), cherchant simplement à déterminer le nombre de centimètres cubes nécessaires pour tuer le lapin d'un kilog, ont constaté, dans la majorité des cas, une faible toxicité. Le Noir (1890), Pissavy (1898) ont poursuivi leurs recherches avec plus de précision. Ils ont tenu compte « non seulement du pouvoir toxique de l'échantillon des urines examinées, mais aussi de la quantité totale de ces urines et du poids de l'individu ». Ainsi peut se déterminer le coefficient urotoxique suivant la méthode de Bouchard. Le coefficient normal étant de 0,550, Le Noir donne le chiffre moyen de 0,245 et Pissavy celui de 0,380, tous les deux inférieurs au coefficient des personnes bien portantes.

Ce fait bien établi peut s'interpréter de deux manières diverses : ou bien le rein plus ou moins lésé ne peut éliminer tous les produits toxiques de l'organisme; ou bien le rein suffit à sa tâche: mais c'est l'organisme lui-même qui sécrète une faible quantité de poisons. La première interprétation entraîne comme conséquence immédiate la rétention des toxiques non éliminés par le rein et, suivant les idées actuellement reçues, l'imminence de l'urémie; de plus elle suppose que le rein est peu ou pas perméable. Ces deux corollaires ne sont pas vérifiés par l'étude des malades. L'épreuve du bleu indique une perméabilité normale ou exagérée dans la néphrite tuberculeuse et dans la dégénérescence amyloïde; l'imperméabilité n'a été constatée que dans des circonstances plus exceptionnelles. D'un autre côté l'urémie est un syndrome plutôt rare chez le phtisique; lorsqu'elle existe elle s'accompagne, il est vrai, là comme ailleurs, d'une hypotoxicité urinaire très marquée (coefficient = 0,250 dans une observation de Pissavy). Mais la plupart des phtisiques, qui éliminent peu de poisons, ne sont nullement en imminence d'urémie; ceux qui ont des lésions rénales ont le plus souvent les reins perméables. Faut-il donc admettre qu'il n'y a pas de rétention toxique mais hypoproduction de poisons? Penser que l'organisme d'un tuberculeux, tout imprégné de toxines microbiennes, donne moins de travail au rein qu'un organisme sain, semble éminemment paradoxal, surtout si l'on songe que d'autres organes tels que le foie, dont le rôle antitoxique est si important (Roger), peuvent être lésés. Telles sont les difficultés d'interprétation que soulève cette question. Pissavy les résout de la manière suivante. Cette hypotoxicité dépend simplement du régime hospitalier, elle n'est qu'apparente ; le coefficient urotoxique de plusieurs malades soignés à l'hôpital pour des affections légères, est le même que celui des tuberculeux : « en dehors de l'urémie, l'hypotoxicité urinaire paraît donc résulter surtout du repos et du régime hospitalier. »

A propos des poisons urinaires, disons que Rappin et Fortiveau (1899) ont recherché la tuberculine dans les urines de bacillaires. Ils ont injecté dans le péritoine de cobayes les urines, soit en nature, soit filtrées sur porcelaine, soit concentrées à chaud. Les résultats obtenus ont été variables, inconstants, impossibles à interpréter.

L'étude de la perméabilité rénale par l'*épreuve du bleu de méthylène* dans la tuberculose pulmonaire a été faite d'une manière générale par Castaigne (in thèse 1900). Il étudie séparément, « d'une part, les tuberculeux qui n'ont présenté, avant l'évolution de leur bacillose, aucune infection ou intoxication ayant pu retentir sur les reins; d'autre part, ceux qui, avant le début des accidents pulmonaires, avaient eu quelque toxi-infection, ayant pu se localiser sur l'appareil rénal. » Sur les 36 malades du premier groupe, 25 avaient une perméabilité normale, 2 une perméabilité exagérée (dégénérescence amyloïde), 9 un retard de l'élimination du bleu avec apparition du chromogène dans les délais normaux, ce qui, d'après Castaigne, révèle un trouble fonctionnel passager du rein. Des 46 malades du second groupe (tares antérieures : scarlatine, infections diverses, cardiopathies, saturnisme) 6 seulement présentaient une perméabilité normale, 10 une élimination sous forme de chromogène dans les délais normaux, 30 dont 18 saturnins une élimination retardée et prolongée (vraisemblablement, reins interstitiels). On le voit, le rein des tuberculeux est le plus souvent perméable; il est hyperperméable dans la dégénérescence amyloïde (Castaigne, Brault, Hirtz et Salomon); il l'était également dans les observations de néphrites dues à Landouzy et Bernard, Labbé et Castaigne. L'imperméabilité ne se rencontre que dans des circonstances particulières, là où une tare rénale antérieure peut à bon droit être invoquée. Ces faits vont bien avec la rareté relative du rein contracté chez les bacillaires et confirment l'idée que cette lésion n'évolue guère que chez ceux

d'entre eux dont le rein a subi des agressions toxiques antérieures.

Sans entrer dans les détails de la *cryoscopie* appliquée à l'étude des urines, nous nous bornerons seulement à consigner les résultats obtenus par les auteurs qui ont employé cette méthode chez les tuberculeux. Achard et Lœpœr (mars 1901), Grasset (thèse 1901) ont étudié chez quelques bacillaires la valeur et les variations de $\frac{\Delta V}{P}$ (taux des molécules excrétées et élaborées), de $\frac{\delta V}{P}$ (taux des molécules élaborées) et de $\frac{\Delta}{\delta}$ (taux des échanges moléculaires). On sai que $\frac{\Delta V}{P}$ et $\frac{\Delta}{\delta}$ varient dans le même sens tant que les épithéliums sont normaux ; si les deux chiffres baissent, c'est que le cœur fléchit ; si $\frac{\Delta}{\delta}$ s'élève quand $\frac{\Delta V}{P}$ s'abaisse, il y a obstacle à la perméabilité (Grasset). Achard et Lœper ont trouvé tous ces nombres faibles dans deux cas de dégénérescence amyloïde où la perméabilité était conservée. Grasset a obtenu des chiffres très irréguliers qui lui font supposer « que les reins des tuberculeux insuffisants dans les éliminations de molécules procèdent par débâcles successives ».

L'examen microscopique des *sédiments* urinaires peut avoir une grosse importance diagnostique s'il permet de constater la présence de cylindres granuleux ou hyalins, témoins d'une lésion rénale. Les cylindres méritent d'être recherchés avec soin, après centrifugation, par examen direct du culot. Il convient de répéter souvent les examens, car il semble bien que souvent les cylindres s'éliminent irrégulièrement, par débâcles successives, semblables à celles que Grasset signale pour les éliminations de molécules.

Milian (octobre 1901) a récemment préconisé l'étude des variétés cellulaires en séméiologie rénale. De ses recherches, il ressort que les diverses albuminuries ne s'accompagnent pas toutes de la même exsudation cellulaire : les unes sont à polynucléaires, les autres à mononucléaires, d'autres encore à hématies et enfin un certain nombre ne présentait aucun élément figuré, cela sans préjudice des cylindres dont la valeur séméiologique est si importante. Appliquée à l'étude des urines albumineuses chez les tuberculeux, cette méthode a déjà donné quelques résultats : c'est ainsi qu'une hématurie par tuberculose rénale d'origine sanguine s'accompagnait d'une abondante élimination de lymphocytes ; des albuminuries légères s'accompagnaient également d'une élimination mononucléaire ; d'autres, au contraire, ne montraient aucun leucocyte. Ces recherches poursuivies fourniront sans doute un sérieux appoint à l'étude pathogénique des albuminuries chez les tuberculeux. Notons encore que Milian a remarqué aussi la présence fréquente du trichomonas vaginalis dans l'urine des femmes bacillaires. C'est là un exemple intéressant de parasitisme associé, mais qui n'a rien de spécial à la tuberculose, car Milian a trouvé ce parasite animal chez d'autres malades femmes confinées au lit depuis longtemps et négligentes des soins hygiéniques.

B. Les *signes cliniques* autres que ceux fournis par l'examen des urines sont nombreux ; leur importance est variable, leur interprétation toujours difficile. Chacun d'eux pris en particulier ne présente pas d'ordinaire une grande valeur séméiologique ; mais ils valent par leur réunion et surtout par la coexistence de l'albuminurie. Nous les étudierons ici au point de vue analytique.

Nous signalerons en premier lieu quelques *signes de début* assez rares, qui éveillent l'attention du malade et du médecin et incitent à examiner l'urine. Le Noir note dans cet ordre d'idées les douleurs dans la région rénale, la courbature, les névralgies plus ou moins bien localisées, la sécheresse de la peau. On peut y ajouter quelques signes brightiques, rares, et n'offrant rien de particulier : troubles de la vue, de l'ouïe, cryesthésie, céphalée.

Les *œdèmes*, bien étudiés par Le Noir, sont un des signes les plus constants de lésion rénale chez le phtisique. Il est nécessaire de bien les différencier des œdèmes d'autre nature. Ceux qui relèvent d'une phlébite se distinguent assez aisément ; de même, l'œdème bimalléolaire léger vespéral, disparaissant par le repos, a peu de valeur clinique. Le Noir, signale les malades « qui entrent à l'hôpital avec un gonflement des membres inférieurs, une dyspnée souvent vive ; on les croit atteints d'une affection cardiaque ou d'une lésion des reins ; l'analyse des urines ne révèle pas la présence d'albumine et l'examen de la poitrine montre des lésions assez avancées ». La valeur rénale d'un œdème chez le bacillaire ne peut en somme être garantie que si l'on constate une albuminurie permanente et d'autres signes brightiques. Dans ces cas, l'œdème présente d'ailleurs des caractères différents des précédents. Peu prononcé, il est souvent localisé aux paupières, avec bouffissure du visage. Plus intense, il se distingue « par la rapidité de son extension et sa gravité pronostique ». Il aboutit, au bout d'un temps variable, à l'anarsaque.

Les *troubles cardiaques* ont été étudiés par Torkomian (1884), élève de Potain. Le bruit de galop est exceptionnel ; Le Noir l'a noté deux fois. Torkiomann a observé surtout la fréquence et la faiblesse des battements du cœur, et la présene d'un souffle mésosystolique à la pointe. Du côté du *pouls* il a noté également la fréquence et la petitesse des pulsations radiales. La *pression artérielle* est d'ordinaire diminuée chez les phtisiques atteints de néphrite, ce qui va bien avec la rareté du bruit de galop. D'aprèsGuilleminot (th. 1895-96), la pression sanguine n'est normale que dans la proportion de 35 p. 100, diminuée dans celle de 58 p. 100. Pissavy donne le chiffre moyen de 11 degrés au sphygmomanomètre de Potain (le chiffre normal oscille entre 15 et 20 degrés). Cette pression « paraît diminuer à mesure que la tuberculose fait des progrès, car dans la tuberculose au début elle reste sensiblement normale ».

Les *troubles respiratoires* font le plus souvent partie du syndrome de l'urémie, que nous étudierons plus loin. Tels sont l'oppression, la dyspnée, la respiration de Cheyne-Stokes (observée sur trois malades de Pissavy). Ce sont là des phénomènes d'ordre toxique, sine materia, que l'auscultation pulmonaire ne peut expliquer : ils accompagnent une oligurie menaçante. D'autre part, existe-t-il, chez les phtisiques, des lésions pulmonaires dépendantes du rein, des bronchites ou broncho-pneumonies albuminuriques? Le diagnostic de ces affections, observées isolément, avec la tuberculose pulmonaire elle-même, est parfois difficile (Hirtz et P. Merklen). Le problème clinique est donc complexe. Lasègue (1879) a décrit les bronchites albuminuriques de la phtisie et même des foyers de broncho-pneumonies qui, surajoutées aux lésions bacillaires, en aggravent l'évolution : « La maladie désordonnée dans sa marche offre plus de difficul-

tés que jamais à la prévision de ses aventures et de sa durée. »

Parmi les *troubles digestifs*, peu de signes ont une réelle valeur séméiologique : nous signalerons seulement ici, pour y revenir plus loin, la diarrhée de la dégénérescence amyloïde.

Rayer a dit que les *sueurs* étaient diminuées chez les tuberculeux atteints de néphrite albumineuse. Le Noir a également constaté que la sécrétion sudorale était le plus souvent modérée chez ses malades ; elle est presque supprimée dans le cas d'anasarque ; mais cet auteur n'a jamais remarqué « que les sueurs aient brusquement cessé chez nos malades lorsque leurs urines contenaient de l'albumine ». Enfin d'après Williams (1882), la lésion rénale serait susceptible d'abaisser la *température* lorsqu'il existe de l'ascite ou de l'anasarque. Le Noir doute que le fait puisse être érigé en règle générale, cependant il dit avoir rarement constaté de poussées fébriles chez les phtisiques albuminuriques.

II. Si l'on envisage maintenant l'étude symptomatique au point de vue synthétique, il est facile de décrire quelques *formes cliniques* assez caractérisées. Deux affections semblent aujourd'hui bien individualisées aujourd'hui ; elles peuvent dominer à ce point la scène morbide que le malade devienne plutôt un rénal qu'un pulmonaire. Ce sont, d'une part, la néphrite parenchymateuse chronique des tuberculeux de Landouzy et L. Bernard, Labbé et Castaigne ; d'autre part, la dégénérescence amyloïde. En dehors de ces formes définies, il est difficile de tracer des tableaux cliniques suffisamment nets. Les malades présentent l'un ou plusieurs des symptômes étudiés plus haut : une albuminurie permanente, des cylindres dans les urines, de la bouffissure du visage. Ces phénomènes passent inaperçus et modifient peu l'aspect du phtisique, car il s'agit souvent d'un tuberculeux avancé. Dans ces cas la lésion rénale peut être précisée anatomiquement, mais ne présente pas d'individualité clinique. Cependant le syndrome urémie mérite d'être décrit à part, ainsi que les deux formes signalées plus haut. Ce sera l'objet de ce chapitre.

A. La *néphrite parenchymateuse chronique* (Landouzy et L. Bernard) est une affection qui évolue principalement dans les premières périodes de la tuberculose. C'est là son premier caractère important. L'observation publiée par Labbé et Castaigne (avril 1901) est particulièrement intéressante à ce point de vue. Il s'agit d'un malade de vingt-trois ans, sans antécédents morbides, qui présente brusquement un peu d'œdème des paupières et des malléoles ; il a des crampes dans le mollet, de la cryesthésie, des douleurs lombaires. Quatre mois après le début brusque de ces accidents, il entre à l'hôpital Beaujon, dans le service du professeur Debove. On constate alors que les urines sont diminuées (en dehors du régime lacté), très albumineuses, peu riches en urée et en sels. La perméabilité rénale est normale. Le type clinique réalise celui de la néphrite parenchymateuse chronique (Bartels, Charcot), mais la cause de l'affection semble inconnue. Une injection d'un dixième de milligramme de tuberculine amène une réaction positive ; quelques jours plus tard survient une poussée de bronchite, avec bacilles de Koch dans les crachats. Chez ce malade la néphrite a donc été la seule détermination morbide d'une tuberculose pulmonaire latente, devenue évidente par la suite. Labbé et Castaigne, insistant sur ce fait, concluent qu'en face d'une néphrite de cause inconnue, il faut toujours soupçonner la tuberculose. C'est là une confirmation des idées émises le mois précédent par Landouzy et L. Bernard.

Ces auteurs ont observé six cas de « néphrite parenchymateuse type » qui mènent à deux conclusions : 1° la tuberculose pulmonaire peut entraîner comme manifestation la néphrite parenchymateuse chronique ; 2° la néphrite parenchymateuse chronique reconnaît dans son étiologie la tuberculose pulmonaire et même la tuberculose « nous paraît » une des causes les plus fréquentes de cette affection rénale. Ces malades sont porteurs de lésions bacillaires confirmées par l'auscultation, mais le plus souvent « discrètes et initiales » ; ils se rapprochent ainsi du malade précédent.

Le début de l'affection est le plus souvent insidieux ; sans raison surviennent des œdèmes d'abord légers et fugaces, puis plus intenses et plus persistants ; le malade, comme la plupart des tuberculeux au début, maigrit et perd ses forces ; mais, fait important, les urines diminuent et deviennent albumineuses. D'après Landouzy et L. Bernard, toute la symptomatologie se résume en peu de lignes. Les urines sont le plus souvent diminuées, quelquefois de quantité normale ou même exagérée par le régime lacté. Elles contiennent beaucoup d'albumine (2 à 20 grammes), et peu d'urée. L'épreuve du bleu et la cryoscopie démontrent que la perméabilité rénale est normale ou exagérée, jamais diminuée. Les œdèmes, plus ou moins marqués, peuvent aboutir à l'anasarque et aux diverses hydropisies. Comme autres signes, troubles digestifs peu marqués, céphalée variable. On n'observe ni bruit de galop, ni hypertrophie cardiaque, ni hypertension artérielle, ni petits signes de brightisme.

B. Les malades précédents étaient avant tout des rénaux ; les lésions pulmonaires spécifiques étaient peut-être anatomiquement anciennes, mais alors d'évolution lente, à peine confirmées cliniquement, quelquefois absolument latentes. Il n'en est plus de même dans la plupart des cas de *dégénérescence amyloïde des reins*, qui ont trait à des phtisiques avancés. De plus l'histoire de cette affection diffère nettement de la précédente. Sans doute, au point de vue anatomique, les lésions épithéliales, interstitielles, amyloïdes, peuvent coexister, nous l'avons vu, dans des proportions variables ; mais il semble bien que la prédominance de chacune de ces trois altérations s'observe dans des circonstances différentes, et détermine des aspects cliniques nettement séparés. D'après Brault, la dégénérescence amyloïde est la détermination presque exclusive de la tuberculose sur le rein (bacillose locale mise à part) ; si l'on admet cette opinion, elle doit s'entendre au point de vue théorique et anatomique, et la division clinique que nous exposons n'en persiste pas moins.

En effet, la dégénérescence amyloïde confirmée du rein se juge au lit du malade par des signes très différents de ceux exposés à propos de la néphrite parenchymateuse de Landouzy et L. Bernard. Tout d'abord, elle évolue chez des bacillaires avancés. Cependant Hirtz et Salomon (juillet 1901) ont publié une observation de rein amyloïde chez un malade qui ne présentait pas les symptômes fonctionnels d'un tuberculeux, mais plutôt ceux d'un rénal. Les lésions pulmonaires donnaient peu de signes à l'auscultation (inspiration soufflante et rude, râles sous-crépitants surtout aux bases) ; mais elles étaient très avancées (à l'autopsie, caverne au sommet droit et infiltration tuberculeuse de tout l'organe, cavernules au sommet gauche). Cliniquement ce malade se rapproche de ceux de Landouzy et Bernard en ce

que les signes brightiques l'emportent sur les signes pulmonaires. Cependant une analyse précise des symptômes a permis à Hirtz et Salomon de porter le diagnostic de dégénérescence amyloïde prédominante, confirmée par l'autopsie. Cette intéressante observation montre donc bien que les tableaux cliniques des deux affections rénales sont constitués par des éléments symptomatiques différents.

Nous insisterons surtout sur ces différences. Les urines, ici, sont abondantes; il y a de la polyurie, une polyurie jaune d'or, moins pâle que celle de la néphrite interstitielle. Le taux de l'albuminurie est élevé. Rappelons la règle clinique de Brault : « Lorsque, dans le cours d'une albuminurie chronique le chiffre de l'albumine se maintient au-dessus de 10, 12 grammes, il y a de fortes présomptions en faveur de la dégénérescence amyloïde; si le chiffre est plus élevé (parfois 40 grammes), il y a certitude. » Si on ajoute les œdèmes plus ou moins intenses, pouvant aller jusqu'à l'anasarque, la présence de lésions bacillaires avancées, une diarrhée séreuse très abondante par infiltration amyloïde des vaisseaux intestinaux, on voit que les éléments de diagnostic sont assez précis. L'association de la polyurie et d'une très forte albuminurie a surtout une grosse valeur séméiologique; puis viennent les œdèmes et les lésions pulmonaires. Il n'y a pas d'hypertrophie cardiaque ni d'hypertension artérielle. La perméabilité rénale est normale ou exagérée. La mort survient dans le marasme et la cachexie.

G. Dans les deux formes cliniques qui précèdent, l'*urémie* est rare; on peut dire également, d'une manière générale, que le syndrome est rare chez le phtisique. Ce que nous avons dit chemin faisant à propos de la perméabilité rénale, de la toxicité des urines, de l'hypotension artérielle, permettait déjà de le prévoir. Le rein des tuberculeux, même lésé, suffit d'ordinaire à l'élimination des poisons. Dans la pathogénie de l'insuffisance urinaire chez le bacillaire, il convient de donner, avec Pissavy, une grande importance aux lésions des autres viscères, et en particulier du foie; dans deux cas d'urémie, l'autopsie a révélé à cet auteur la coïncidence de cirrhose hépatique. Cliniquement, l'interprétation des signes urémiques dyspnéiques, digestifs ou nerveux, est toujours extrêmement délicate. Les réserves de Pissavy paraissent fort judicieuses : « Nous n'avons fait le diagnostic d'urémie que chez les malades qui, succombant avec une oligurie très marquée et de la respiration de Cheyne-Stokes parfaitement nette, ne présentèrent à l'autopsie, en dehors des altérations rénales, aucune autre lésion capable d'expliquer les symptômes précédents. » Sur cinquante tuberculeux, cet auteur a observé trois fois l'urémie représentée par le coma et la respiration de Cheyne-Stokes avec oligurie et même anurie. On s'accorde d'ailleurs à dire que l'urémie, toujours rare, revêt le plus souvent le type comateux, « ce qui ne saurait surprendre si l'on songe à la profonde asthénie des malades. » Il existe également des dyspnées toxiques, non expliquées par une extension des lésions pulmonaires, et qui, jointes à l'oligurie, réalisent bien le type clinique de l'urémie dyspnéique.

Disons, en terminant, au point de vue du *pronostic*, que les lésions rénales ne semblent pas hâter l'évolution des tubercules pulmonaires. Mais ces lésions influencent défavorablement l'état général du phtisique, ajoutant le danger de l'insuffisance urinaire à ceux qui déjà le menacent. Elles sont enfin parfois un obstacle à la suralimentation et, pour quelques-uns, au traitement médicamenteux.

BIBLIOGRAPHIE. — ACHARD et LŒPER. Soc. de biol., mars 1901. — AUDIGANNE. *Recherches urologiques sur la tuberculose*, Th. de Paris, 1897-98. — L. BERNARD. *Les fonctions du rein dans les néphrites chroniques*, Th. de Paris, 1900. — BORREL. Tuberculose expérimentale du rein, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 25 fév. 1894. — BOUCHARD. *Auto-intoxications*, et Les néphrites infectieuses, *Revue de méd.*, 1881, p. 675. — BOULLOCHE. *Manuel de médecine* Debove-Achard, t. VI, art. ALBUMINURIE. — BRAULT. *Traité de médecine* Charcot-Bouchard, t. V, art. REIN; — Cong. de Moscou et *Presse méd.*, 1897, p. 7, 8; — L'action de la tuberculose sur le rein, *Presse méd.*, 6 avril 1901. — BURCKHARDT. *Bull. méd.*, 1891, p. 38. — CAILLERET. Th. de Paris, 1881. — CARRIÈRE. Etude expérimentale des altérations histologiques du foie et du rein produites par les toxines tuberculeuses, *Arch. de méd. expérim.*, 1897, p. 65. — CANTIERI. Ulteriori experienzi sulle urine dei tuberculosi inoculati colla linfa di Koch, *Rivista clinica*, 1891. — CAUSSADE. *Manuel de médecine* Debove-Achard, t. VI, art. NÉPHRITES. — CHAUFFARD. Néphrite par tuberculine, *Bull. méd.*, 1892, p. 385; — *Traité de médecine* Brouardel-Gilbert, t. V, art. REIN. — CHRÉTIEN. *La fièvre des tuberculeux*, Th. de Paris, 1896. — COFFIN. *Etude sur le rein des tuberculeux et en particulier sur la néphrite tuberculeuse*, Th. de Paris, 1890. — CORNIL et BRAULT. *Pathologie du rein*, 1884. — CORNIL et RANVIER. *Histologie pathologique*, t. II. — DAUNIC. *Le rein des tuberculeux*, Th. de Toulouse, 1893. — DUBIEF. *Manuel de médecine* Debove-Achard, t. I, art. PHTISIE CHRONIQUE. — DUJARDIN-BEAUMETZ et DUBIEF. Acad. de méd., 10 fév. 1891. — DURAND-FARDEL. Th. de Paris, 1886. — GAUCHÉ. *Etude sur la néphrite albumineuse dans la phtisie chronique*, Th. de Paris, 1879. — GOUGET. *Influence des maladies du foie sur l'état des reins*, Th. de Paris, 1895. — GRANCHER et BARBIER. *Traité de médecine* Brouardel-Gilbert, t. VII, art. TUBERCULOSE PULMONAIRE. — GRANCHER et H. MARTIN. Note sur les vaccinations antituberculeuses, Cong. de la tubercul., 1891. — GRANCHER, H. MARTIN et LEDOUX-LEBARD. Recherches sur la tuberculose expérimentale, 14 fév. 1891. — GRASSET. *La cryoscopie et son application chez les tuberculenx*, Th. de Paris, juillet 1901. — GUILLEMINOT, *Albuminurie et maladies chroniques*, Th. de Paris, 1895-96. — HAYEM. De l'urobilinurie chez les tuberculeux, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1896, p. 195. — HENRIQUEZ. *Néphrites infectieuses*, Th. de Paris, 1892. — HOCHSINGER. Cong. de pédiat. de Brême, 1890. — ISCOVESCO. *Néphrite scrofuleuse*, Th. de Paris, 1888-89. — JEANSELME. *Traité de médecine* Brouardel-Gilbert, t. V, art. REIN. — JEANTON. *Etude critique de la valeur de l'albuminurie dans le mal de Bright*, Th. de Paris, 1888. — LABBÉ et CASTAIGNE. Soc. méd. des hôpit., 26 avril 1901. — LACOMBE. Th. de Paris, 1874. — LASÈGUE. *Etudes médicales* et Bronchite albumineuse, *Arch. de méd.*, 1879. — LECLERC et FOURNIER. Le rein tuberculeux, *Lyon méd.*, 9 nov. 1891. — LECORCHÉ et TALAMON. *De l'albuminurie*, 1888. — LE NOIR. *L'albuminurie chez les phtisiques*, Th. de Paris, 1890. — LEREDDE. Névroses viscérales dans la tuberculose humaine, *Arch. de méd. expérim.*, 1895. — MAFFUCCI. Xe Réunion de la Soc. ital. de chir., oct. 1893. — MARFAN. *Traité de médecine* Bouchard-Brissaud, t. VII, art. TUBERCULOSE PULMONAIRE. — MILIAN. La cryoscopie en pathologie rénale, Soc. de biol., 12 oct. 1901. — PERNICE. *Sicilia med.*, 1890, n° 4, p. 270. — PIEDALLU. *Albuminurie chez les phtisiques*, Th. de Paris, 1878. — PISSAVY. *Néphrites consécutives à la tuberculose*, Th. de Paris, 1898. — RAMOND et HULOT. Action de la tuberculine sur le rein, Soc. de biol., oct. 1900. — RANTY. *Essais sur les variations de l'urée dans la tuberculose pulmonaire*, Lyon 1882. — RAPPIN et FORTIVEAU. Recherche de la tuberculine dans les urines des tuberculeux, Cong. de Boulogne, sept. 1899. — RAYER. *Maladies des reins*, 1840, t. II, p. 322. — RENDU. De l'albuminurie des tuberculeux, *Ann. de méd.*, 1895, p. 89. — RENON. *Manuel de médecine* Debove-Achard, t. V, art. NÉPHRITE TUBERCULEUSE. — ROUSSIN. *Variations de l'urée, des chlorures et des phosphates dans*

la tuberculose, Th. de Paris, 1883. — SCHRŒDER. La diazo-réaction de l'urine chez les phtisiques, *Münch. med. Wochens.*, 1899, p. 1339 et 1380. — SENATOR. *Traité de l'albuminurie*, 1891. — STRAUS. Soc. méd. des hôpit., juin 1881. — TEISSIER. Recherches comparées sur l'élimination des phosphates dans la chlorose vraie et la phtisie commençante, Assoc. franç. pour l'avanc. des sc., Nantes 1875. — J. TEISSIER. Cong. de Lyon, 1894. — TISSOT. *De l'hydropisie causée par l'affection granuleuse des reins*, Th. de Paris, 1833. — TORKOMIAN. *Étude clinique sur les accidents observés chez les tuberculeux brightiques sans tuberculose rénale*, Th. de Paris, 1884. — VIGNEROT. Sur l'étiologie générale des néphrites, *Arch. gén. de méd.*, oct. 1892. — WILLIAMS. *Brit. med. Journ.*, 1883, t. II, p. 122, et *The Lancet*, 18 mars 1882.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(22 JANVIER 1902)

S'il y a une question sur laquelle les chirurgiens devraient être fixés, c'est bien certainement celle de l'**anesthésie chloroformique**. Il semble qu'il n'en est rien à voir se renouveler périodiquement, à la Société de chirurgie, la même discussion. Un chirurgien perd un malade sous le chloroforme; loyalement il vient apporter le fait à la Société et dire à ses collègues : Méfiez-vous, le chloroforme est dangereux.

Alors, chacun de venir rappeler ses malheurs anesthésiques, d'indiquer les moyens qui lui paraissent les plus propres à les éviter. C'est ainsi qu'à propos du cas de mort communiqué dans la dernière séance par M. Poirier, M. Richelot est venu dire qu'il croyait s'être mis à l'abri des syncopes cardiaques en commençant l'anesthésie par le bromure d'éthyle et en la continuant par le chloroforme. Ce moyen n'a pas réussi à M. Hartmann, qui fait connaître un cas de mort subite au cours d'une anesthésie pratiquée de cette façon. Il ne faudrait donc pas se fier à la sécurité dans laquelle se croit M. Richelot.

M. Gérard Marchant a parfaitement raison quand il dit que nous vivons dans un optimisme peut-être exagéré à l'égard du chloroforme. Toutefois, il faut songer, ajoute-t-il, que ces discussions franchissent souvent cette enceinte et qu'en exagérant ou en dénaturant les faits on peut trop facilement jeter l'effroi dans l'esprit de ceux qui ont besoin de recourir à la chirurgie.

Depuis 1875, M. Marchant a vu 7 cas de mort par le chloroforme. En janvier 1879, il endort un malade que Dolbeau allait opérer d'un sarcome ossifiant du maxillaire inférieur. Ce malade meurt asphyxié. On trouve à l'autopsie un noyau néoplasique dans le poumon. Etant chef de clinique chez Trélat, M. Marchant a vu 4 cas de mort par le chloroforme. Depuis qu'il est chef de service, il a perdu 2 opérés sous le chloroforme. M. Marchant déclare qu'il a toujours eu peur du chloroforme, qu'il a toujours pris les plus grandes précautions et cependant il a eu, dans sa vie chirurgicale, 7 accidents mortels. Mais il ne connaît plus ces alertes, ces angoisses depuis le mois de mars 1895, époque à laquelle il a définitivement remplacé le chloroforme par l'éther.

L'éther va-t-il donc nous donner une sécurité absolue? Eh bien! non, M. Chaput a eu un cas de mort subite par l'éther et plusieurs cas de mort consécutive par congestion pulmonaire.

Étant à Bicêtre où on a affaire à des malades affaiblis, M. Chaput a eu 3 cas de mort par le chloroforme. Il a pris l'habitude de confier l'anesthésie toujours au même assistant, un docteur en médecine qui connaît très bien l'anesthésie. Malgré cette précaution et celle qu'il a prise de recourir à une méthode mixte, éther au début et chloroforme ensuite, M. Chaput estime qu'il a encore une mortalité de 1 à 2 p. 1000 par l'anesthésie.

La discussion continuera dans la prochaine séance, plusieurs orateurs s'étant fait inscrire.

Nous ne ferons que mentionner une petite discussion sur le meilleur mode de **préparation du catgut**, M. Picqué fait stériliser son catgut et le conserve dans l'alcool absolu.

MM. Delbet, Broca insistent sur les précautions à prendre, pendant le chauffage, pour éviter l'évaporation de l'alcool.

M. Legueu déclare se très bien trouver de la stérilisation dans l'alcool absolu et de la conservation dans le tube Bardy, dans l'alcool à 90 degrés.

Nous entendons ensuite une discussion un peu confuse sur la **gangrène des fibromes utérins**, question soulevée dans la dernière séance par M. Peyrot à propos de la présentation d'une pièce se rapportant à un fibrome avec épithélioma de la cavité utérine. M. Quénu prend la parole à ce sujet et s'étonne d'avoir entendu dire à M. Peyrot que la gangrène du fibrome était fréquente. M. Terrier, dans sa longue carrière, n'en a rencontré que deux cas. Pour M. Quénu, M. Peyrot considère comme de la gangrène ce qui n'en est pas. M. Quénu établit une distinction entre la simple mortification des tissus et la mortification avec putréfaction, entre la nécrobiose et la gangrène, et il arrive à cette conclusion que cette dernière est très rare.

M. Michaux ne partage pas cette opinion et croit la vraie gangrène des fibromes beaucoup plus fréquente qu'on ne croit.

M. Peyrot a opéré, le matin même, une femme de cinquante-trois ans, atteinte d'un volumineux fibrome, cachectique, exsangue, ayant des hémorragies, des frissons, une température de 40 degrés. Il a trouvé un très gros utérus avec de nombreux fibromes sous-muqueux, quelques fibromes interstitiels et un fibrome sous-péritonéal. Il a examiné cette tumeur, une fois enlevée, avec la préoccupation d'y trouver les lésions dont il a parlé, et, en effet, il y trouva tous les degrés de la dégénérescence des fibromes jusqu'à un vaste foyer purulent.

En résumé, tout cela n'est qu'une question de mots; tout le monde est d'accord sur les nombreuses altérations que peuvent présenter les fibromes utérins, depuis la simple dégénérescence scléreuse jusqu'à la gangrène vraie, en passant par la nécrobiose, la suppuration, etc.

M. Bouilly croit qu'il s'est établi, dans cette discussion, une confusion fâcheuse résultant de ce qu'on a donné le nom de gangrène à des altérations très diverses des fibromes utérins. Il y a, en effet, des distinctions très nettes à établir entre la nécrobiose, l'infection et la vraie gangrène. M. Bouilly a bien souvent rencontré des fibromes feuille morte, des fibromes infectés; mais il n'a jamais vu de vraie gangrène dans les fibromes. Il ne saurait ainsi caractériser aucune des nombreuses altérations qu'il a rencontrées et qui se rapportent parfaitement à la description clinique qu'en a faite M. Peyrot.

La discussion se poursuit ainsi entre MM Quénu, Hartmann et Peyrot, M. Quénu y apportant des données histologiques qui viennent confirmer la distinction clinique très nettement établie par M. Bouilly, et, en terminant cette discus-

sion, M. Peyrot reconnaît avoir donné trop vite le nom de gangrène aux altérations qu'il a signalées comme très fréquentes dans les fibromes utérins.

Nous signalerons, parmi les présentations, des agrafes particulières dont se sert M. Chaput pour la **gastro-entérostomie**, agrafes dont M. Ricard ne voit pas bien l'utilité, les fils de soie et l'aiguille de couturière lui suffisant parfaitement et lui permettant de faire très aisément une gastro-entérostomie en vingt-cinq à trente minutes. Par contre, il prévoit les inconvénients tirés de ce fait que ces agrafes constituent des corps étrangers facilement infectables au voisinage d'une muqueuse.

M. Reclus présente une **grossesse extra-utérine** qui avait donné lieu à une véritable inondation péritonéale.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la pelade.

D'après M. Hallopeau (1).

La pelade étant une affection contagieuse, les indications thérapeutiques qu'elle présente sont les suivantes :

1° Enlever mécaniquement les agents parasitaires ;

2° Détruire ces agents par des topiques appropriés ;

3° Transformer le tégument en un milieu de culture défavorable à la vie de ces parasites.

Pour les pelades du cuir chevelu : faire chaque jour, à l'eau chaude, un savonnage de la région ; lotionner la région avec le tétrachlorure de carbone purifié ; pratiquer ensuite une friction douce avec la miction suivante :

Alcool	300	grammes.
Alcoolat de lavande	30	—
Ess. de térébenthine	60	—
Camphre	60	—
Sublimé	quatre-vingt-dix centigr.	

Après avoir enlevé, avec une pince à épiler, les petits cheveux qui ne tiennent pas, badigeonner chacune des plaques dénudées, en empiétant d'environ 5 millimètres sur son pourtour, avec un crayon composé ainsi qu'il suit :

Chrysarobine	2g50	centigr.
Paraffine } *ââ*	3g50	—
Beurre de cacao }		
Soufre précipité	0g50	—
Résorcine	1g50	—

(Formule de Galewsky modifiée.)

Si cette préparation détermine trop de rougeur des téguments, la remplacer par des badigeonnages avec un tampon d'ouate imprégné de la solution suivante :

Acide phénique cristallisé	9	parties.
Alcool à 95 degrés	1	—

Ce badigeonnage sera continué jusqu'à coloration blanche des parties malades, on le cesse alors et on enlève l'excès de la préparation phéniquée par une lotion avec de l'alcool à 95 degrés.

Ces badigeonnages seront renouvelables tous les trois, quatre ou cinq jours suivant les cas.

On peut encore employer une friction avec de la teinture de cantharide en les renouvelant dès que l'épiderme s'est reformé, ou encore avec de l'huile de croton mitigée à la dose de 2 à 10 p. 100.

Pour les pelades du visage, employer les frictions quotidiennes avec le mélange suivant :

Acide lactique	5	grammes.
Alcool } *ââ*	10	—
Chloroforme }		

(1) *Bull. gén. de thérap.*, 15 nov. 1901.

Si cette médication est mal supportée, faire matin et soir, pendant cinq minutes, des frictions avec du pétrole lampant.

Pour les pelades complètes du tronc, recourir, en même temps qu'aux savonnages et aux lotions parasiticides, aux frictions prolongées avec le pétrole. Les bains de sublimé à 20 grammes pour 200 litres seront également recommandables.

Dans les cas de pelade vraie, les traitements internes non plus que les injections hypodermiques de pilocarpine ne sont d'aucune utilité.

Au point de vue *prophylactique*, se rappeler que la pelade ne se transmet que par des contacts directs (instruments de toilette, rasoirs, tondeuses, coiffures, dossiers des chaises, des voitures, etc.). Il n'est pas nécessaire d'isoler les malades, à condition que ceux-ci aient la tête constamment couverte et traitée antiseptiquement ; il faut s'opposer seulement aux échanges de coiffures, les faire désinfecter et éviter le contact direct des dossiers de voitures ou de chemins de fer. L. B.

REVUE DES THÈSES

Traitement du tétanos par les injections phéniquées. Méthode de Baccelli, par le docteur René Chrétien. (Th. de Lyon, 1901.)

Dans la *Gazette des hôpitaux* du 4 septembre 1900, M. le docteur X. Delore (1) publiait une observation, recueillie à la clinique de M. le professeur Poncet, de guérison d'un cas de tétanos, guéri par les injections phéniquées. Cette observation a été le point de départ de l'intéressante thèse dont voici les conclusions :

I. Le traitement du tétanos confirmé est plus que jamais à l'ordre du jour ; parmi les deux questions générales, en effet, qui doivent être traitées au prochain Congrès français de chirurgie, se trouve le traitement du tétanos.

Un pas énorme a été fait dans ces dernières années dans le traitement de cette maladie ; par la sérothérapie, on est parvenu à mettre les blessés à l'abri de cette complication si redoutable.

Reste la question du traitement du tétanos confirmé. Dans cette étude, nous l'avons envisagé en suivant la thérapeutique préconisée par Baccelli.

II. C'est sur le rôle antiseptique, antithermique et modérateur des réflexes, rempli par l'acide phénique, qu'a été établi ce mode de traitement.

On connaît, en effet, l'action physiologique générale de l'acide phénique, ses propriétés antiseptique, antithermique, antipyrétique, et son affinité, si nous pouvons nous exprimer ainsi, pour le système nerveux.

III. Des recherches expérimentales sur l'action thérapeutique de l'acide phénique, chez des animaux rendus tétaniques, sont contradictoires. Babès, Sahli, Rose, Heddaens, Henderson, Evelyn Place auraient obtenu des cas de guérison, tandis que le même traitement, entre les mains de MM. Muzzio, J. Courmont et Doyon, Josias, Cioffi, n'aurait donné que des résultats négatifs.

IV. Quoi qu'il en soit, en raison des résultats positifs obtenus chez l'homme, dans mainte circonstance, par divers chirurgiens, il est certain qu'à l'heure actuelle, les injections phéniquées dans le traitement du tétanos confirmé ont donné de tels résultats, que l'on est en droit d'en faire usage dès les premières manifestations de cette complication d'une si grande mortalité, et alors que les autres méthodes de traitement n'ont donné et ne donnent que des résultats incertains.

Une dernière statistique ramène à 77 le nombre de cas de

(1) X. Delore. Tétanos traumatique traité par la méthode de Baccelli ; guérison. *Gaz. des hôpit.*, 1900, n° 100, p. 1119.

tétanos confirmé traités par la méthode de Baccelli, avec une mortalité de 12 à 13 p. 100 ; le chiffre imposant de guérisons obtenues est, dans l'espèce, d'autant plus probant que, dans beaucoup de cas, comme le dernier chapitre le rapporte, et comme en témoignent les observations, le tétanos avait une allure aiguë, que la température des blessés, qui a aussi une si haute valeur pronostique, avait atteint ou dépassé 39 degrés.

Des adénopathies péri-appendiculaires dans l'appendicite, par M. le docteur Eug. Bonjour. (Th. de Paris, 1901.)

Les adénopathies peri-appendiculaires sont très fréquentes dans l'appendicite.

Elles siègent le plus souvent, dit M. Bonjour, dans le méso-appendice ou derrière l'angle iléo-cæcal. Mais on les observe fréquemment au-dessus de cet angle ou dans le mésentère, autour du tronc de l'artère mésentérique supérieure.

Elles sont exceptionnelles sur la face antérieure du cæcum.

Les ganglions enflammés sont en général peu nombreux. Dans des cas rares, ils atteignent un volume considérable.

Au point de vue clinique, ces adénites sont le plus souvent méconnues, ce sont des trouvailles d'opération. D'autres fois, elles forment des masses inflammatoires et le chirurgien pense à une tumeur. Peut-être l'adénopathie seule, en l'absence de l'appendice détruit, peut donner le syndrome de l'appendicite.

Le chirurgien n'a guère à intervenir contre ces adénites inflammatoires, le plus souvent il devra les respecter. Exceptionnellement il a dû les extirper.

Contribution à l'étude de la bactériologie des otites moyennes aiguës, par M. le docteur Henri Coussieu. (Th. de Paris, 1901.)

L'otite moyenne aiguë, survenant en dehors d'une maladie infectieuse à microbes inconnus (scarlatine, rougeole, etc.), est généralement monomicrobienne à son début.

Dans ses recherches faites dans le laboratoire de M. Lermoyez, l'auteur a retrouvé le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque; il n'a pas rencontré le bacille de Friedlander, mais il ne nie pas son existence pour cela.

En général l'otite monomicrobienne ne suppure pas ou suppure pendant peu de temps.

Lorsqu'on trouve au début d'une otite moyenne plusieurs microbes associés : microbes pathogènes ou microbes pathogènes et saprophytes, l'otite tend vers la chronicité.

Les tares organiques prédisposent aux infections secondaires, qui sont fréquemment causées par des affections catarrhales du nez et du pharynx.

L'infection secondaire peut aussi venir du conduit.

Le moyen le plus sûr d'éviter ces infections et par conséquent d'abréger la durée d'une otite, consiste à observer une asepsie rigoureuse dans les pansements, à réaliser une asepsie aussi complète que possible du nez et du pharynx par l'emploi de pommades à la résorcine ou à l'acide borique et au menthol.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Gley, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Guerre. — M. le médecin aide-major de première classe Margain, précédemment affecté à la Guinée française, a été désigné pour servir, hors cadres, à l'administration pénitentiaire de la Nouvelle-Calédonie.

— MM. les docteurs Paon, Rongier, Petit, Frécus, de Brianson, Bachon, George, Bordet et Montané ont été nommés, après concours, à l'emploi de médecin stagiaire à l'École du Val-de-Grâce.

Marine. — Par décret en date du 17 janvier 1902, M. Bohéas, médecin principal de la marine en retraite, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer.

M. le médecin de première classe Lorin est désigné pour embarquer sur la défense mobile du port de Brest.

M. le médecin de deuxième classe Vialet est désigné pour aller servir à la défense mobile de Dunkerque.

M. le médecin de deuxième classe Marchenay est désigné pour embarquer sur l'*Alcyon* (station locale du Congo).

M. le médecin de deuxième classe Roustan, du port de Toulon, est désigné pour aller servir à la défense mobile d'Oran.

M. le médecin de deuxième classe Balcam, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur l'*Ardent* (station locale du Sénégal).

— M. Richard, élève du service de santé de la marine, est nommé médecin auxiliaire de deuxième classe.

Concours. — Le jury du concours qui aura lieu à Brest le 3 février prochain, pour deux emplois de professeur de séméiologie médicale, dans les écoles annexes de médecine navale, sera composé comme suit :

MM. l'inspecteur général du service de santé, président; Duval, médecin en chef de deuxième classe, membre; Piton, médecin principal, membre.

Prix Maillot (décerné par la Société de médecine d'Alger). — Le concours sur la malaria en Algérie sera clos le 30 avril 1902. Ce prix, triennal, est d'une valeur de 300 francs.

Conditions du concours. — Les concurrents ont toute latitude pour traiter le sujet comme ils l'entendent, c'est-à-dire qu'ils pourront, soit embrasser l'ensemble du sujet, soit limiter leur travail à un point quelconque de la maladie ou à une monographie régionale.

Les mémoires devront être envoyés avant le 30 avril prochain au président de la Société de médecine d'Alger (M. le docteur Vincent, 12, rue Dumont-d'Urville), dans les formes ordinaires des concours, c'est-à-dire qu'ils devront porter une devise, laquelle sera reproduite sous pli cacheté contenant en même temps le nom de l'auteur.

Ces travaux ne devront pas remonter au delà de trois ans.

La falsification du lait à Paris. — *Le concours de l' « Écho de Paris ».* — Comme suite à la campagne ouverte dans la presse politique contre la falsification du lait à Paris, l'*Écho de Paris* ouvre un concours destiné à encourager les inventeurs qui trouveront le moyen de rendre plus difficile, sinon impossible, la falsification du lait.

Un jury de médecins et de savants s'est réuni hier à la Faculté de médecine et a élaboré le règlement que nous donnons ci-après, après avoir élu son bureau qui est composé de la façon suivante :

Président : M. le docteur Brouardel, membre de l'Institut; vice-présidents : M. Achille Muntz, membre de l'Institut, et M. Pouchet, membre de l'Académie de médecine; rapporteur M. Guinochet, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité; secrétaire des séances : M. le docteur Blondel, chef du laboratoire de la Maternité à la Charité.

Règlement du concours

Après discussion, la commission établit le règlement du concours dont voici le texte :

Article premier. — Sur l'initiative de l'*Écho de Paris*, il est ouvert un concours entre les inventeurs à l'effet de découvrir un appareil et un procédé permettant de révéler la falsification du lait et d'aider ainsi, dans l'intérêt de la santé publique, à la répression de la fraude.

Art. 2. — L'*Echo de Paris* met à la disposition de la commission une somme de *cinq mille francs*, qui sera distribuée en un ou plusieurs prix.

Art. 3. — Ces prix seront décernés : soit à un appareil et à un procédé d'emploi facile, à la portée de toutes les bourses, et permettant à chacun de découvrir, sans connaissances spéciales, rapidement et à coup sûr, le lait dénaturé;

Soit à un appareil et à un procédé *simples*, permettant à une personne exercée de soupçonner la falsification, après essai sommaire, sur place, et de provoquer la saisie de l'échantillon suspect.

Art. 4. — Tous les appareils et procédés remplissant ces conditions, qu'ils soient inédits ou publiés, français ou étrangers, seront admis à prendre part au concours.

Art. 5. — Les concurrents devront déposer leurs appareils et la description (sous enveloppe cachetée) de leurs procédés, du 10 au 15 mai inclus, avant cinq heures du soir, aux bureaux de l'*Echo de Paris*.

Chaque envoi sera accompagné d'une devise répétée sur une enveloppe cachetée qui renfermera le nom et l'adresse de l'inventeur.

Art. 6. — Les appareils et procédés seront examinés en présence de la commission. Un rapport de classement sera fourni dont les conclusions seront publiées par l'*Echo de Paris*.

Art. 7. — Les enveloppes se rapportant aux appareils et procédés primés ne seront ouvertes que le lendemain et les noms des lauréats proclamés.

Art. 8. — La description des appareils et des procédés primés sera publiée par l'*Echo de Paris* dès que les formalités nécessaires à la prise d'un brevet, si l'inventeur le désire, auront été remplies.

Art. 9. — La remise du montant du ou des prix déterminés par la commission sera faite dans les bureaux de l'*Echo de Paris*, aussitôt après la publication du nom des lauréats, et sur présentation du récépissé délivré par l'Administration du journal, au moment du dépôt de l'appareil ou du procédé.

Art. 10. — Les appareils et les descriptions des procédés devront être retirés par les concurrents dans les huit jours qui suivront la publication des résultats du concours.

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la troisième semaine, 928 décès au lieu de 955 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1023. L'état sanitaire continue donc à être satisfaisant. Les maladies de l'appareil respiratoire ont encore diminué.**

La fièvre typhoïde a causé 3 décès, au lieu de 5 pendant la précédente semaine (la moyenne est 6).

La variole a causé 7 décès, au lieu de 6 pendant la semaine dernière et au lieu de la moyenne 2; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est stationnaire (41 au lieu de 42).

La rougeole a causé 11 décès au lieu de 12 pendant la semaine précédente et de la moyenne 9; la scarlatine 2, chiffre identique à la moyenne et à celui de la semaine précédente; la coqueluche 10, au lieu de 14 pendant la dernière semaine et de la moyenne 6.

La diphtérie a causé 20 décès, au lieu de 15 pendant les deux premières semaine de 1902 (la moyenne est 7); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est aussi en augmentation (142, au lieu de 116 et 139).

La diarrhée infantile a causé 25 décès de 0 à 1 an, au lieu de 26 pendant la semaine précédente et de la moyenne 26. En outre, 5 décès de 1 à 2 ans et 2 d'adultes ont été constatés, et 30 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies des organes de la respiration ont causé 144 décès, au lieu de 171 pendant la semaine précédente et au lieu de 232, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 9 décès (au lieu de la moyenne 23); bronchite chronique, 16 (au lieu de la moyenne 33); pneumonie, 40 (au lieu de la moyenne 55); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 79 (au lieu de la moyenne 121), dont 32 sont dus à la congestion pulmonaire et 40 à la bronchopneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 208 décès; la méningite tuberculeuse, 24 décès; la méningite simple, 12; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 10 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 58 décès; les maladies organiques du cœur, 73 (chiffre qui doit être considéré comme élevé); le cancer **a fait périr 48 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 7 décès; la cirrhose du foie, 6; la néphrite, 22; enfin, 30 vieillards sont morts de débilité sénile.**

Société française d'histoire de la médecine. — Dans le but de développer le goût des études d'histoire de la médecine et des sciences qui s'y rattachent, considérée au multiple point de vue de l'évolution des doctrines et des institutions, de la biographie, de la bibliographie et des recherches documentaires, il se fonde en ce moment à Paris une Société française d'histoire de la médecine sous le patronage de ceux qui, à l'Académie, à la Faculté, dans les bibliothèques, parmi les indépendants appartenant ou non au monde médical, croient à l'influence heureuse des études historiques sur l'évolution de la médecine.

La première réunion générale, consacrée à l'adoption des statuts, aura lieu le mercredi 29 janvier, à cinq heures et demie, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence du professeur Raphaël Blanchard, président du comité d'organisation, dont le secrétaire général est notre confrère, M. Albert Prieur.

Exercices pratiques de diagnostic bactériologique, sous la direction de M. le docteur Fernand Bezançon, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie, et de M. le docteur Griffon, préparateur. — Une série d'exercices pratiques de bactériologie commencera le mardi 4 février 1902.

Des conférences, suivies de travaux pratiques, auront lieu de deux à cinq heures, les mardis, jeudis et samedis.

Programme du cours. — Première leçon : Technique de la coloration des microbes; méthode de Gram. — Deuxième leçon : Analyse bactériologique du pus : examen, culture, inoculation. — Troisième leçon : Diagnostic des microbes pyogènes (aérobies). Diagnostic bactériologique de la peste. — Quatrième leçon : Analyse bactériologique des crachats (non tuberculeux). — Cinquième leçon : Analyse bactériologique des crachats tuberculeux. Tuberculose et pseudo-tuberculose. — Sixième leçon : Analyse microscopique du sang (bactériologie et histologie). — Septième leçon : Analyse bactériologique des sérosités pathologiques (pleurales, articulaires, cérébro-spinales, etc.). Cytodiagnostic. — Huitième leçon : Analyse bactériologique des angines non diphtériques. — Neuvième leçon : Diagnostic de la diphtérie. — Dixième leçon : Analyse bactériologique de l'eau. — Onzième leçon : Séro-diagnostic. — Douzième leçon : Analyse bactériologique des matières fécales. — Treizième leçon : Diagnostic des microbes anaérobies. — Quatorzième leçon : Diagnostic bactériologique des affections de l'appareil génito-urinaire. — Quinzième leçon : Diagnostic bactériologique des affections microbiennes et parasitaires de la peau.

Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 60 francs. — Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundi, mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gustave Cantel (des Mées, Basses-Alpes); Quarante (d'Auteuil); Lallour, médecin de première classe de la marine; Théophile Vanden Heuvel (de Lille).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 11. — MARDI 28 JANVIER 1902. 75e ANNÉE. MARDI 28 JANVIER 1902. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : 4 fr. 50.	6 mois : 8 fr.	1 an : 15 fr.
UNION POSTALE	3 mois : 7 fr.	6 mois : 13 fr.	1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

RUPTURE TRAUMATIQUE DE LA RATE AVEC HÉMORRAGIE LENTE

SPLÉNECTOMIE TARDIVE; GUÉRISON (1)

Par M. Coville,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

J'ai eu l'occasion d'observer un cas de rupture traumatique de la rate, si différent par ses symptômes et sa marche de ceux qui ont été soumis à la Société de chirurgie au cours des discussions de cette année, que je crois intéressant de publier celui-ci, ne fût-ce que pour apporter un élément nouveau à une question encore à l'étude.

Voici d'abord l'observation de ma malade :

Observation. — La femme M..., journalière, entre le 11 août à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, dans le service de M. le docteur Halma Grand. Elle est âgée de soixante-cinq ans et raconte qu'elle a fait, une quinzaine de jours auparavant, une chute en glissant de sa hauteur. Elle serait tombée en arrière sur la fesse droite, en se retenant avec les bras sans que le dos ait porté. Aucune douleur d'ailleurs ne survient; il n'y a aucune autre contusion que celle qui résulte du choc sur la fesse droite. La malade continue à vaquer à ses occupations.

Le lendemain, en balayant, elle ressent dans l'hypocondre gauche une douleur très vive qui l'oblige à s'aliter, dure quelques heures, mais n'est accompagnée ni de syncope, ni de vomissement, ni d'aucun autre symptôme inquiétant. Si bien que le lendemain de ce jour, c'est-à-dire le surlendemain après l'accident, elle se lève de nouveau. Cependant elle continue à souffrir du côté gauche, elle ne peut pas travailler, faire son ménage ,mais reste levée toute la journée. A ce moment déjà, elle avait remarqué l'existence d'une tuméfaction légère de la région.

Pendant quinze jours, elle reste ainsi, souffrant par intervalles de son côté, voyant augmenter progressivement le volume de la tumeur, mais continuant à aller et venir, et même à travailler un peu dans la mesure de ses forces.

C'est alors que la malade vient consulter à l'hôpital, faisant ainsi à pied une course de 7 à 800 mètres sans en être du reste incommodée. A l'examen de l'abdomen, on est tout de suite frappé par l'existence d'une saillie notable, étendue du bord inférieur des fausses côtes à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, n'empiétant pas sur la ligne médiane, peu douloureuse à la palpation, mate, immobile, profonde, paraissant indépendante de la paroi. Lorsqu'on la saisit complètement entre les mains en embrassant la région lombaire, elle donne la sensation de fluctuation, et son volume peut être approximativement évalué à celui d'une tête de fœtus à terme. A aucun moment, la malade n'a présenté de troubles urinaires, ni n'a eu de vomissements. Engagée à rester dans le service, elle n'accepte pas et retourne chez elle, à pieds, fatiguée.

Elle revient trois jours après dans les mêmes conditions, ne souffrant pas davantage, mais plus affaiblie. D'ailleurs, la tuméfaction a augmenté de volume de façon manifeste, car l'on constate à ce moment une voussure de la partie inférieure du thorax, qui n'existait pas précédemment.

La malade ne souffre pas dans le décubitus dorsal, mais la marche, les mouvements réveillent une douleur sourde dont le point de départ est dans la région lombaire gauche.

En présence de ces symptômes, et malgré l'absence de troubles urinaires antérieurs, on porte le diagnostic d'hydronéphrose latente dans laquelle se serait faite une hémorragie à l'occasion du traumatisme. On fait même une ponction exploratrice qui donne issue à un liquide fortement teinté de sang et dans lequel l'analyse chimique révèle l'existence d'urée dans la proportion de 1g90 par litre. Le diagnostic d'hydronéphrose ancienne semble ainsi confirmé et l'opération est décidée.

Bon état général; la malade est pâle, maigre, mais bien portante d'autre part, et elle ne présente aucune trace d'affection antérieure. On note seulement dans les antécédents pathologiques des accès de fièvre intermittente s'étant reproduits pendant deux ou trois mois à différentes reprises, vers l'âge de douze ou treize ans.

Opération le 14 août. Notre plan était d'aller ouvrir la collection par la région lombaire et de faire, suivant le cas, une néphrectomie ou un simple drainage de la poche. A cet effet, une incision de Guyon est faite qui conduit sur le péritoine en bas et en haut laisse apercevoir un rein petit, non déplacé, paraissant sain et normal. La palpation, dans la partie inférieure de la plaie, ne révèle pas une fluctuation nette ni la proximité de la collection liquide. Il est manifeste que le diagnostic primitif est erroné. La plaie lombaire est immédiatement refermée et la malade, remise en décubitus dorsal, est de nouveau lavée et préparée pour la laparotomie.

(1) Ce travail, communiqué à la Société de chirurgie, a été l'objet d'un rapport de M. Richelot.

Incision de 12 à 15 centimètres, verticale, sur le sommet de la tumeur, en dehors du muscle droit de l'abdomen, finissant en haut au rebord costal. Dès que le péritoine est ouvert, l'épiploon apparaît rouge, congestionné, tapissant complètement une poche libre d'adhérences avec l'intestin, du côté de la cavité abdominale, adhérant au contraire fortement à la paroi à partir de 1 centimètre en dehors de l'incision. En essayant de détacher l'épiploon qui la recouvre afin de l'isoler, il se produit une déchirure par laquelle s'écoule un liquide rouge, brunâtre, assez épais, identique à celui qu'a retiré la ponction exploratrice. Un coup de ciseaux agrandit alors largement l'ouverture ; le liquide, qui peut être évalué à 1 litre environ, s'échappe au dehors, la cavité péritonéale étant protégée par des compresses, et une vaste loge apparaît remplie de caillots que les doigts enlèvent facilement. Il nous paraît dès lors évident qu'il s'agit d'une hémorragie produite par une rupture de la rate. Les caillots enlevés, celle-ci se reconnaît aisément au fond de la cavité. Elle est notablement augmentée de volume, descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et remonte presque jusqu'au diaphragme, qui forme la limite supérieure de la cavité en question. La rate n'est libre que du côté de la poche ; elle adhère sur toute sa face interne au péritoine voisin et par son bord postérieur aux plans profonds. Comme un léger suintement sanguin venant de la profondeur persiste encore, ce dont rendait compte l'augmentation de la tumeur jusque dans les derniers jours qui ont précédé l'opération, suintement que les manœuvres opératoires ont sans doute contribué à augmenter, la rate est vivement détachée de ses adhérences, ce qui est du reste extrêmement facile, son pôle inférieur est luxé sous le rebord costal ; les vaisseaux sont pris dans un clamp et le hile est sectionné. L'hémostase se trouve ainsi réalisée. Ligature des pédicules vasculaires au catgut et nettoyage de la poche avec des compresses sèches aseptiques. Il reste alors une vaste cavité oblongue, haute de 20 centimètres environ, large et profonde de 7 à 8, limitée en dehors et en arrière par la paroi abdominale, en haut par le diaphragme, en dedans et en bas par les adhérences péritonéales formant une véritable paroi.

Un gros drain remontant jusqu'au haut est placé, ainsi qu'une mèche de gaze aseptique qui ressort avec lui par l'angle inférieur de la plaie. Fermeture du ventre en ayant soin de prendre dans la suture péritonéale la lèvre interne de façon à empêcher toute communication entre la cavité splénique et la grande cavité péritonéale. Pansement aseptique.

Le poids des caillots dépasse 50 grammes, la rate pèse 270 grammes, sa consistance est augmentée et elle présente le long de son bord postérieur, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, une déchirure tapissée de caillots dans laquelle on pourrait loger une grosse noix.

Les suites furent absolument normales, et apyrétiques. Cicatrisation par première intention des plaies abdominale et lombaire. La malade est à l'heure actuelle complètement guérie et a repris son existence antérieure. L'analyse du sang faite le 14 août jour de l'opération, et le 21 septembre cinq semaines après, nous donne pour la première 4 123 000 globules rouges et 19 406 blancs, pour la seconde 4 743 000 rouges et 10 330 blancs.

Cette observation nous paraît intéressante à plus d'un titre. Elle est un de ces exemples rares où l'hémorragie, malgré une déchirure notable de la rate, est assez lente pour permettre une intervention en temps utile. Bien plus cette hémorragie s'est faite avec une lenteur inusitée, ou plutôt l'hémostase n'a pu être réalisée spontanément malgré les conditions favorables qui se trouvaient réunies. En effet au moment de l'opération, l'organe était fixé par sa partie profonde, adhérent par le bord déchiré, ce qui explique en partie pourquoi l'hémorragie n'a pas été plus rapide, mais on peut s'étonner par contre que celle-ci ait continué pendant plus de quinze jours puisque, jusqu'au moment de l'intervention, la tuméfaction n'a cessé d'augmenter, lentement mais progressivement. L'hémostase spontanée semble donc, dans les cas de rupture de la rate, se faire avec une certaine difficulté, du moins l'hémostase définitive. Au cours des dernières discussions, M. Demoulin a émis une hypothèse pour expliquer l'hémostase primitive de déchirures de rates libres non adhérentes, il semble que, dans des conditions différentes et qui paraissent même plus favorables, les hémorragies secondaires soient également à redouter et l'hémostase spontanée et définitive aussi difficile à obtenir. Cependant il ne faudrait peut-être pas dans notre observation attacher trop d'importance aux adhérences spléniques constatées au cours de l'opération. Si l'on considère le siège de ces adhérences, la facilité avec laquelle elles furent rompues pour permettre la splénectomie, il nous semble permis de penser qu'elles n'existaient peut-être pas au moment même de la rupture de l'organe, ou que, du moins, elles étaient beaucoup moins étendues. Nous avions affaire, il est vrai, à une rate pathologique autour de laquelle avait pu se faire de la périsplénite adhésive, mais il faut remarquer que seuls sa face interne et son bord postérieur, à l'exclusion, bien entendu, du point déchiré, adhéraient au péritoine voisin, et si lâchement qu'un coup de doigt suffit pour l'énucléer tout entière. Il ne nous paraît donc pas impossible que ces adhérences aient été récentes et produites, sinon exclusivement, du moins en grande partie, par un processus de défense de la part du péritoine, comme il arrive au cours de l'hématocèle par exemple. Dans cette hypothèse, le fait que l'hémorragie a été assez lente pour laisser au péritoine le temps de s'organiser et d'isoler la collection, serait des plus curieux et justifierait l'étonnement qu'exprimait à ce sujet M. Demoulin au cours de la séance du mois de juin 1901.

Il ne convient pas d'insister sur l'état pathologique de la rate. C'est là un fait connu depuis longtemps, il faut même qu'il en ait été ainsi pour qu'un traumatisme aussi léger ait pu être suivi de pareilles conséquences. Nous relèverons cependant à cet égard que la chute a eu lieu du côté droit, que la partie postérieure du corps n'a pas porté sur le sol, qu'il n'y a eu aucune douleur immédiate ; et que le lendemain seulement en travaillant, la malade a ressenti une douleur vive du côté gauche, et a vu commencer l'histoire des accidents qui se sont déroulés par la suite. Il est donc probable que la rupture ne s'est pas produite immédiatement, du moins qu'aucune hémorragie n'a eu lieu au moment de la chute. Celle-ci avait traumatisé l'organe dans une mesure que nous ne pouvons apprécier, et ce n'est que secondairement que déchirure et hémorragie se sont produites.

Il nous paraît plus utile d'insister sur la cause d'erreur résultant de la présence de l'urée en quantité notable dans le liquide retiré par la ponction exploratrice. Cette quantité de 1g90 est évidemment faible pour un contenu d'hydronéphrose, mais on sait combien sa composition est variable, et nous pensions avoir affaire à une hydronéphrose ancienne, dans laquelle par conséquent la proportion d'urée pouvait être particulièrement minime, surtout étant donné la quantité de sang qui s'y trouvait épanchée. C'était là une interprétation erronée due à ce fait que l'analyse chimique com-

plète n'a pas été faite et aurait démontré qu'il s'agissait de sérum sanguin pur, sans adjonction d'autre liquide pathologique, et d'autre part que nous avions perdu de vue, que le sérum sanguin peut contenir de 0,20 à 1g80 par litre. La quantité de 1g90 est donc de toute façon exceptionnelle et ne s'explique guère que par la concentration du sérum au sein de la poche. Nous devions signaler le fait, pour mettre à l'avenir en garde contre semblable erreur.

Enfin, on ne nous reprochera pas d'avoir recouru d'emblée à la splénectomie au lieu de tenter d'autres moyens moins radicaux que justifiaient l'adhérence de la rate et la lenteur de l'hémorragie. Nous n'aurions pas, ce semble, obtenu de résultat meilleur par le tamponnement ou le sérum gélatiné et nous aurions exposé notre malade à des risques qu'elle ne courut pas. Ce ne sont d'ailleurs là que des expédients propres à parer aux inconvénients ou aux difficultés de la splénectomie, or on a vu que celle-ci fut remarquablement facile.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
DU 17 JANVIER 1902 (*suite*).

Dans le précédent compte rendu, nous avons laissé, pour y revenir un peu longuement, la communication de MM. Launois, Camus et Pagniez intitulée : **Alexine et sensibilisatrice dans le sérum sanguin et dans quelques liquides pathologiques (liquide d'ascite, de pleurésie). Leur action sur les globules rouges de l'homme.** Nous reviendrons cette fois sur la partie théorique de ce travail que l'on peut tenir pour un exposé très clair et succinct d'une question connue seulement encore de quelques-uns :

On savait depuis longtemps déjà que le sérum sanguin d'un animal d'une espèce peut être nocif pour les globules rouges d'un animal d'une autre espèce. Dans ces dernières années, on a cherché à approfondir le mode d'action du sérum sanguin sur les globules rouges ; parmi les observateurs qui se sont adonnés à la solution de ce problème, il faut citer les noms de Bordet, en France ; d'Ehrlich et de ses élèves, en Allemagne.

L'action nocive d'un sérum étranger peut être mise en évidence *in vitro* à l'aide d'une expérience très simple. Si, dans un tube renfermant du sérum humain, on ajoute du sang de lapin, on assiste à la destruction plus ou moins rapide des globules rouges : l'hémoglobine diffuse, le sérum se teinte en rouge et conserve cette coloration, même après centrifugation. Si avant de pratiquer le mélange, on a eu soin de chauffer le sérum pendant un quart d'heure, à la température de 56 degrés, les globules rouges du lapin ne sont plus détruits. Il existait donc dans le sérum humain une *substance hémolysante*, que la chaleur a fait disparaître. Après centrifugation du mélange, le sérum reste clair et les globules se ramassent en culot au fond du tube. Cette expérience permet aussi d'affirmer que la destruction globulaire ne s'est pas faite par un défaut de concentration du liquide, par un défaut d'isotonie, par osmo-nocivité, comme on dit aujourd'hui.

La substance active qui détruit les globules, ou *substance hémolysante*, a été appelée par Buchner, *alexine* ; Metchnikoff lui donne le nom de *cytase*, Ehrlich celui de *complément*.

Capable d'agir sur des éléments cellulaires ou des agents microbiens, elle peut être aidée par une ou plusieurs substances existant à côté d'elle dans le sérum et qui favorisent son action ou la rendent élective. Avec Bordet on les désigne sous le nom de *sensibilisatrice*, mais nombreuses sont les appellations, et, pour citer les principales, on n'a qu'à rappeler celle d'anticorps hémolytique, de substance préventive, de corps immunissant (Ehrlich), d'ambocepton (Ehrlich), de philocytose (Metchnikoff), de desmon (London), de copula (Müller), de fixateur (Metchnikoff).

A côté de ces substances, il en existe d'autres qui s'opposent, dans une certaine mesure, à l'action hémolysante de l'alexine ; on les désigne sous le nom de *substances anti-hémolysantes*.

Les *anti-hémolysines*, comme les sensibilisatrices résistent à la température de 58 degrés, et on peut voir des sérums chauflés s'opposant à l'action d'un sérum actif.

Les auteurs ont tenté d'appliquer ces notions sur le mécanisme de l'hémolyse à la clinique. Ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° Possibilité de la destruction des globules humains normaux par des liquides (sérums, liquides d'ascite, liquide de pleurésie) recueillis chez des malades ; 2° résistance particulière des globules sanguins des malades eux-mêmes qui avaient fourni ces liquides ; 3° présence dans ces mêmes liquides d'alexine, de sensibilisatrice et d'anti-hémolysine.

SÉANCE DU 24 JANVIER

MM. Variot et Pierre Roy présentent une petite malade atteinte de **paralysie labio-glosso-laryngée** liée sans doute à une lésion congénitale de l'écorce cérébrale. Cette observation paraîtra *in extenso* dans la *Gazette des hôpitaux*. Elle vaut d'être lue dans tous ses détails.

MM. Widal et Ravaut ont observé, chez deux femmes convalescentes de fièvre typhoïde, des **localisations à bacilles d'Eberth** développées sur des organes déjà malades avant l'éclosion de la dothiénentérie. La première malade était une jeune femme atteinte, depuis de longues années, d'adénite soux-maxillaire tuberculeuse. Pendant la convalescence de la dothiénentérie, un des ganglions sous-maxillaires, tuberculeux depuis si longtemps, augmenta de volume et devint rouge et fluctuant. Il fut incisé et le pus examiné contenait du bacille typhique en abondance et à l'état de pureté. Chez la deuxième malade, les bacilles typhiques envahirent un volumineux kyste de l'ovaire.

Ces faits prouvent que des lésions préalables d'organes différents peuvent devenir le prétexte d'une localisation du bacille typhique.

On doit donner le nom de **pyo-pneumothorax de nécessité** aux pneumothorax qui spontanément font issue de la plèvre après la perforation et franchissent la barrière des muscles intercostaux. Le diagnostic en est facile lorsque l'on peut constater, au niveau d'un espace intercostal, une poche fluctuante et réductible, s'accompagnant de crépitation si elle est petite, de clapotis ou de gargouillement si elle est volumineuse. Si la poche fluctuante et réductible se montre sans crépitation ni clapotis, on songe au vulgaire empyème de nécessité. C'est une observation de pyo-pneumothorax de nécessité de cette seconde catégorie que rapporte M. le docteur Galliard.

M. Rendu signale un fait de **paralysie du deltoïde survenue au quatrième jour d'une méningite cérébro-spinale.**

MÉDECINE PRATIQUE

Les lavages de l'intestin chez l'enfant.

Par M. L. Babonneix,
Interne à l'hôpital des Enfants-Malades.

Inventée par Cantani en 1878, puis appliquée par Monti (1887) à la pathologie infantile, l'entéroclyse n'est réellement entrée dans la pratique courante que depuis les recherches de MM. Dauriac et Lesage (1). C'est à ces auteurs que revient le mérite d'avoir, les premiers, étudié expérimentalement la question, fixé, d'une façon définitive, la technique des lavages de l'intestin.

Cette *technique* est d'ailleurs des plus simples, et comporte seulement les instruments suivants : un réservoir d'une contenance de 2 litres, un tube de caoutchouc, une sonde. La sonde sera le plus souvent une sonde urétrale, n° 25 de la filière Charrière, ou encore une sonde œsophagienne de Debove. Son extrémité supérieure est rattachée, par un petit tube de verre, à un tube de caoutchouc du volume du petit doigt et de 1 mètre à 1 mètre et demi de longueur (2). Ce tube s'adapte, d'autre part, à la tubulure latérale d'un bock en verre ou en porcelaine, ou encore à l'extrémité inférieure d'un entonnoir suffisamment grand.

Pour pratiquer le lavage, l'appareil étant ainsi monté, on fait coucher le bébé sur le dos, ou mieux encore sur le côté droit du corps, les cuisses fléchies sur l'abdomen et immobilisées par un aide dans cette attitude. Certains auteurs [Dauriac et Lesage, Angerant (3)] se contentent de soulever légèrement la hanche gauche du sujet, de façon à mettre le cæcum dans une situation déclive. « Cette position est avantageuse, elle a pour but de permettre au liquide de chasser du cæcum les gaz qui s'y accumulent en grande abondance et qui, distendant cet organe, ont pour effet d'affronter les les deux lèvres de la valvule (4) ». Quoi qu'il en soit, l'extrémité de la sonde, graissée avec de la vaseline, de la glycérine, etc., ou simplement humectée d'eau bouillie, est prudemment enfoncée dans le rectum jusqu'à ce que 15 à 20 centimètres environ aient pénétré dans l'intestin. En allant doucement, en exerçant une pression continue, on peut faire remonter la sonde très haut ; au cours de leurs expériences, MM. Lesage et Dauriac ont introduit la sonde de Debove jusqu'au milieu du côlon transverse : M. Angerant a pu la suivre jusqu'à l'angle gauche du côlon. On prescrit à un aide d'élever le réservoir à une faible hauteur, 20 à 30 centimètres, au-dessus du plan du lit : le liquide s'écoule peu à peu dans l'intestin qu'il dilate progressivement. Il est indispensable, à ce moment, de serrer sur la sonde toutes les parties molles de la région anale, ou d'obturer l'anus autour de la sonde à l'aide d'un tampon de coton ordinaire, non hydrophile, afin d'empêcher l'issue immédiate du liquide.

Au bout de quelques minutes, la peau de l'abdomen se tend, devient luisante, sans que, d'ailleurs, l'enfant accuse la moindre gêne. Lorsque le réservoir est vide, on sépare la sonde, soigneusement maintenue en place, du petit tube de verre qui la relie au reste de l'appareil. Le liquide injecté s'écoule alors en jet ; lorsqu'il est presque complètement écoulé, on retire la sonde, l'opération est terminée.

On a beaucoup discuté la question de savoir *quel liquide* employer pour les lavages. L'eau boriquée, peu antiseptique, mais irritante et peut-être même toxique, les solutions de naphtol, souvent dangereuses chez les tout jeunes enfants, les solutions de créoline ou d'acide lactique, de tannin, doivent être soigneusement évitées. M. Guérin (1), recommande les solutions mucilagineuses de graine de lin, de guimauve, de mauve, de bouillon blanc. Dans l'immense majorité des cas, l'eau bouillie, l'eau salée à 7 p. 1000 devront être préférées à toutes les solutions précédentes : elles sont peu irritantes, détail qui a bien son intérêt, faciles à se procurer en tout lieu.

Quelle doit être la *température* du liquide injecté ? Les liquides tièdes ont été recommandés par Vandamme et Eichhorst ; Monti et M. Hutinel adoptent la température de 25 degrés ; Maragliano, Lesage et Dauriac préconisent, au contraire, les lavages chauds à 38 degrés. En réalité, ici comme pour les lavages de l'estomac, tout dépend de l'état du malade : « L'eau de lavage sera froide, dit M. Lesage (2), s'il y a de la fièvre, chaude à 38 degrés s'il y a de l'hypothermie. Ainsi que l'a montré Lorain, le lavage froid abaisse la température autant qu'un bain froid. Chaud à 38 degrés, au contraire, dans les cas algides, il peut la relever d'un degré. »

Il est important, pour ne pas distendre trop l'intestin, de ne pas dépasser la *quantité* d'un litre à un litre et demi par lavage chez les nourrissons, de deux litres chez les enfants plus âgés. Quant à la *fréquence* des lavages, on peut dire, en règle générale, qu'il ne faut pas en faire plus de deux par jour, un le matin un le soir, et encore seulement dans les cas très aigus.

En suivant ces indications, il est rare d'observer des *accidents*. Le reflux du liquide intestinal vers les voies digestives supérieures, reflux aboutissant au vomissement, ne se produit que si l'on emploie des quantités considérables de liquide ou si l'on donne à ce liquide une pression trop forte. Les douleurs et coliques dues à la dilatation de l'intestin, d'ailleurs exceptionnelles, seront évitées si l'on a soin d'opérer lentement et de surveiller attentivement le niveau du liquide dans le bock. Ce niveau baisse-t-il peu à peu, la dilatation de l'intestin s'opère progressivement ; il n'y a pas de phénomènes réactionnels. Baisse-t-il brusquement, au contraire, par saccades, alors on peut craindre l'apparition des coliques. Ces coliques ne persistent pas habituellement, si l'on cesse aussitôt l'entéroclyse ; dans les cas rares où elles présentent une grande intensité, on réussira presque toujours à les calmer rapidement en couvrant l'abdomen de compresses humides très chaudes ou de cataplasmes [Guérin (3)]. La rupture de l'intestin ne s'observe que dans les cas où le liquide est injecté sous une très forte pression : elle est absolument exceptionnelle. Enfin, dit encore M. Guérin, le principal inconvénient des lavages réside dans l'abus qu'on peut en faire si l'on méconnaît les conséquences de leur emploi immodéré. Vient-on à pratiquer trop souvent l'entéroclyse, la musculeuse de l'intestin se fatigue, l'atonie intestinale apparaît. Aussi est-il très important de ne prescrire les lavages que par séries de quatre à cinq jours, avec des interruptions plus ou moins longues suivant les cas.

Des *effets* produits par l'entéroclyse, les uns sont de nature mécanique : déplissement et nettoyage de la muqueuse intestinale ; les autres de nature physiologique : stimulation et régularisation des mouvements péristaltiques de l'intestin, excitation de la sécrétion des glandes du tube digestif et particulièrement du foie.

Quant aux *indications* du lavage de l'intestin, elles varient avec les circonstances. Dans le choléra infantile, l'entéroclyse est préconisée par d'Espine et Picot, Epstein, Hutinel et Thiercelin, Lesage, J. Renault etc. Seul, M. Marfan reproche à cette méthode thérapeutique d'affaiblir encore

(1) *Gaz. des hôpit.*, oct. 1893.
(2) Une pince placée sur le tube peut faire office de robinet.
(3) Th. de Paris, 1894.
(4) Angerant. Loc. cit., p. 65.

(1) Th. de Paris, 1896.
(2) *Traité des maladies de l'enfance*, t. II, p. 608.
(3) Loc. cit.

l'organisme du nourrisson, de provoquer le collapsus, et la proscrit absolument dans tous les cas de choléra infantile. En somme, ici comme pour l'estomac, la question est encore discutée; mieux vaut-il, peut-être, s'abstenir d'une méthode qui n'a pas prouvé son efficacité et qui peut faire courir quelques dangers au nourrisson. Dans les gastro-entérites aiguës, fébriles, le lavage froid de l'intestin est au contraire tout indiqué : il abaisse la température du corps et diminue les fermentations intestinales; son action est d'autant plus effective que les phénomènes intestinaux sont plus accusés : c'est ainsi qu'il rendra les plus grands services dans les cas où les selles sont particulièrement fétides. Enfin, dans ces formes de gastro-entérites chroniques qui s'accompagnent de troubles intestinaux prédominants, les lavages de l'intestin trouveront encore leur indication : en diminuant la fétidité des selles, en détergeant la muqueuse intestinale, ils atténuent les phénomènes d'intoxication générale et déterminent souvent une amélioration marquée.

Chez les enfants plus grands, l'entéroclyse réussit également dans les entérites aiguës ou chroniques : elle est surtout utile dans ces cas où, après une constipation opiniâtre, apparaissent des vomissements incoercibles; ces accidents, que l'on a attribués à l'occlusion spasmodique de l'intestin et qui peuvent présenter une extrême gravité cèdent souvent aux lavages de l'intestin. Ces lavages sont enfin indiqués dans l'occlusion intestinale, cette affection étant peut-être la seule où il est permis d'augmenter la pression du liquide injecté (en élevant le bock à 50 centimètres par exemple) pour essayer de lever l'obstacle.

Les *contre-indications* de l'entéroclyse, comme celles du lavage de l'estomac, se réduisent au seul collapsus : le lavage de l'intestin, déprimant l'enfant, sera donc réservé aux cas où les phénomènes de collapsus ne prédominent pas.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 3 AU 8 FÉVRIER 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 3 FÉVRIER, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Ch. Richet, Hanriot et Retterer.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Corvisart* : MM. Lannelongue, Poirier et Lepage ; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Jalaguier et Gosset; — (2e partie) : MM. Brissaud, Legry et Bezançon; — M. Teissier, suppléant.

MARDI 4 FÉVRIER, à une heure. — 2e, *Salle Charcot* : MM. Mathias-Duval, Langlois et Broca (André).

3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Pozzi, Bonnaire et Auvray ; — M. Thiery, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Hartmann et Marion; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Vaquez et Renon; — (2e série) : MM. Chantemesse, Thoinot et Thiroloix; — M. Gouget, suppléant.

MERCREDI 5 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Cunéo et Gosset.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Terrier, Rémy et Wallich.

4e (nouveau régime), *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Gaucher et Wurtz; — M. Broca (André), suppléant.

JEUDI 6 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Schwartz et Thiéry.

2e, *Salle Corvisart* : MM. Mathias-Duval, Gautier et Gley.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Budin, Poirier et Faure.

4e (nouveau régime), *Salle Thouret* : MM. Brouardel, Proust et Richaud ; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 7 FÉVRIER, à une heure. — 2e, MM. Gariel, Richet et Retterer.

3e (2e partie, ancien régime), *Salle Thouret* : MM. Netter, Widal et Thoinot; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Mauclaire, Delens et Reclus; — (2e partie) : MM. Hayem, Landouzy et Wurtz; — M. Legueu, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich.

SAMEDI 8 FÉVRIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Salle Broussais*, épreuve pratique : MM. Cornil, Méry et Hanriot; — (oral, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Joffroy, Raymond et Dupré ; — (ancien régime) : MM. Hutinel, Gilbert et Launois; — M. Guiart, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Potocki.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — NOTES OBTENUES. — *Anatomie.* — Séance du 21 janvier 1902. — MM. Viteman, 10; Ray. Français et L.-S.-J. Tixier, 9 ; Barnsby, 8; Blanluet et Durozoy, 7; Clément, 6; Boulouneix, 4; Lesage, 3.

Séance du 23 janvier. — MM. Blondin et Foisy, 9; Heller, 8; Kauffmann et Laurent, 7; Cotonnec, Gachet et Matry, 6; Cointepas, 3.

Pathologie. — Séance du 21 janvier 1902. — MM. Landowski, 10; Rabourdin, 9; Berthaux, 8; Bernheim, Grosset et Simon, 7.

Séance du 24 janvier. — MM. Morisetti, 12; Poisot, 11 ; Deglos et Juquelier, 10; Lutaud et Vicq, 9; Boudet et Cailliau, 8; Mary, 7; Aubin, 6.

Facultés de médecine. — *Lille.* — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 25 janvier 1902, la chaire de pathologie externe de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Écoles de médecine. — *Marseille.* — M. d'Astros est nommé professeur de clinique des maladies infantiles.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le professeur Fournier, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Blache, membre de l'Académie de médecine; Magnan, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'asile Sainte-Anne.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bonnaire, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux de Paris; Florand et Lesage, médecins des hôpitaux de Paris; Robin-Duvernet, Guiard et Rueff (de Paris); Allard (de Grenoble); Beauvisage (de Lyon); Mauny (de Mortagne); Dupuy (de Moissac); Goy (de Reignier); Laussedat (de Royat); Lescure (d'Oran); Monard (d'Aix-les-Bains) ; Rousseau-Saint-Philippe (de Bordeaux).

Guerre. — Ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Tanfin, Sibille et Carrière.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active Breuil, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. le médecin de deuxième classe de la marine Bérard, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — **M.** l'ex-médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale (réintégré) Durand.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Kaplan, Valot, Fossard, Tual, Matignon, Michaut, Roy, Dubar, Gilbert, Lehman, Roussel, Gentes, Frumusam, Bloch, Julien, Barthout, Duboz, Jacques, Rondet, Lefebvre, Meinard, Duval, Lecerf, Pichardie, Pédeprade, Laval, Bernard, Batsère, Mathieu, Paulet, Mathieu, Sarrebezolles, Dardeau, Lapeyre, Houpert, Damotte, Huertas, Marchand, Debets de Lacrousille, Mercklen, Aubin, Pernot, Dupuis, Fumouze, Cochart, Baudin, Léculier, Robin, Houdart, Delom, Simonnin, Lenormand, Guérin, Claussat, Brissard, Monmayou, Mounier, Rigollet-Ardillaux, Le Maguet, Galetti, Montel, Tabet, Claus, Guélain, Imbault, Riollet, Bouvier, Bouzoud, Ducrot, Brossard, Ricoux, Toulzac, Vaillant, Lassudrie-Duchêne, Lehmann, Monraisse, Vigneron, Trenaunay, Lepeut, Valentin, Graz, Jamaux, Bretonville, Niot, Chabrol, Compain, Bertemes, Leullier, Donet, Groclerc, Grenié, Jacquot, Bouyon, Auboin, Dreyer, Pélori, Dramard, Kohler, Frécus, Lesourd, Tribaudeau, Cabuche, Triau et Massard.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Segall, Lago, Deschaseaux, Kieffer et Trouvé.

Marine. — **M.** le médecin de première classe Depied, actuellement embarqué sur la *Foudre*, devra transborder sur le croiseur l'*Amiral-Charner*.

M. le médecin de première classe Valence est désigné pour embarquer sur le croiseur-cuirassé la *Marseillaise* qui entrera en armement pour essais à Brest, le 10 février prochain.

Réunion biologique de Bordeaux. — Une société pour l'étude des sciences biologiques s'est définitivement constituée le 7 janvier 1902 sous le nom de Réunion biologique de Bordeaux.

L'affiliation de la Réunion de Bordeaux à la Société de biologie de Paris est un fait accompli. Les communications faites à Bordeaux paraîtront donc dans les *Bulletins de la Société de biologie*, groupées sous une rubrique spéciale mentionnant leur origine.

Le bureau pour l'année 1902 est constitué de la façon suivante : président, M. Pitres ; vice-présidents, MM. Joliet et Kunstler ; secrétaire général, M. Bergonié ; trésorier, M. Mongour ; secrétaires des séances, MM. Verger et Chaine ; membres du conseil, MM. Ferré et Benech.

Société médicale des praticiens. — Le bureau de la Société médicale des praticiens est composé de la façon suivante pour l'année 1902 :

Président : M. le docteur Paul Archambaud ; vice-présidents : MM. les docteurs Mercier et Le Bayon ; secrétaire général : M. le docteur Barlerin ; secrétaires des séances : MM. les docteurs Sellerier et Foveau de Courmelles ; trésorier : M. le docteur Kortz.

La société se réunit le troisième vendredi de chaque mois, à neuf heures du soir, à l'hôtel des Sociétés savantes.

Les malades payants des hôpitaux. — La *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* nous apprend que l'Administration des hospices de cette ville étudie en ce moment les moyens de faire payer par les malades non indigents des hôpitaux les frais médicaux et chirurgicaux. Le tarif des opérations serait le tarif girondin élaboré il y a deux ans par les groupements médicaux de la Gironde pour les blessés du travail. Il résulte des statistiques faites par l'Administration des hospices que pendant le cours de l'année dernière il y a eu 10 000 malades environ qui ont reçu des soins à l'hôpital Saint-André ; sur ces 10 000 malades, 1 800 étaient des malades payants. Il faut ôter de ce chiffre 400 malades dont les communes payaient les frais d'hospitalisation, restaient 1 400 malades susceptibles de payer leurs frais de maladie ou d'opérations, qui ont reçu gratuitement les soins médicaux et chirurgicaux. L'Administration et la municipalité justement émues étudient les moyens de faire cesser ces abus.

Clinique médicale de l'hôpital Laënnec. — M. le professeur Landouzy commencera ses leçons de clinique le vendredi 31 janvier, à dix heures du matin à l'amphithéâtre de la clinique médicale, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Visite et examen des malades, tous les matins à neuf heures, salles Guersent (crèche), Chomel (hommes) et Broca (femmes).

Lundi, à dix heures : Consultation ; diagnostics et ordonnances commentés.

Mardi, à dix heures : Leçon clinique.

Mercredi et jeudi, à dix heures : Conférences et démonstrations de technique clinique : stéthoscopie, bactérioscopie, cytoscopie, uroscopie, etc., par les docteurs Georges Brouardel, Otto Josué, chefs de clinique, et Marcel Labbé, Léon Bernard, chefs de laboratoire.

Vendredi, à dix heures : Leçon clinique.

Samedi, à dix heures : Conférences de pharmacie.

Exécution des ordonnances. — Présentation des préparations officinales et magistrales, par M. Georges Lécuyer, interne en pharmacie.

Conférences de radiologie médicale. — *Hôpital Saint-Antoine.* — M. le docteur A. Béclère commencera le dimanche 2 février, à dix heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle de conférences de l'hôpital, une nouvelle série de huit conférences sur les premières notions de radiologie, indispensables à la pratique de la radioscopie et de la radiographie médicales.

Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

Exercices pratiques de radiographie. — Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire du docteur Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures. Le droit d'inscription est de 90 fr. pour une série de six séances, en une quinzaine.

Conférences de médecine légale psychiatrique (deuxième trimestre scolaire). — M. le docteur Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale des aliénés, commencera la deuxième série de ses conférences de médecine légale psychiatrique, le vendredi 7 février, d'une heure et demie à trois heures, et les continuera le mercredi et le vendredi de chaque semaine, à la même heure, 3, quai de l'Horloge.

Des cartes d'admission sont délivrées au secrétariat de la Faculté à MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants ayant passé leur quatrième examen de doctorat.

Après trois mois d'assiduité à ce cours, un certificat de présence sera régulièrement délivré.

Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts. — *Conferences d'ophtalmologie.* — Les médecins de la Clinique des Quinze-Vingts commenceront, le mercredi 12 février 1902, des leçons cliniques et théoriques, qui auront lieu dans l'ordre suivant :

Mardi à une heure, docteur Trousseau : Traitement des maladies externes de l'œil.

Mercredi à deux heures, docteur Kalt : Diagnostic ophtalmologique.

Jeudi à deux heures, docteur Dubief : Bactériologie.

Vendredi à deux heures et demie, docteur Valude : Conférences cliniques, présentation de malades.

Samedi à une heure, docteur Chevallereau : Vices de réfraction.

Consultations et opérations à une heure.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Vic (de la Tresne).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 12. — JEUDI 30 JANVIER 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 30 JANVIER 1902. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

PARALYSIE LABIO-GLOSSO-LARYNGÉE

PROBABLEMENT LIÉE A UNE LÉSION CONGÉNITALE DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE CHEZ UNE FILLE DE NEUF ANS ET DEMI (1)

Par MM. G. Variot,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades,
et Pierre Roy,
Interne des hôpitaux de Paris.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société médicale l'enfant Louise L..., âgée de neuf ans et demi, qui offre au complet le syndrome labio-glosso-laryngé. Ce syndrome, décrit primitivement par Duchenne (de Boulogne) en connexion avec des lésions du bulbe, peut se trouver aussi, comme on l'a établi ces dernières années, sous la dépendance des lésions du cerveau et en particulier du cortex. Ce dernier cas nous semble être celui de l'enfant L..., dont l'observation clinique est presque superposable, trait pour trait, au fait remarquable publié en 1895 par M. Bouchaud dans la *Revue de médecine de Paris*, sous le titre : « Paralysie labio-glosso-laryngée d'origine corticale. » Ces paralysies pseudo-bulbaires, comme on les nomme communément, avaient déjà été indiquées antérieurement par MM. Joffroy, Lépine, etc. En 1895 Oppenheim a fait connaître un fait assez semblable à celui que M. Bouchaud avait décrit en France.

Les deux observations de Bouchaud et d'Oppenheim sont, à notre connaissance, les deux seules suivies d'autopsie, c'est-à-dire de contrôle anatomique certain. M. Comte, dans son excellente thèse sur « les paralysies pseudo-bulbaires », faite sous l'inspiration de M. Déjerine (Paris, 1900), rapporte deux observations nouvelles du même genre et recueille en tout, dans la littérature médicale, six cas de *paralysie pseudo-bulbaire congénitale*, formant un type bien défini, au point de vue clinique et anatomique.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

C'est dans ce cadre jusqu'ici bien étroit que nous croyons devoir placer l'enfant L..., observée à l'hôpital des Enfants-Malades au commencement de 1902.

Elle est entrée salle Gillette le 26 décembre 1901, pour des crises épileptiformes; les parents la considéraient comme idiote et demandaient son placement dans un asile spécial.

Le père serait alcoolique; la mère est bien portante. On ne relève pas de maladies nerveuses dans la famille; deux autres enfants sont normalement développés au point de vue physique et intellectuel.

Louise L..., est née à terme; elle pesait, paraît-il, 4 kilogs en naissant; dès les premiers jours on reconnut qu'elle ne pouvait pas prendre le sein et on dut l'élever au biberon. Ce fut la grand'mère qui fut chargée de ce soin et qui, avec des peines infinies, parvint à lui faire absorber du lait et des bouillies, enfonçant la tétine ou la cuiller profondément dans la bouche. La grand'mère l'avait conservée auprès d'elle jusqu'à sa mort; il n'y a que deux mois que les parents l'ont reprise.

D'après les renseignements forcément incomplets qui nous ont été fournis, car nous n'avons jamais vu la grand'-mère qui avait été l'éleveuse, Louise L... n'aurait commencé à se tenir debout et à marcher seule qu'à cinq ans; elle aurait toujours remué les bras et les mains avec difficulté, et surtout le bras droit. Les crises convulsives auraient apparu dès l'âge de six semaines et n'auraient jamais cessé depuis; on nous dit qu'elle aurait eu trois crises par mois environ ces derniers temps. Mais il est bien probable que les attaques convulsives étaient plus fréquentes et qu'elles avaient passé inaperçues faute de surveillance. Depuis son entrée à la salle Gillette, chaque nuit elle est en proie à une crise épileptiforme qui débute par un cri et se termine par une émission abondante d'urine; la veilleuse est obligée de la changer. Pendant cette attaque, qui dure environ dix minutes, la connaissance est complètement perdue, les yeux sont convulsés, la salive coule abondamment de la bouche, les membres se raidissent d'abord, puis sont agités de secousses cloniques; il paraît que souvent l'enfant se rendort après cette crise, sans avoir repris connaissance et sans s'être aperçue de rien.

Cette enfant est légèrement microcéphale avec un peu d'asymétrie faciale; elle a un peu de strabisme convergent, surtout accentué lorsqu'elle est émue; elle a d'ailleurs le regard vif, contrastant avec l'expression de la partie inférieure du visage qui rappelle, à cause de la lèvre inférieure tombante et de

l'écoulement de la salive, le facies de certaines idiotes. Il suffit de parler à l'enfant pour être certain que l'idiotie n'est pas son fait ; elle comprend très bien tout ce qu'on lui dit, elle répond par signes, car elle est incapable d'émettre les sons articulés ; elle exécute tous les ordres qu'on lui donne verbalement ; elle est très propre la journée et se lève pour faire ses ordures : elle joue avec ses poupées comme les autres petites filles. Elle ne sait actuellement ni lire, ni écrire ; mais il est probable qu'on a peu fait pour l'éduquer. Elle est affectueuse pour le personnel de la salle.

Louise L... présente des troubles moteurs des membres très prédominants dans les membres supérieurs. Elle meut bien ses jambes et ses cuisses ; les mouvements de la marche sont aisés ; mais en regardant attentivement on s'aperçoit qu'elle traîne très légèrement la jambe droite. Bien qu'il n'y ait pas à proprement parler de raideur, ni de contracture dans les jambes, les réflexes patellaires et achilliens des deux côtés sont notablement exagérés. Le réflexe cutané plantaire paraît se faire normalement, en flexion.

L'enfant peut se servir aussi bien du bras gauche, mais les mouvements qu'elle exécute ne sont pas tout à fait normaux ; ils sont lents et peu précis. Si l'on veut ployer l'avant-bras sur le bras on sent une raideur notable. La raideur et contracture deviennent très fortes dans tout le membre supérieur droit ; le bras reste collé au corps ; l'avant-bras est en flexion fixe à angle droit sur le bras ; la main a une attitude qu'on rencontre souvent dans les contractures avec athétose : elle est en pronation et les doigts sont fléchis fortement dans la paume de la main. Pour vaincre l'état de contracture dans le membre supérieur droit, il faut un vigoureux effort ; si l'on tente de redresser les doigts, ils se fléchissent à nouveau dès qu'on les quitte.

Il est bien manifeste qu'il existe des mouvements synergiques dans la main droite, lorsqu'on fait saisir un objet de la main gauche. L'enfant, en faisant effort, soulève lentement sa main droite et la porte jusqu'à la bouche, lorsqu'on lui commande de le faire ; mais pratiquement ce bras ne lui sert de rien ; elle ne meut guère que le bras gauche. Elle est d'ailleurs incapable de manger seule ; il faut qu'une infirmière lui fasse absorber chacun de ses repas.

En regardant attentivement les deux mains, on voit qu'il y a une atrophie notable de la main droite, par comparaison avec la gauche, et, en mesurant avec le compas d'épaisseur les deux mains au niveau des têtes des métacarpiens, on constate environ un demi-centimètre d'épaisseur en plus au profit de la main gauche.

Toute la musculature des membres est très grêle, surtout celle des bras et des avant-bras, et il n'est pas aisé de juger s'il y a une atrophie prédominante d'un côté. La sensibilité cutanée est intacte et les réflexes cutanés sont conservés.

Les troubles moteurs les plus caractéristiques se montrent aux lèvres et à la langue. Au repos, les lèvres, un peu épaissies, n'arrivent pas tout à fait au contact ; la lèvre inférieure a une tendance à être un peu tombante ; dès que l'enfant penche la tête en avant, la salive s'écoule spontanément sur le menton et en abondance. La paralysie des deux lèvres semble être à peu près complète, car, malgré toute sa bonne volonté pour imiter les mouvements qu'on lui suggère, elle est incapable de siffler, de produire le bruit d'un baiser, d'arrondir l'orifice buccal, etc., et même de faire arriver les deux lèvres au contact l'une de l'autre pour fermer la bouche. L'abaissement du maxillaire inférieur a lieu très aisément et les mouvements des masséters sont assez bien conservés ; les mouvements de diduction de la mâchoire inférieure sont impossibles à obtenir.

Lorsque la bouche est ouverte, on voit la langue, dont la muqueuse est bien normale, collée au plancher ; aucun mouvement de la langue ne semble possible, ni de soulèvement, ni de protraction, ni de latéralité ; elle semble être un organe tout à fait inerte et inutile. Le voile du palais a une conformation assez régulière, de même que le pharynx ; la contracture des piliers du voile est très faible, mais le réflexe pharyngien est complètement aboli.

Tous ces troubles fonctionnels expliquent sans doute l'extrême difficulté de la déglutition et l'impossibilité de faire absorber à l'enfant autre chose que du lait et des bouillies, des soupes ou des pulpes. Pour déglutir, elle renverse la tête en arrière et on est obligé d'enfoncer la cuiller très avant dans la bouche, pour qu'elle puisse sucer les aliments en quelque sorte ; les lèvres, ni la langue ne remplissent pas du tout leur office habituel pour propulser le bol alimentaire vers l'isthme du gosier.

L'articulation des sons n'est pas moins troublée que la déglutition : les sons sont émis au niveau des cordes vocales, mais ne peuvent être modifiés par les mouvements des lèvres et de la langue, pour former un langage articulé. Elle ne prononce que les sons simples représentés par des voyelles : *a*, *e*, *i*, mais à peu près aucune consonne. Elle décompose les mots qu'on essaye de lui faire articuler en autant de sons qu'il y a de syllabes ; mais elle n'arrive ainsi qu'à pousser un grognement inintelligible pour les personnes qui ne connaîtraient pas les mots qu'elle tente vainement d'articuler. Avec beaucoup de bonne volonté, on reconnaîtrait peut-être les mots : lait, poupée, bonjour, etc.

M. le docteur Le Marc'Hadour a bien voulu, sur notre demande, faire un examen du larynx, facilité par l'absence complète du réflexe pharyngien ; l'enfant a bien supporté l'application du miroir. Lorsque les sons sont émis, en général, la glotte reste ouverte ; cependant la contraction des cordes est possible lorsque l'enfant émet un son aigu et les cordes arrivent au contact. Il y a donc plus d'inhabileté fonctionnelle que de paralysie.

L'examen de la contractilité faradique des lèvres montre que la réaction électrique est bien conservée, et il n'y a ni atrophie, ni contractions fibrillaires.

Tel est le tableau clinique que nous présente actuellement cette enfant.

Si l'on se reporte à la belle observation avec autopsie de M. Bouchaud, on est frappé des analogies symptomatiques dans son cas et dans le nôtre. Il est vrai que le malade de M. Bouchaud était un adulte de vingt-huit ans ; mais la maladie remontait à la naissance, de même que les crises épileptiformes ; le syndrome glosso-labié était bien net, comme chez notre petite fille ; bien plus, il y avait une paralysie avec contracture siégeant dans le bras gauche et du strabisme ; la contracture, chez notre malade, prédomine au bras droit. L'état psychique était à peu près identique chez les deux.

Si les troubles fonctionnels, si l'ensemble de notre observation clinique est superposable si exactement à celle de M. Bouchaud, c'est que nous sommes bien en présence d'un type morbide défini, dont les exemples sont rares jusqu'à présent, mais qui ne tardera pas à être mieux observé et qui ne passera plus méconnu.

Il ne nous paraît donc pas téméraire de supposer que Louise L..., de même que l'adulte de M. Bouchaud et le malade d'Oppenheim, est atteinte de lésions corticales qui qui ont été très bien déterminées dans les deux seules autopsies faites jusqu'à présent. Il s'agit d'une atrophie (Bouchaud), d'une microgyrie (Oppenheim), siégeant spécialement dans la partie inférieure des circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante, des deux côtés, dans les régions même correspondant aux centres corticaux moteurs des lèvres et de la langue.

Cette lésion se manifestant par des troubles fonctionnels dès la naissance est probablement due à une malformation congénitale de certains territoires de l'écorce. M. Bouchaud s'est assuré directement que les noyaux bulbaires de l'hypoglosse étaient intacts; il a donc parfaitement différencié ce type morbide nouveau de la paralysie labio-glosso-laryngée de Duchenne (de Boulogne).

Nous pensons néanmoins qu'on peut conserver la dénomination créée par Duchenne, pourvu qu'on spécifie que le syndrome paralytique est d'origine corticale et non bulbaire. C'est ce que nous avons fait dans le titre de notre observation qui viendra s'adjoindre aux quelques faits de ce genre déjà connus.

Il résulte de tout cet exposé que le pronostic de cette affection est des plus graves, que, si elle a une marche lente, elle n'en est pas moins au-dessus de nos ressources thérapeutiques; elle ne paraît pas devoir être plus modifiable que les troubles divers causés par les malformations congénitales des autres organes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(28 JANVIER 1902)

M. Lucas-Championnière a fait une intéressante communication sur le **traitement du pied bot par l'ablation de la totalité des os du tarse**. Il a, dans ces interventions, poussé le radicalisme à ses plus extrêmes limites et les résultats fonctionnels et plastiques qu'il en a obtenus sont, à en juger par un malade qu'il nous a présenté, véritablement remarquables.

Voici, d'ailleurs, le résumé de la communication de M. Lucas-Championnière :

Il présente un opéré de pied bot et une étude sur une série de trente cas et un cas analogues dans lesquels le traitement a consisté dans l'ablation de la totalité des os du tarse, sauf tout ou partie du calcaneum.

Il estime que, dans cette thérapeutique, il faut toujours ménager les tendons et les tissus fibreux tandis que la suppression de la totalité des os du tarse n'a aucun inconvénient pour l'avenir des fonctions. Les tendances économiques des chirurgiens qui ménagent le plus possible les os du tarse n'ont aucune raison d'être. Le but à poursuivre doit être de réduire toute la région centrale du pied à une masse molle et si bien malléable qu'aussitôt l'opération terminée la réduction du pied soit complète, absolue et n'ait besoin d'aucun appareil orthopédique complémentaire, ni d'aucune section tendineuse.

A ce moment M. Championnière n'applique même aucun appareil inamovible.

Le sujet est tiré le quatrième jour de son pansement, le drain est enlevé et le pied mobilisé.

Il marchera, sur le pied ainsi traité, de la troisième à la sixième semaine suivant les cas.

Les sujets ont une excellente réduction du pied, marchent franchement sur la plante du pied avec un appui régulier. Ils ont même l'apparence d'une voûte élevée.

Le pied est souple et sans douleur.

La marche ne fait qu'améliorer leur situation.

Elle se fait sans appareil spécial avec des bottines à contreforts solides.

Il n'y a pas de mouvement de latéralité.

Il ne semble pas qu'il y ait de reproduction osseuse. Au moins des radiographies après plus d'une année pour un pied très solide ne montrent aucune reproduction.

M. Championnière après avoir fait ses toutes premières opérations plus ménagères des os, depuis treize ans, systématiquement emporté tout le tarse, sauf les deux tiers ou la moitié postérieure du calcaneum.

Dans le cas présenté, le calcaneum lui-même a été enlevé, sauf en arrière les points d'insertion du tendon d'Achille.

Ce malade n'a subi aucun traitement secondaire, aucun appareil complémentaire. Il est sorti de l'hôpital marchant sur son pied et aujourd'hui, un an plus tard, il demande à être opéré du côté opposé.

Il avait un varus équin avec un renversement du pied tel qu'il était sans équilibre et marchait péniblement sur des pieds déformés en s'aidant de cannes.

A l'heure actuelle, avec un seul pied opéré, il marche déjà vite et sans canne.

Cette opération, qui peut être faite par une seule incision dorsale est simple, se fait sans complication, à condition d'être pratiquée avec une antisepsie irréprochable. Autrement l'ouverture et la destruction de multiples articulations du pied seraient dangereuses, tandis que dans ses nombreuses opérations M. Championnière n'a jamais observé aucun accident.

Comme suite et comme simplicité d'action immédiate, cette opération est très supérieure à toutes celles pratiquées pour le pied bot avec sections tendineuses et ablations partielles plus ou moins économiques de parties osseuses du tarse.

L'idée de recourir aux sérums d'une façon préventive, en cas d'épidémies et quand on se trouve en présence d'une affection très facilement transmissible, comme, par exemple, la diphtérie, le tétanos, a fait son chemin et tend à entrer de plus en plus dans la pratique. La communication faite, à ce sujet, par M. Netter, offre un réel intérêt : il s'agit des **injections préventives anti-diphtéritiques dans les familles**.

Il a pratiqué, à l'hôpital Trousseau, des injections préventives de sérum antidiphtérique à 502 enfants appartenant à 200 familles dans lesquelles il y avait eu un premier cas de diphtérie envoyé dans le service.

Ces injections, à la dose habituelle de 500 unités, n'ont présenté aucun inconvénient. Elles ont été très efficaces; 13 enfants seulement ont été pris, 7 dans les vingt-quatre heures, 6 après un mois. Il n'est survenu aucun cas pendant la période qui va du deuxième au vingt-huitième jour.

L'examen bactériologique de la gorge de 476 de ces enfants a montré 150 fois le bacille de Lœffler.

L'utilité des injections chez ces enfants ressort bien nettement si l'on compare leur sort à celui de 491 enfants non immunisés, appartenant à des familles ayant également envoyé des enfants diphtériques à l'hôpital.

Dans ce groupe il y a eu 87 cas secondaires répartis entre

69 familles; et, sur ces 87 cas, 38 graves ayant donné 18 morts.

La proportion des familles atteintes a été de 34,5; celle des enfants atteints de 17,7; celle des diphtéries graves de 7,74; celle des diphtéries mortelles de 3,66.

Si la proportion avait été la même chez les non-inoculés, on aurait eu :

86 familles..........	au lieu de	13,	soit	73	de plus.
89 enfants............	—	13	—	76	—
39 diphtéries graves...	—	0	—	39	—
18 diphtéries mortelles.	—	0	—	18	—

Les injections préventives ont donc sauvé 18 existences, préservé 76 enfants et 73 familles.

Dans les familles non inoculées, les cas survenus dans les vingt-quatre heures ont été au nombre de 8; après vingt-huit jours ils ont été de 7; total : 15, chiffre sensiblement le même que dans le groupe des enfants inoculés.

L'injection préventive exerce une action atténuante très nette chez les enfants atteints en dépit de l'immunisation. En effet, sur 13 enfants immunisés atteints, soit dans les vingt-quatre heures, soit après vingt-huit jours, nous comptons : 4 diphtéries insignifiantes, 6 légères, 3 moyennes.

Chez les 15 enfants non inoculés atteints dans les vingt-quatre heures ou après vingt-huit jours, il y a 3 diphtéries légères, 6 moyennes, 2 graves guéries, 4 mortelles.

La proportion des cas légers est, chez les immunisés, de 77 p. 100 et, chez les non-inoculés, de 20 p. 100; celle des cas graves est, chez les immunisés, de 0 et, chez les non-inoculés, de 40 p. 100.

(Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Sevestre.)

Nous n'en avons pas fini avec les méfaits des moustiques. Les voilà maintenant capables d'inoculer la **peste**. En effet, MM. La Bonnardière et Xanthopoulidès, en donnant leurs soins à un pesteux, ont trouvé dans la trompe d'un moustique plusieurs bacilles de la peste. La question mérite d'être étudiée et l'on y reviendra certainement.

M. Motet présente l'allocution qu'il a prononcée à l'Association française contre l'**abus des boissons alcooliques**. Dans cette allocution, il rend un respectueux hommage à Bergeron qui, toujours dévoué à cette œuvre, lui apportait le précieux concours de sa haute autorité.

M. Guépin lit un travail sur le **diagnostic des fausses cystites**.

La triade symptomatique (douleurs, fréquence, pyurie) n'étant pas, on le sait, caractéristique d'une inflammation vésicale, les moyens de différenciation entre la cystite et les fausses cystites restant insuffisants ou inapplicables, il faut, pour aboutir à un diagnostic exact : 1° appliquer au cas particulier les lois générales des réflexes urinaires de Reliquet; 2° faire l'épreuve du traitement causal.

Il importe d'autant plus d'être fixé que le traitement usuel de la cystite ne donne rien, sinon une aggravation, lorsqu'il y a fausse cystite, en un mot lorsque la vessie n'est pas en cause.

L'Académie à quatre heures s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Filhol sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section des associés libres. Voici l'ordre du classement :

1° A la place vacante d'associé libre : En première ligne; M. Galippe; en deuxième ligne, M. Hamy; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Commenge et Kermorgant; en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Maurice de Fleury et Voisin.

2° A la place vacante de correspondant national : En première ligne, M. Neumann (de Toulouse); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Labat (de Toulouse) et Lesbre (de Lyon).

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

De la destinée éloignée des enfants survivants à la trachéotomie et au tubage. — Le docteur Trumpp, qui a déjà publié une série d'intéressantes études sur la diphtérie, a fait une enquête sur 391 enfants opérés de 1886 à 1896 pour sténose laryngée diphtéritique; sur ce nombre 328 sont vivants, 28 sont morts ; 64 ont eu des affections pharyngées, laryngées ou pulmonaires. L'auteur conclut que la trachéotomie ne prédispose qu'exceptionnellement à la tuberculose, contrairement aux assertions de M. Landouzy.

Suivant M. Pfaundler qui a fait une étude analogue, les affections des voies respiratoires ne seraient pas plus fréquentes chez les enfants intubés antérieurement que chez des enfants quelconques du même âge ; il n'en serait pas de même chez les anciens trachéotomisés qui seraient beaucoup plus susceptibles aux affections pulmonaires. (*Münch. med. Woch.*, n° 43.) P. V.

De la disparition de l'odorat au cours des tumeurs cérébrales. — M. L. J. J. Muskens a noté, chez des malades atteints de tumeur cérébrale, une énorme atténuation du sens de l'odorat; il l'explique par un processus du genre de celui qui se produit du côté de l'œil (névrite optique par stase ou staunngspapille). [*Weekblad von het Nederlandsch Tijdschrift voor geneeskunde*, n° 18. C. R. in *Berliner klin. Wochens.*, 1901, n° 46.] P. V.

A propos du cyto-diagnostic de la méningite. — M. Ernst Bendix a eu l'occasion d'employer le moyen diagnostique proposé par MM. Widal et Ravaut pour reconnaître la nature des exsudats sérofibrineux. Cet important procédé d'étude clinique, utile surtout dans le diagnostic souvent difficile des méningites, a été mis en œuvre par Bendix, chez 8 malades atteints de cette maladie, malades dont il a pu pratiquer l'autopsie.

Dans 5 cas, il s'agissait de méningite tuberculeuse, or, tandis que l'agent spécifique n'avait pu être décelé qu'une fois dans le liquide retiré par ponction lombaire, la méthode préconisée par M. Widal se montre si supérieure que, dans tous les cas sans exception, les éléments cellulaires de l'exsudat se trouvèrent constitués par des lymphocytes, les polynucléaires n'existant qu'en très petit nombre.

L'auteur eut cependant l'occasion de constater une exception parmi les trois cas de méningite cérébro-spinale, causée par le méningocoque intracellulaire, qu'il a eu l'occasion d'examiner par ce procédé : dans un cas, l'exsudat contenait surtout des lymphocytes, ce que l'auteur explique par la chronicité de ce cas qui avait évolué en plusieurs mois.

Il insiste encore, en terminant, sur la valeur du cytodiagnostic. (*Deuts. med. Woch.*, 1901, n° 43, p. 747.) P. V.

OTO-RHINOLOGIE

Les paralysies oculaires au cours des otites. — Le professeur F. de Lapersonne rapporte un cas de paralysie du grand oblique, survenue au cours d'une otite moyenne aiguë droite avec vertiges, bourdonnements, douleurs violentes. Le malade présente une diplopie verticale et homonyme s'accentuant dans la moitié inférieure du champ du regard avec abaissement de l'image droite, la diplopie verticale augmentant vers la gauche : acuité visuelle excellente, pas

de lésion du fond de l'œil. Du côté de l'oreille, les phénomènes s'amendent rapidement.

L'interprétation de ce fait clinique est difficile, car jusqu'ici la paralysie du pathétique n'avait pas été constatée. Au point de vue pratique, cette paralysie du pathétique, qui produit une diplopie si gênante dans la moitié inférieure, pourrait expliquer, si ce n'est le vertige vrai, du moins l'incertitude de la marche simulant le vertige, qui accompagne certains troubles de l'oreille interne. (*Echo méd. du Nord*, n° 22, juin 1901.) T. D.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

De l'apparition de sillons latéraux sur la moelle dans la porencéphalie. — Le professeur R. Paltouf a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un enfant de neuf mois atteint d'hydrocéphalie chronique, de paralysie et de contractures, mort d'anémie et de consomption à la suite d'un catarrhe chronique de l'intestin, il constata des lésions étendues de parencéphalie, aux deux hémisphères et à l'examen de la moelle, la présence de deux sillons longitudinaux placés symétriquement au niveau des cordons latéraux postérieurs. Ces sillons siégeaient au niveau de la moelle cervicale; ils diminuaient de profondeur puis disparaissaient en se rapprochant de la moelle dorsale. L'auteur n'a pas pu examiner les régions supérieures de la moelle cervicale et le bulbe. La présence de ces sillons s'explique tout naturellement, suivant Paltouf, par l'arrêt de développement, lié aux lésions de l'écorce, du faisceau pyramidal, le faisceau cérébelleux se développant au contraire normalement, la surface de la moelle, à son niveau, s'infléchit dans la profondeur pour lui laisser un espace suffisant à son expansion normale. L'auteur illustre son article de figures très démonstratives. (*Wien. klin. Woch.*, 1901, n° 42, p. 1036.) P. V.

HYGIÈNE

La désinfection du linge des malades. — M. P. Carles, agrégé à la Faculté de Bordeaux, vient d'étudier un point de la désinfection du linge des malades qui n'est pas sans importance.

Lorsqu'on passe à l'étuve les linges souillés, sans aucun traitement préalable, et qu'on les rend ensuite à leur propriétaire auquel incombe le soin de les faire blanchir, ces linges présentent des taches indélébiles que le blanchissage est impuissant à faire disparaître.

Ces taches sont dues à la chaleur qui, en même temps qu'elle stérilise le linge, soit à la vapeur, soit à sec, coagule les matières albuminoïdes du sang, du pus et autres liquides de l'organisme.

Pour éviter cette coagulation, il est indispensable d'enlever ces albuminoïdes. On y arrive avec de l'eau froide ou chauffée au-dessous de 70 degrés, tenant en dissolution un antiseptique non coagulant. Cette qualité est urgente, il faut en outre que l'antiseptique soit sans odeur.

« Deux paraissent pouvoir remplir ce rôle, dit M. P. Carles : ce sont le sublimé et le cyanure de mercure.

Le sublimé est un coagulant des albuminoïdes au premier chef; mais il perd cette propriété en présence du sel marin, qui facilite notamment, du reste, sa solubilité. Deux parties au moins de sel commun sont nécessaires pour cela. Malgré tout quand, en dissolution dans l'eau ordinaire, il a imprégné le linge, les dernières parties résistent fort au rinçage qui précède la mise à l'étuve stérilisatrice. Dans ces conditions, sans doute, les cristaux de soude et l'eau de javelle ne le colorent qu'en blanc, ce qui ne fait pas tache; mais les traces tenaces de sel mercuriel n'en persistent pas moins sur le linge.

Cette persistance n'est pas indifférente au point de vue hygiénique; elle ne l'est pas non plus au point de vue de l'économie domestique. Un jour ou l'autre, en effet, ces traces tenaces peuvent être mises en contact de liquides ou de vapeurs sulfureuses, et alors elles noirciront. Il y a là matière à surprises tardives.

Avec le cyanure de mercure, les choses se passent de façon plus satisfaisante. Celui ci se dissout aisément, seul et sans décomposition, dans 10 parties d'eau froide, ainsi que dans toute espèce d'eau séléniteuse ou calcaire, ce qui n'a pas lieu pour le sublimé; il part facilement et intégralement aux rinçages à toutes les eaux; il n'exige pas l'intervention des chlorures alcalins pour n'être pas coagulant des albuminoïdes, puisqu'il ne l'est dans aucun cas; il n'est décomposé ni par les cristaux de soude, ni par l'eau de javelle. Un seul agent chimique peut l'atteindre au lessivage, quand le linge antiseptisé a été mal rincé : ce sont les traces de sulfures alcalins que contient la lessive de cendres de bois, c'est-à-dire ce qu'on nomme *lessif* en notre pays de Gascogne. Mais cette lessive de famille est bien tombée en désuétude. »

Bref, le cyanure de mercure, cet antiseptique de choix, trouve ici un nouvel emploi légitime. Il nous semble qu'avec lui, on pourrait, sans inconvénient pour la santé publique et pour celle des désinfecteurs, priver le linge des malades de toute souillure contagieuse et de toute tache présente ou latente. Quant à l'hygiène publique et privée, elle n'aurait qu'à y gagner.

Un seul point gênera dans l'usage du cyanure : c'est son prix encore élevé; mais son emploi se répandant tous les jours davantage, sa valeur marchande baisse d'autant plus.

Notons que, pour l'usage dans les familles, il est prudent de colorer les solutions de cyanure afin d'empêcher les méprises, car c'est un violent poison. On peut employer, pour cela, le sulfate d'indigo ou le chromate de potasse. Le premier colore en bleu, le second en jaune, sans donner lieu à aucune décomposition chimique. (*Répert. de pharm.*, 10 décembre 1901.) L. G.

PHARMACOLOGIE

Suppositoires nouveaux à base de lanoline paraffinée. [M. Ed. Crouzel (de La Réole).] — Tous les praticiens connaissent les difficultés que présente la préparation des suppositoires de beurre de cacao additionnés d'une substance médicamenteuse quelconque. Les substances qu'on mélange d'habitude aux suppositoires sont d'autant plus difficiles à y incorporer convenablement que leurs propriétés physiques sont plus éloignées de celles du beurre de cacao. Les extraits sont spécialement rebelles à un mélange homogène, parce qu'ils sont insolubles dans le corps gras et aussi parce que, pendant la préparation, le mélange est soumis à la chaleur qui agglutine davantage leurs molécules. Il en résulte une répartition irrégulière de la substance médicamenteuse, ce qui est peu favorable à l'action thérapeutique du médicament.

La nouvelle formule que propose M. Crouzel permet d'obtenir, avec la plus grande facilité, des suppositoires très homogènes et susceptibles de renfermer de très fortes doses de principes actifs médicamenteux (extraits, alcaloïdes, sels minéraux ou organiques, poudres végétales, etc.). Elle est la suivante :

Paraffine	1
Lanoline anhydre	3

On peut confectionner, par le même procédé, des suppositoires vaginaux, des ovules, de forme et de volume variés.

La proportion de principes actifs (solubles dans l'eau) qu'il est possible d'incorporer facilement dans ces suppositoires sera calculée en prenant pour base la donnée suivante : la lanoline anhydre absorbe son poids d'eau, ou son

poids de solutions salines saturées, ou encore de solutions d'extraits végétaux.

Cette nouvelle formule permet donc au médecin de graduer les doses avec la certitude que le remède pourra être préparé de façon irréprochable, même par le pharmacien le moins habile. (*Répert. de pharm.*, 10 janv. 1902.) L. G.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — NOTES OBTENUES. — *Anatomie.* — Séance du 25 janvier 1902. — MM. Lavenant et Zentler, 9; Desmoulins et Guimbert, 7; Chaignot, Demanche, Fayolle, J.-M.-J. Fabre, Leduc et Siegel, 6.

Pathologie. — Séance du 27 janvier 1902. — MM. Muret, 12; H. Français, 10; Devé, Perreaux et Poupardin, 9; Paul Camus, Labadie-Lagrave et Renaud, 8; Patry, 7; Sari, 5.

Faculté de médecine de Paris. — Voici les prix décernés pour l'année 1901 :

PRIX BARBIER (2000 francs). — Le prix est partagé ainsi : 600 francs à M. le docteur Jayle (de Paris); 500 francs à M. le docteur Deguy et M. Benj. Weill (de Paris). Une mention honorable avec la somme de 100 francs est accordée à M. Valéry.

PRIX CHATEAUVILLARD (2000 francs). — Le prix est partagé comme suit: 1 000 francs à M. le docteur Varnier; 500 francs à MM. les docteurs Hallopeau et Leredde (de Paris); 500 francs à MM. les docteurs F. Bezançon et Griffon (de Paris).

PRIX MONTYON (700 francs). — Le prix est partagé ainsi : 400 fr. à M. le docteur Griffon (de Paris); 300 francs à M. le docteur Bordas (de Paris).

PRIX JEUNESSE (*hygiène*) [1 500 francs]. — Le prix est décerné à M. le docteur Vaillard. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Delobel (de Noyon et à M. le docteur Berthier (médecin militaire).

PRIX JEUNESSE (*histologie*) [750 francs]. — Le prix est partagé comme suit : 300 francs à M. Segall (de Paris); 300 francs à M. Delamarre (de Paris) et 150 francs à M. le docteur A. Guieysse.

PRIX SAINTOUR (3000 francs). — Le prix est partagé ainsi : 1500 francs à M. le docteur Ravaut et M. Ribierre (de Paris); 1 000 francs à M. le docteur A. Sicard (de Paris); 500 francs à M. le docteur Emile Weil et M. Antonin Clerc (de Paris).

THÈSES RÉCOMPENSÉES POUR L'ANNÉE 1901. — *Médailles d'argent.* — MM. F. Bernheim, Chalochet, Couvelaire, Dartigues, Ghika, Le Fur, Lœwy, Luys, Nattan-Larrier, Veau, E. Weil, Zimmern.

Médailles de bronze. — MM. Bacaloglu, Cruveilhier, Delestre, Durrieux, Duvernoy, Guieysse, Hauser, Jalaguier, Laufer, Lauvinerie, Leven, Lhuillier, Malartic, J.-P. Merklen, F. Monod, Mulon, Pédeprade, Sentex, Tournemelle.

Mentions honorables. — MM. Caboche, Carrière, Mme Chadzynska, MM. Compain, Cotar, Courgeon, Ferrier, Guihal, d'Herbécourt, Joüon, Leb, Matsoukis, Calogero, Mezger, Orion, Parant, Pouquet, Rouault, de Taranto.

Service médical de la Préfecture de la Seine. — M. Audigé, médecin de la septième circonscription, a été appelé à la deuxième circonscription (Ve et VIe arrondissements), en remplacement de M. Brochin, nommé médecin honoraire.

M. Lévi, médecin adjoint de la dixième circonscription, a été nommé médecin titulaire de la septième circonscription.

M. Pineau, médecin adjoint de la huitième circonscription, a été appelé à la dixième circonscription.

M. Mercereau, médecin adjoint de la troisième circonscription, a été appelé à la huitième circonscription.

M. Weil, médecin adjoint de la onzième circonscription, a été appelé à la troisième circonscription.

M. Lyon, médecin adjoint de la cinquième circonscription, a été appelé à la onzième circonscription.

M. Martin, médecin adjoint chargé des suppléances, a été nommé médecin adjoint de la cinquième circonscription.

Distinctions honorifiques. — MM. les docteurs Chevallet, Kahn et Merlin sont nommés officiers d'Académie.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Mailliu est promu au grade de médecin de première classe.

M. le médecin de deuxième classe Bellet est désigné pour embarquer sur le *Bouvines* (escadre du Nord).

Concours pour l'érection d'un sanatorium de tuberculeux en Angleterre. — En réponse à diverses questions posées aux secrétaires et à certains membres du Comité consultatif nommés par S. M. le roi d'Angleterre, le comité fait savoir que le concours en question est institué, non pour des architectes, mais pour des médecins, avec ou sans l'assistance d'architectes. On ne demande donc pas des plans détaillés, mais simplement des esquisses, en tant que celles-ci sont nécessaires pour l'élucidation des mémoires. Ces esquisses devront être faites dans la proportion de 0m0254 (1 pouce anglais) pour 97m472 (37 pieds anglais) et adhérer aux mémoires.

On ne donnera plus d'autres instructions détaillées, dans le but de laisser toute la latitude désirable aux concurrents.

Finalement, on fait remarquer que toutes les communications relatives au Sanatorium doivent être adressées exclusivement à l'un des secrétaires soussignés :

Docteur P. Horton Smith, secrétaire, 15, Upper Brook str., Londres, W.

Docteur John Broadbent, secrétaire, 35, Seymour str., Londres, W.

Conférence publique d'internat. — MM. Chevassu, Dupuy, Heitz-Boyer, Lemierre, Louste, Pécharmant et Rostaine, internes des hôpitaux, commenceront une conférence publique d'internat le vendredi 7 février, à deux heures et demie, à l'amphithéâtre Cruveilhier (École pratique), et la continueront les vendredis suivants à la même heure.

Conférence privée d'internat. — MM. Léo et P. Ravaut commenceront très prochainement une conférence privée d'internat. — S'adresser pour tout renseignement à la salle de garde de l'hôpital Cochin.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ballay, gouverneur général de l'Afrique occidentale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'hygiène sociale, par Emile DUCLAUX, membre de l'Académie des sciences, directeur de l'Institut Pasteur, directeur de l'École des hautes études sociales. Un vol. in-8° de la *Bibliothèque générale des sciences sociales*, cart. à l'angle. — Prix : 6 francs. — Paris, Félix Alcan.

Le mariage, étude de socio-biologie et de médecine légale, par le professeur MORACHE, de la Faculté de médecine de Bordeaux. Un vol. in-16 de la *Collection médicale*, cartonné à l'anglaise. — Prix : 4 francs. — Paris, Félix Alcan.

Les enfants retardataires (arrêts de la croissance et troubles du développement), par le docteur E. APPERT, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-16 de 96 p. cart. (*Actualités médicales*). — Prix : 1 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Tractatus de Hypopio auctore (anno 1785) J.-C. Pancin, Med. et Bot. prof. in Univ. Avenionensi, publié par le docteur P. PANSIER (d'Avignon). Une broch. — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 13. — SAMEDI 1er FÉVRIER 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 1er FÉVRIER 1902. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Les kystes du vagin.

Par M. G. MARION, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris.

I

Les kystes du vagin comprennent les kystes développés aux dépens de la muqueuse et de la couche musculo-fibreuse de ce conduit, à l'exclusion des kystes périvaginaux qui peuvent venir y faire saillie et des kystes vulvaires qui de par leur origine et leur structure diffèrent autant des kystes vaginaux que la vulve diffère du vagin au point de vue embryonnaire. Par contre il convient de rattacher aux kystes du vagin les kystes développés aux dépens de la membrane hymen; comme l'ont bien démontré les recherches de M. le professeur Budin, l'hymen doit être, au point de vue de sa structure et de son développement, considéré comme faisant partie de l'extrémité inférieure du vagin, et les kystes qui s'y développent sont analogues aux kystes vaginaux proprement dits.

Ainsi compris, les kystes du vagin présentent trois variétés très distinctes :

1° *Des kystes hydatiques;*
2° *Des kystes par inclusion traumatique;*
3° *Des kystes que l'on peut réunir sous la dénomination de kystes spontanés non parasitaires.*

De ces trois variétés, la dernière est sans contredit la plus importante; c'est elle qui fera surtout l'objet de cette revue.

Mais avant d'entrer dans l'étude des kystes proprement dits, il faut éliminer une affection spéciale caractérisée par le développement, au niveau de la muqueuse vaginale, d'une multitude de petites cavités du volume d'un grain de millet ou d'un grain de chènevis, disséminées sur toute la surface du vagin, contenant les unes du liquide, les autres des gaz et se rencontrant chez les femmes enceintes. Cette affection appelée *vaginite kystique, vaginite emphysémateuse*, etc., n'a rien de commun avec les kystes vrais. La formation des cavités, la structure de leurs parois n'ont rien qui les rapproche d'eux. La pathogénie de la vaginite kystique est du reste très mal connue. Si je la signale, c'est uniquement pour la séparer des kystes du vagin proprement dits, avec lesquels elle est encore décrite quelquefois.

I. Les *kystes hydatiques* du vagin sont absolument exceptionnels. M. Porak en a consigné un cas dans les *Archives de tocologie* de 1883. Il s'agissait d'une femme qui, à l'occasion d'un accouchement, avait vu un kyste préexistant s'enflammer. Ce kyste incisé avait provoqué des phénomènes phlegmoneux du côté des grandes lèvres jusqu'à ce qu'il se fût évacué par l'orifice une membrane hydatique qui permit de préciser immédiatement la nature du kyste.

Un autre exemple se trouve rapporté dans le *Traité des accouchements* de Tarnier et Budin; il a trait à une femme observée par M. Maygrier à la clinique d'accouchement : chez une femme en travail la tête de l'enfant était arrêtée dans le vagin par une tumeur élastique, rénitente, du volume d'un œuf. Une application de forceps fut faite, et pendant que M. Maygrier exerçait des tractions, la tumeur se rompit brusquement en même temps qu'un liquide clair et une membrane reconnue pour une poche d'hydatide s'écoulait au dehors.

En dehors de la constatation de la poche hydatique, rien ne permet en somme de distinguer un kyste hydatique du vagin des autres variétés dont il présente tous les caractères.

II. Les *kystes par inclusion traumatique* sont beaucoup moins rares que ceux de la variété précédente. Ces kystes ont la même pathogénie que les kystes observés au niveau des doigts par exemple, à la suite d'un traumatisme quelconque ayant entraîné dans la profondeur des débris d'épithélium qui, continuant à proliférer, donnent naissance à cette variété de tumeurs. Ce sont en réalité de véritables kystes dermoïdes.

Au niveau du vagin ces kystes sont consécutifs en général à des traumatismes opératoires; dans le *Traité pratique de gynécologie* de Bonnet et Petit sont figurés quatre kystes par inclusion développés à la suite d'une colporraphie par avivement; la muqueuse avait été abrasée aux ciseaux et non par dissection; en certains points l'épithélium avait persisté au moins dans ses couches profondes; enfermé dans les

tissus par la suture, il avait continué à se développer et avait donné naissance à ces kystes.

Une autre origine assez fréquente de ce kyste est l'application du forceps au moment d'un accouchement. M. le professeur Budin dit en avoir constaté un certain nombre de cette nature. Le forceps agit ici comme corps traumatisant, enfouissant l'épithélium en blessant la muqueuse vaginale.

Il est évident que seul l'examen du contenu de la poche et de sa paroi permet de faire reconnaître l'origine de ces kystes.

III. *Kystes spontanés non parasitaires.* — Cette variété de kystes est de beaucoup la plus intéressante à tous points de vue, autant à cause de leur fréquence relative, qu'à cause des théories qui ont été émises à leur propos et des confusions dont ils ont pu être la source.

II

L'HISTOIRE de ces kystes commence en 1847 avec le mémoire de Huguier à la Société de chirurgie; le premier il les étudie dans un travail d'ensemble et en propose une pathogénie longtemps acceptée.

Plus tard viennent les mémoires très importants de Winckel, von Preuschen; et en 1888 paraît dans la *Revue de chirurgie* un travail d'ensemble sur la question, dû à M. Poupinel. Des thèses se sont également occupées de ces kystes, parmi lesquelles sont à signaler celles de Thalinger en 1885, de M[lle] Zaglison en 1894 et de Robert en 1899.

L'ÉTIOLOGIE des kystes du vagin est peu intéressante. Leur fréquence est minime comparée à celle des affections des organes génitaux de la femme; cependant Neuguebauer dans un article des *Archives de gynécologie* (1897) en rapporte 50 observations personnelles et donne une proportion de 2 cas sur 100 femmes examinées. Cet auteur est évidemment tombé sur une série exceptionnelle.

C'est une affection qu'on peut observer à tout âge. Lannelongue et Achard dans leur *Traité des kystes congénitaux* en signalent chez le nouveau-né; il en a été observé chez les enfants; chez l'adulte les kystes se rencontrent aussi bien chez la femme vierge que chez la multipare. C'est dire que le coït, la grossesse, les accouchements ne jouent qu'un rôle très accessoire dans leur développement, contrairement à l'opinion qui eut cours à une certaine époque.

III

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE des kystes du vagin est très importante à connaître; c'est elle qui permet d'éclaircir la pathogénie de l'affection.

Les kystes peuvent *siéger* en n'importe quel point du vagin : parois antérieure, postérieure, latérale; mais la fréquence de ces localisations n'est pas absolument la même. Poupinel dans son travail dit que pour 53 kystes de la paroi postérieure il en existe 49 de la paroi antérieure et 18 des parties latérales. Sur la paroi antérieure ils siègent surtout à droite et en bas, sur la paroi postérieure surtout à la partie profonde. D'autre part le kyste peut occuper toute la hauteur d'une paroi, comme c'était le cas chez une malade dont M. Picqué a rapporté l'histoire à la Société de chirurgie en 1898. Le kyste peut également se prolonger en dehors du vagin dans le ligament large.

Les kystes peuvent enfin siéger au niveau de l'hymen : le kyste congénital observé par MM. Lannelongue et Achard était un kyste développé à la face profonde de l'hymen. Marchesi (de Palerme), dans les *Annales italiennes de gynécologie* de 1900, en rapporte deux nouveaux cas intéressants.

En général le kyste du vagin est *unique*. Cependant 20 fois sur 120 cas, d'après Poupinel, les kystes étaient multiples et leur nombre variait de 2 à 20. Ces kystes multiples sont, en général, latéraux; quelquefois même ils présentent une disposition particulière; Johnson rapporte un fait où 4 kystes étaient ainsi échelonnés, raliés par un canal rétréci.

Le *volume* des kystes varie beaucoup. Les petits ne dépassent pas celui d'une cerise; les moyens, les plus communs sont de la grosseur d'une noix; mais il en est qui atteignent le volume d'un œuf de poule, d'une orange, voire même d'une tête de fœtus.

Leur *forme* varie également; les uns sont arrondis; d'autres allongés et irrégulièrement développés, présentant des renflements alternants avec des points rétrécis; d'autres sont multilobés.

Au début de leur évolution ils sont inclus dans la paroi vaginale et sessiles, puis ils arrivent quelquefois à s'énucléer, à soulever la muqueuse et à se pédiculiser.

Au point de vue de leur situation dans la paroi vaginale, on peut avec Huguier diviser les kystes du vagin en kystes superficiels situés dans la muqueuse, et en kystes profonds, situés dans la couche musculaire; ces derniers étant de beaucoup les plus fréquents.

D'autre part, les connexions entre la paroi du kyste et les tissus vaginaux sont variables; la paroi de certains kystes est en continuation directe et adhère aux parois du vagin; le plus souvent le kyste est séparé de la paroi vaginale par une couche de tissu conjonctif et peut en être facilement énucléé. Quelquefois, cet isolement existe sur toute la périphérie du kyste, sauf en un point où le kyste possède un pédicule. Enfin il ne faut pas oublier que certains kystes du vagin ont une portion vaginale et une portion extra-vaginale se prolongeant en général dans le ligament large. Tels sont les cas de Watts, de Boursier, de Reboul, de Lambret.

A la coupe, le kyste présente tantôt une cavité unique, régulièrement développée; tantôt il est cloisonné, alvéolaire; il s'agit dans d'autres cas de kystes multiloculaires.

La paroi en général lisse présente quelquefois des saillies microscopiques analogues à des papilles.

Le contenu des kystes du vagin présente la plus grande diversité. Le liquide peut être clair, fluide, citrin, analogue à celui d'une hydrocèle. Quelquefois c'est un liquide visqueux, filant, gélatineux. Il peut être coloré en brun par un épanchement sanguin. Enfin ce peut être du pus, le contenu du kyste ayant subi la transformation purulente.

La paroi du kyste comprend deux couches : l'une constituée par des fibres conjonctives et des fibres élastiques, entremêlées quelquefois de fibres musculaires; l'autre épithéliale. Cette dernière est représentée tantôt par de l'épithélium pavimenteux, tantôt par de l'épithélium cylindrique cilié. Dans quelques cas, soit que réellement il n'existait pas d'épithélium, soit que l'examen eût été fait dans des conditions défectueuses, on n'en a trouvé aucune trace.

De toutes ces notions d'anatomie pathologique il est permis de supposer que les kystes du vagin n'ont pas tous la même origine, c'est ce que confirme l'étude de la pathogénie.

IV

La PATHOGÉNIE des kystes du vagin a passé par trois phases.

1° Avec Huguier, Virchow, von Preuschen, on admet que ces kystes sont d'origine glandulaire.

2° Mais les anatomistes et les histologistes constatent que les glandes du vagin n'existent pas et concluent par conséquent que la théorie de Huguier doit être abandonnée. On s'ingénie alors à expliquer la formation de ces kystes en émettant des hypothèses variées : Henring, Winkel, Froment admettent qu'ils résultent de l'accolement des replis de la muqueuse vaginale. Wilhem, Klebs pensent qu'il s'agit de kystes lymphatiques. Eustache, en 1878, émet une théorie qui fit fortune depuis, et que l'on pourrait appeler théorie de l'hygroma, voire même de l'hygroma professionnel avec Courty. Thorn pensait qu'on avait affaire à des collections séreuses analogues aux collections de sérosité décrites par Morel-Lavallée dans les contusions.

3° Puis vient une troisième période où les examens histologiques ont été plus précis, les connaissances embryologiques se sont développées et où avec Watts, Veit, la pathogénie des kystes se transforme complètement, ces auteurs admettant que les kystes du vagin résultent du développement de débris embryonnaires provenant soit du canal de Wolff soit du canal de Muller.

Pour juger de la valeur de ces différentes théories, il convient de les passer successivement en revue. On peut du reste éliminer immédiatement la théorie de l'accolement des plis vaginaux qu'aucun examen sérieux ne confirme. On peut rejeter aussi celle qui voit l'origine de ces kystes dans les vaisseaux lymphatiques; bien qu'*a priori* un lymphangiome kystique puisse se développer au niveau du vagin comme partout ailleurs, il n'en existe aucun cas scientifiquement démontré. On peut en dire autant de l'épanchement de sérosité incriminé par Thorn. En réalité trois théories seules méritent d'être discutées, ce sont : la *théorie glandulaire*, la *théorie de l'hygroma*, la *théorie du kyste congénital*.

La première idée qui devait évidemment venir à l'esprit pour expliquer la formation des kystes du vagin était celle qu'avait émise Huguier, qui faisait provenir les kystes, des glandes de la muqueuse. La théorie était séduisante. Malheureusement pour elle les examens histologiques ultérieurs démontrèrent qu'il n'existe pas de glande dans le vagin, aussi au nom de l'anatomie classique la théorie fut-elle rejetée plus tard. Et cependant faut-il l'écarter complètement? Il semble que non.

Tout d'abord des examens de muqueuse vaginale pratiqués par des histologistes compétents, ont démontré qu'il existait des glandes dans certains cas. Ainsi von Preuschen figure dans son travail des glandes tubulées à canal excréteur tapissé d'épithélium pavimenteux et dont le fond est tapissé par un épithélium cylindrique. Ces glandes que l'on trouve à la partie voisine de l'utérus et tout près de la vulve existeraient chez un sixième des femmes. Plus récemment, Davidson, dans un article des *Archives allemandes de gynécologie* de 1900, conclut que des glandes vaginales existent dans certains cas, et qu'alors elles constituent une véritable malformation due à une ectopie des glandes cervicales ou vulvaires. Il semble donc bien, que des glandes existent quoique d'une façon très inconstante, au niveau de la muqueuse vaginale et qu'aujourd'hui il n'est plus permis de par l'anatomie de rejeter d'emblée la théorie de Huguier.

D'autre part, il est des examens histologiques qui ne laissent place à aucun doute. Le kyste, enlevé par M. le professeur Terrier et étudié par Poupinel, était formé d'une agglomération de petits kystes; la masse était située superficiellement et les cavités étaient tapissées de cellules épithéliales, les unes pavimenteuses, les autres cylindriques, d'autres muqueuses, analogues en somme aux cellules des glandes décrites par von Preuschen. Le contenu était muqueux. Tout récemment l'examen d'un kyste enlevé dans le service du professeur Terrier a fourni les mêmes résultats.

Il semble donc bien que la théorie glandulaire explique la formation de certains kystes.

2° Une autre opinion place l'origine des kystes dans le tissu conjonctif vaginal modifié par le frottement. On connaît la formation des bourses séreuses professionnelles en divers endroits du corps sous l'influence de pressions ou de frottements répétés. D'après Eustache qui émit cette opinion en 1878, il en aurait été de même au niveau du vagin où les frottements du coït auraient déterminé la formation de véritables hygromas. Cette théorie fut soutenue depuis dans la thèse de Thalinger à propos d'un cas observé dans le service de M. le professeur Tillaux.

Il faut le dire, cette théorie pouvait avoir sa raison d'être à une époque où il était nécessaire de trouver une pathogénie à des kystes que l'anatomie empêchait d'appeler glandulaires et qu'aucun examen histologique sérieux ne permettait d'expliquer d'une façon plus rationnelle ces kystes. Or, que prouvent les faits apportés à l'appui de cette théorie de l'hygroma?

Contrairement à l'opinion de Courty et de Kivish les filles publiques ne sont pas plus souvent atteintes de kystes du vagin que les autres femmes; et les femmes qui ont eu plusieurs enfants pas davantage que celles qui n'en ont jamais eu. Bien plus, on sait que ces kystes peuvent se rencontrer chez des enfants et même chez des nouveau-nés. D'autre part, les examens histologiques qui démontrent l'existence à la surface de la poche d'un épithélium cylindrique ou pavimenteux stratifié ne sont pas en faveur de la théorie. Il est cependant quelques cas où des examens qui semblent avoir été bien faits n'ont pu révéler l'existence d'aucun épithélium, ces cas exceptionnels ne sont pas absolument probants; il faut cependant en tenir compte et conclure que si la théorie de l'hygroma peut expliquer la formation de quelques kystes exceptionnels, l'immense majorité des kystes du vagin ne sont pas des hygromas.

3° La théorie la plus en vogue à l'heure actuelle est celle qui fait provenir les kystes du vagin des débris des canaux de Wolff ou de Müller. Watts la soutint le premier en 1879; elle fut reprise par Veit et se trouve confirmée par la majorité des faits examinés depuis.

Le rôle des débris embryonnaires dans l'histoire des kystes en général est considérable; les débris de la portion urinaire du corps de Wolff chez l'homme donnent naissance aux kystes de l'épididyme; le canal de Bochdaleck donne les kystes thyro-hyoïdiens; l'organe de Rosenmüller, les kystes du ligament large. Eh bien, de même Watts supposa qu'au niveau du vagin pouvaient persister des débris des organes primitifs de la région, susceptibles de donner naissance à des kystes. Or dans cette région, il existe primiti-

vement les canaux de Müller et les canaux de Wolff accolés dans le cordon génital.

Les canaux de Müller se fusionnent dans leur partie inférieure pour ne plus former qu'un seul conduit, vagin et utérus; mais il est possible que par une anomalie de développement un seul des canaux de Müller fasse suite à un utérus normalement conformé, la portion inférieure de l'autre canal complètement isolée, réduite quelquefois à une cavité minime sera susceptible de se développer à un moment donné.

Quant aux canaux de Wolff, normalement ils doivent disparaître chez la femme. Quelquefois cependant ils persistent et constituent ce qu'on appelle les canaux de Gärtner. Ces canaux signalés par Malpighi, puis étudiés par l'anatomiste danois Gärtner, existent normalement chez les ruminants; ils prennent naissance à l'extrémité de l'organe de Rosenmüller, suivent la trompe puis les parties latérales de l'utérus et du vagin et viennent déboucher de chaque côté du méat urinaire. Chez la femme ces canaux ont été étudiés par Viault dans sa Thèse d'agrégation. Ils existent une fois sur trois environ, tantôt sous forme d'un canal rudimentaire partiel, tantôt sous forme d'un canal presque complet comme longueur. Ils existent plus souvent à droite et sont situés dans la partie latérale de la paroi antérieure du vagin. Ce sont ces débris provenant soit du canal de Wolff soit du canal de Müller qui donneraient naissance aux kystes du vagin, d'après la théorie actuelle.

Cette théorie s'appuie, il faut le reconnaître, sur de nombreux faits.

Tout d'abord la situation de la majorité des kystes est bien en rapport avec le siège des canaux de Gärtner. C'est en effet surtout à droite sur la partie latérale du vagin que l'on rencontre les kystes.

D'autre part la forme de quelques-uns de ces kystes, leurs connexions dans certains cas prouvent jusqu'à l'évidence leur origine. Certains de ces kystes en effet sont allongés, régulièrement dilatés, à grand axe parallèle à celui du vagin, ou bien présentent une forme en chapelet, rappelant dans tous les cas une cavité développée aux dépens d'un canal. Il y a plus, certains kystes ont une portion située dans le ligament large, portion qui correspond à la partie intraligamentaire du canal de Gärtner. Enfin, dans des cas plus rares, comme celui que M. Lambret a rapporté cette année à la Société de médecine de Lille, le kyste se continuait en haut avec le parovaire et l'organe de Rosenmüller, preuve palpable que c'était bien aux dépens du canal de Wolff qu'il était développé.

Leur structure confirme également ces idées. Du vagin vers l'intérieur du kyste on trouve successivement : *a*. un épithélium pavimenteux stratifié; *b*. le derme de la muqueuse vaginale; *c*. une couche musculaire à deux plans; *d*. une couche de tissu conjonctif plus ou moins épaisse qui sépare les couches vaginales de la paroi du kyste; *e*. des fibres musculaires quelquefois nettement séparées en deux plans; *f*, du tissu conjonctif; *g*, une couche d'épithélium cylindrique simple ou stratifié, quelquefois cubique par aplatissement. En somme le kyste possède une paroi spéciale à fibres musculaires, bien isolée de celle du vagin, paroi semblable à celle des canaux de Gärtner.

Quant à l'origine Müllerienne de quelques kystes du vagin, elle a été émise par Freund et plus récemment soutenue par Potherat et son élève Robert dans une thèse parue en 1899. Cette hypothèse s'appuie sur la situation de certains kystes postérieurs avoisinant le col, situation que n'explique pas la théorie Wolffienne; et surtout sur l'examen histologique qui a fait constater qu'au-dessous des couches normales du vagin existe une paroi kystique propre constituée par du tissu musculaire, du tissu conjonctif et un revêtement épithélial pavimenteux stratifié; en outre on trouvait en certains points des papilles avec ramifications vasculaires; tous caractères rappelant la structure de la paroi vaginale dérivant du canal de Müller.

Par conséquent, pour résumer cette discussion sur la pathogénie des kystes du vagin, il semble qu'il faille conclure qu'une seule théorie n'est pas applicable à tous les cas; pour quelques cas exceptionnels, peut-être faut-il conserver la théorie de l'hygroma; d'autres sont certainement d'origine glandulaire développés dans des glandes anormales de la muqueuse; mais la plupart sont d'origine congénitale et résultent de l'évolution de débris embryonnaires, ce sont des kystes d'origine Wolffienne, plus rarement d'origine Müllerienne.

V

Symptomatologie. — Le début d'un kyste du vagin passe presque toujours inaperçu; en général c'est à l'occasion d'un examen pour métrite, vaginite, grossesse que l'on découvre la tumeur; quelquefois lorsque le kyste a atteint un certain volume il devient gênant au moment du coït et occasionne des douleurs; plus souvent la malade vient consulter pour un prolapsus.

Lorsque le kyste est découvert à l'occasion d'un examen il se présente sous forme d'une tumeur de volume et de sièges variables que le doigt fait constater sur une des parois du vagin, sessile, quelquefois pédiculée, arrondie ou allongée. Cette tumeur est indolente. Sa consistance est variable, quelquefois très dure comme un fibrome à cause de la tension du liquide, d'autres fois élastique, rénitente, ou bien franchement fluctuante. La tumeur dans certains cas fuit sous le doigt et l'on peut alors se demander si l'on a réellement affaire à une tumeur et non à une cystocèle.

La muqueuse vaginale normale ou un peu amincie glisse sur la tumeur.

A la vue c'est parfois en entr'ouvrant les grandes lèvres que la tumeur apparaît à la vulve simulant un rectocèle ou une cystocèle suivant sa situation, ou bien à cause de la minceur de la muqueuse laissant apercevoir le contenu prenant une teinte bleuâtre ou même violacée. Le kyste profond n'est constaté qu'à l'aide du speculum.

L'examen sera complété si cela paraît utile par le toucher rectal combiné au toucher vaginal de façon à saisir la tumeur entre les doigts, ou bien par le cathétérisme vésical qui permettra de reconnaître les rapports de la tumeur avec la vessie et l'urètre.

Quand la femme vient pour un prolapsus on voit saillir entre les grandes lèvres une masse arrondie, lisse ou recouverte des plis de la muqueuse vaginale, si bien qu'au premier abord on pense à une cystocèle ou à une rectocèle. Cette saillie peut se réduire, mais une exploration complète permet de la retrouver dans le vagin avec les caractères signalés précédemment.

Les symptômes fonctionnels sont en général nuls; ce n'est que lorsque le kyste a déjà acquis un volume notable qu'il devient un obstacle au coït et peut provoquer à ce moment de véritables souffrances. Rarement également le

kyste arrive par sa situation et son volume à gêner la miction.

Ces kystes qui ne déterminent en règle générale aucune gêne peuvent cependant avoir des conséquences fâcheuses.

1° Ils sont susceptibles de provoquer le *prolapsus de l'utérus*, de la même façon qu'un polype du rectum peut en provoquer le prolapsus; le kyste commence à faire saillie à la valve, peu à peu il se pédiculise et sort entre les grandes lèvres, entraînant d'abord la muqueuse vaginale puis l'utérus lui-même.

2° Lorsqu'ils siègent à la partie supérieure du vagin ils peuvent être la cause de *déviations utérines* par refoulement, ils sont alors l'origine de métrites et la cause de *stérilité*. C'est ainsi que, dans l'observation rapportée par Thalinger dans sa thèse, la malade atteinte d'une tumeur du cul-de-sac postérieur présentait une déviation du col en avant. Mariée depuis longtemps elle n'avait jamais eu d'enfants. Deux mois après l'ablation de la tumeur elle devenait enceinte.

La *stérilité* peut être, du reste, provoquée par un autre mécanisme; le kyste n'agit pas sur la position de l'utérus, mais par sa situation il oblitère le col.

3° Enfin le kyste du vagin peut être une cause de *dystocie*, le fait est rare mais a été observé : dans le *Traité des accouchements* de Tarnier et Budin il en est rapporté quatre cas. Dans tous il s'agissait de multipares qui avaient accouché facilement déjà plusieurs fois malgré la présence de la tumeur antérieurement constatée et chez lesquelles apparaissaient des phénomènes de dystocie à l'occasion d'un nouvel accouchement. La tumeur fut du reste reconnue, ponctionnée, et dans tous les cas l'accouchement se termina favorablement.

VI

La MARCHE des kystes du vagin est fort lente, la malade de M. le professeur Tillaux portait le sien depuis vingt ans et son volume était celui d'un petit œuf. Pendant la grossesse il se produit quelquefois une augmentation passagère de volume. A la suite d'un traumatisme, d'un accouchement, on peut voir une augmentation brusque due à un épanchement sanguin. Quelquefois le kyste s'est rompu au moment de l'accouchement, mais la reproduction est la règle.

La seule *complication* à laquelle soient exposés les kystes du vagin est la *suppuration* se produisant spontanément sans cause, ou à la suite d'un traumatisme. Elle s'annonce par des douleurs, et de l'augmentation de volume. Quand la poche s'est rompue, ou bien la guérison se produit par élimination de la paroi kystique, ou bien plus souvent le kyste reste fistuleux.

Le *pronostic* des kystes du vagin, d'après toutes les considérations précédentes, apparaît donc comme bénin, néanmoins ses conséquences sont parfois assez sérieuses pour qu'en présence d'une de ces tumeurs on doive toujours en pratiquer l'ablation.

VII

Le DIAGNOSTIC des kystes du vagin peut être chose très facile; dans d'autres cas, il peut présenter des difficultés insurmontables.

En tous cas l'on peut avoir à faire ce diagnostic dans trois circonstances différentes :

1° Le kyste est simple, non compliqué;

2° Le kyste est enflammé, suppuré;

3° Le kyste est fistuleux.

1° Le *kyste est simple*. Dans ce cas s'il s'agit d'un kyste bien délimité, soulevant nettement la muqueuse vaginale, nettement fluctuant, situé sur les parties latérales du vagin et par conséquent facile à immobiliser sur les plans voisins, le diagnostic est on ne peut plus facile; s'il s'agit au contraire d'un kyste profond des faces antérieure et postérieure, difficile à immobiliser et à explorer, la chose peut être beaucoup plus délicate. On peut être exposé dans ces conditions à confondre la tumeur, soit avec une *tumeur vaginale*, soit avec une *tumeur extra-vaginale* venant faire saillie dans le vagin.

Les *tumeurs vaginales* avec lesquelles il est possible de confondre un kyste sont tout d'abord les tumeurs solides du vagin, fibromes, fibro-sarcomes, fibro-myomes. La consistance du kyste est, en effet, telle dans certains cas, qu'elle fait penser à une tumeur solide et rien, en réalité, ne peut faire éviter l'erreur que la ponction.

Si le kyste siège à la partie antérieure on peut croire à une *urétrocèle* ou à une *cystocèle*.

L'*urétrocèle* présente la même forme que le kyste; sa consistance est analogue, du moins au premier abord. Mais tandis que l'uréthrocèle est médiane, le kyste l'est rarement; l'urétrocèle est réductible par une pression soutenue; le cathétérisme montre que l'urétrocèle dépend de l'urètre, connexion qui manque pour le kyste; enfin une sonde cannelée recourbée, introduite par l'urètre, le bec en bas, peut pénétrer dans la poche urétrale.

Un point qu'il convient pourtant de noter c'est que certaines urétrocèles pourraient bien n'être que des kystes du vagin suppurés et ouverts dans l'urètre.

La *cystocèle* est *a priori* une tumeur facile à distinguer d'un kyste du vagin; cependant certains kystes mollasses, pouvant être refoulés en haut, sont susceptibles de passer inaperçus et d'être confondus avec une cystocèle. Ce sera le cathétérisme de l'urètre combiné au toucher vaginal qui fera constater qu'entre la sonde et le doigt il existe une tumeur, qui assurera le diagnostic du kyste.

En arrière le kyste du vagin peut simuler une *rectocèle* de la même façon qu'en avant il simulait la cystocèle; le diagnostic sera établi par le toucher rectal combiné au toucher vaginal.

A propos de la confusion possible entre le kyste, la cystocèle et la rectocèle il convient de noter l'importance qu'il y a chez une femme qui vient se plaignant d'une descente de matrice à faire un examen complet et à ne pas se contenter de faire pousser la malade et de constater l'issue de la muqueuse vaginale; car derrière ce prolapsus peut se cacher un kyste; l'erreur a été souvent commise.

Parmi les tumeurs faisant partie du vagin et susceptibles d'être confondues avec un kyste, il faut encore signaler l'*hématocolpos latéral* due à ce fait que le vagin et l'utérus étant restés doubles, l'un des utérus débouche dans un vagin oblitéré à la partie inférieure; s'il y a concomitance d'hématométrie latérale le diagnostic est facile, autrement il ne peut être fait que par la ponction qui au cas d'hématocolpos ramènera du sang.

Enfin, chez une femme enceinte on peut, en présence d'un kyste, penser à un *thrombus du vagin*. Mais la coloration spéciale du vagin, le mode de production, les efforts d'expulsion qu'il détermine feront éviter l'erreur.

Les kystes du vagin peuvent être confondus d'autre part avec des *tumeurs péri-vaginales* venant faire saillie dans le vagin.

C'est ainsi qu'il peut être dans certaines circonstances assez délicat de distinguer *un ovaire scléro-kystique*, *un hydrosalpinx* tombé et immobilisé dans le cul-de-sac postérieur d'un kyste profond. En général, cependant, les antécédents d'inflammation, les douleurs, le siège moins vaginal de la tumeur feront éliminer le kyste.

La confusion est possible avec un *kyste du ligament large*, bien que celui-ci soit une tumeur abdominale en même temps que pelvienne. Il est des cas où la distinction est impossible, puisque certains kystes du vagin se prolongent dans le ligament large.

De même un *petit fibrome* de la lèvre antérieure de l'utérus, ayant dédoublé la cloison vésico-vaginale déprimant le vagin, peut simuler le kyste.

Enfin il faut signaler la possibilité d'une confusion avec une hernie vaginale développée dans le cul-de-sac antérieur ou postérieur.

2° *Le kyste est suppuré.* — Au cas de kyste suppuré si la malade ne connaissait pas l'existence de la tumeur, le diagnostic peut présenter de très grandes difficultés. Une femme vient d'accoucher, elle est prise de douleurs, de fièvre, en même temps que l'on constate une tumeur douloureuse, fluctuante; s'agit-il d'un phlegmon du ligament large, d'une péri-métro-salpingite, ou simplement d'un kyste du vagin enflammé? La forme, la limitation de la tumeur, sa situation superficielle, seront autant de raisons de penser à un kyste.

3° *Le kyste est fistuleux.* — Les difficultés sont les mêmes lorsque le kyste enflammé s'étant ouvert a donné lieu à une fistule. On peut croire à une inflammation péri-utérine ou annexielle ouverte, surtout si le kyste était situé profondément. Dans bien des cas la question sera insoluble, malgré tous les renseignements que l'on pourra tirer de l'interrogatoire et de l'exploration, et naturellement l'on croira plus volontiers avoir affaire à une suppuration péri-utérine fistuleuse à cause de la fréquence.

VIII

Traitement. — Le traitement des kystes du vagin est fort simple. Pour peu qu'il soit une cause de gêne si légère soit-elle, il convient d'en débarrasser la femme qui le porte.

La *ponction simple* est suivie de récidive; *la ponction suivie d'injection irritante* donne de bons résultats en général, mais elle expose à des poussées inflammatoires plus violentes qu'il ne conviendrait. Ces deux méthodes sont donc à rejeter.

Aujourd'hui on a le choix entre deux procédés pour le traitement des kystes du vagin :

L'*incision* suivie du tamponnement, de la cautérisation ou de la suture des parois de la poche à la muqueuse, comme l'a fait Schrœder, imitant en cela la pratique de Jobert de Lamballe dans la grenouillette ;

L'*extirpation*, qui constitue évidemment aujourd'hui la méthode de choix. Ce n'est que dans les cas où, au cours de l'extirpation, on rencontrerait une difficulté quelconque, qu'on devrait se contenter de l'incision suivie du tamponnement.

Pour faciliter l'extirpation, on pourra, comme le conseille M. le professeur Pozzi, vider le kyste et injecter de la paraffine liquide, qui en se solidifiant mettra en relief les limites de la poche.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un *kyste suppuré*, l'extirpation ne peut plus être pratiquée avec autant de facilité; l'incision simple suffira du reste à assurer la guérison, la suppuration arrivant à détruire la paroi kystique.

En présence d'une *fistule*, c'est également à l'incision large suivie d'un tamponnement que l'on aura recours.

Enfin, si c'est au moment d'un accouchement que le kyste est reconnu et que ce kyste soit une cause de dystocie, il faudra suivre la conduite que l'on a tenue dans des cas semblables et ponctionner le kyste, quitte à en pratiquer ultérieurement l'ablation, lorsqu'il se sera reproduit.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(29 janvier 1902)

C'est encore du **chloroforme** qu'il a été question dans cette séance. Chacun vient apporter le bilan de sa mortalité par cet anesthésique, M. Reynier, dans une étude sérieuse qui dépasse les limites d'une simple statistique, fait tout d'abord cette observation très juste que si l'on compte de nos jours beaucoup plus de morts par le chloroforme, cela tient surtout à ce que l'on pratique un bien plus grand nombre d'opérations. Il est une remarque qui n'a pas été faite au cours de cette discussion et qui nous semble cependant avoir son importance. Nous usons tous du chloroforme dans le seul but d'assurer un diagnostic difficile, or nous ne nous souvenons pas qu'il ait jamais été publié un cas de mort dans ces conditions; cela semblerait indiquer que l'impression morale, la peur de l'opération joue un rôle peut-être plus considérable encore qu'on l'a dit dans les accidents de syncope mortelle.

Revenons à l'argumentation de M. Reynier : Sédillot a dit que le chloroforme pur bien donné ne tuait pas; M. Reynier accepte cette formule à laquelle cependant il reconnaît quelques exceptions. Il est bien certain, en effet, que le chloroforme, même pur et bien donné, sera toujours dangereux quand il sera administré à des malades cachectiques, épuisés, sans résistance, comme celui de M. Poirier.

Il est bien évident que, dans ces cas, on ne saurait adresser aucun reproche au chirurgien, ni à son anesthésiste. Mais en dehors de ces cas exceptionnels la formule de Sédillot reste exacte; aussi importe-t-il, chaque fois que la mort intervient, en dehors de ces cas, d'en rechercher les causes avec la plus grande attention et de s'assurer s'il n'y a pas eu de faute commise. C'est ce qu'a fait M. Reynier dans l'étude de cinq cas de mort par le chloroforme qu'il a eus dans sa pratique.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune fille lymphatique à laquelle il venait de pratiquer une opération sur le pied; on avait fait, à cette malade, avant l'opération, une injection sous-cutanée de morphine et d'atropine. L'opération était terminée; M. Reynier était passé dans une autre pièce quand il fut rappelé en toute hâte auprès de l'opérée qui était morte. On fit, sans succès, la respiration artificielle pendant une heure. M. Reynier se demande si l'injection préalable de morphine et d'atropine n'a pas été pour quelque chose dans la mort.

Le second cas a trait à un homme qui était atteint de rétrécissement urétral qu'il chercha à franchir par l'électrolyse; n'y parvenant pas, il fit endormir le malade pour lui faire l'urétrotomie; ce malade mourut en respirant les premières bouffées de chloroforme. Il avait mangé peu de temps avant la chloroformisation. Le troisième ma-

lade était atteint d'un cancer du larynx; il est mort également après les premières bouffées de chloroforme. Ici, M. Reynier invoque les réflexes laryngés si dangereux. La quatrième malade avait déjà été endormie une fois par M. Reynier et elle avait eu une syncope dont l'avait fait revenir la respiration artificielle. Atteinte d'une éventration, elle exigea d'être opérée et demanda à être endormie; on lui donna du chloroforme, elle mourut. M. Reynier se reproche de n'avoir pas eu recours à l'éther, cette femme ayant eu une syncope lors d'une première chloroformisation. Enfin le cinquième malade, que M. Reynier opérait pour une cure radicale de hernie, qui a succombé par le chloroforme, était un athéromateux.

Dans chacun de ces faits, on peut relever une circonstance qui a pu faciliter les accidents qui ont occasionné la mort.

Quant à la qualité du chloroforme, il est bien évident qu'elle joue aussi un grand rôle et M. Reynier exprime le regret qu'actuellement le chloroforme des hôpitaux laisse beaucoup à désirer. Il est livré dans de grands flacons d'où on le transvase dans de petits flacons; l'action de l'air, de la lumière, peuvent le détériorer. M. Reynier demande donc que la Société émette le vœu que le chloroforme soit livré dans de meilleures conditions. Enfin, dans cette question, il est de toute évidence que le chloroformisateur joue également un grand rôle. M. Reynier regrette que les internes abandonnent trop souvent le chloroforme aux externes, ou même aux stagiaires. C'est un tort; l'assistant chargé du chloroforme doit être un homme d'expérience, très attentif, très sérieux, devant toujours avoir la respiration de son malade dans l'oreille, et capable d'agir à la moindre alerte.

Enfin M. Reynier attache une certaine importance aux idiosyncrasies; il a démontré, dans une étude antérieure, que le malade soumis au chloroforme réagissait suivant son état pathologique antérieur : l'alcoolique a le délire alcoolique, l'hystérique a des crises d'hystérie, l'épileptique a des crises épileptiformes, l'individu sujet aux syncopes a facilement une syncope et ainsi de suite. Etant donné ces réserves, M. Reynier conclut en disant que la formule de Sédillot reste toujours vraie et que le chloroforme pur, bien administré, ne tue pas.

M. Guinard intervient dans la discussion pour déclarer que l'association du bromure d'éthyle et du chloroforme ne donne pas toujours la sécurité dont a parlé M. Richelot. Il cite l'exemple d'une jeune fille de vingt ans, Allemande, ne comprenant pas un mot de français, qui souffrait horriblement d'une arthrite gonococcique du cou-de-pied; comme elle poussait de véritables hurlements... en allemand, on lui donna un peu de bromure d'éthyle pour mettre son pied dans un appareil plâtré; à peine eut-elle respiré quelques bouffées qu'elle succomba. A l'autopsie, on la trouva atteinte d'endocardite végétante. M. Guinard a observé un autre cas de mort chez un cardiaque; on trouva, à l'autopsie, une symphyse cardiaque. M. Guinard croit, contrairement à l'opinion de beaucoup de ses collègues, que les affections cardiaques rendent dangereuse l'anesthésie chloroformique. Aussi dit-il en terminant : Méfions-nous des cardiaques.

M. Lucas-Championnière estime qu'il faut mettre à part, dans cette discussion, les malades épuisés, cachectiques, qui meurent du chloroforme ou d'autre chose. Il ne veut parler ici que des morts réellement dues au chloroforme; il en a eu trois exemples. Le premier cas de mort qu'il a eu à enregistrer s'est produit trois quarts d'heure après la cessation de l'anesthésie; un autre dix heures après. Ces malades sont morts ayant des lésions pulmonaires; aussi, contrairement à M. Guinard, M. Lucas-Championnière estime qu'il faut se méfier beaucoup plus, pour le chloroforme, des altérations pulmonaires que des altérations cardiaques. Les accidents d'origine cardiaque sont infiniment plus rares que les accidents d'origine pulmonaire. Il y a longtemps que Vulpian avait signalé ce fait, et il en résulte que c'est la respiration, bien plus que le pouls, que l'anesthésiste doit surveiller. Panas disait avec raison : « Il faut entendre dormir son malade. » M. Lucas-Championnière a eu un autre cas de mort par le chloroforme chez un malade atteint de fracture de la rotule. La suture était faite, l'opération était presque terminée, quand sur l'observation d'un assistant que le malade respirait mal, l'interne qui donnait le chloroforme ne trouva rien de mieux que d'augmenter considérablement la dose. Ce malade est donc mort par abus du chloroforme. Il y a eu ici une grosse faute commise.

Si M. Lucas-Championnière n'a pas eu beaucoup de morts par le chloroforme, il a eu, en revanche, de nombreuses et de grosses alertes. Il a vu un malade ne revenir qu'après une heure un quart de respiration artificielle. Un autre n'a été sauvé que par la trachéotomie et l'insufflation directe d'oxygène dans les poumons à travers la canule trachéale. M. Lucas-Championnière insiste sur ce fait que la respiration artificielle doit être faite pendant longtemps, car on a vu des malades revenir après une heure et plus.

Quant à la qualité du chloroforme, sans doute elle joue un grand rôle et M. Lucas-Championnière rappelle qu'il y a vingt ans qu'il a déjà traité cette question avec Regnault. Il n'est pas toujours facile de déceler toutes les impuretés du chloroforme. L'un des meilleurs signes est encore celui qui est fourni par l'odorat. Il est d'autant plus important que le chloroforme soit pur, qu'il est bien démontré aujourd'hui que plus le chloroforme est pur, moins on a d'alertes dans l'anesthésie.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas oublier qu'il y a eu toujours possibilité de mort brutale quoi qu'on fasse, quelques précautions qu'on prenne. Les meilleurs moyens d'éviter les accidents graves sont : d'avoir du chloroforme de bonne qualité, de bien surveiller la respiration, de se méfier beaucoup plus des lésions pulmonaires que des lésions cardiaques qui, au contraire, se trouvent bien du chloroforme. En résumé, en prenant bien soigneusement certaines précautions, on peut arriver à réduire notablement les cas de mort par chloroforme.

La suite de la discussion est remise à la séance prochaine et M. le président donne la parole aux présentateurs : M. Walther présente un jeune homme auquel il a fait une gastrostomie pour un rétrécissement de l'œsophage.

M. Delorme présente un sous-officier de spahis qui, au Congo, a reçu un coup de sagaie sur le bras qui lui a ouvert l'humérale et a donné lieu à une hémorragie formidable. L'hémorragie a fini par s'arrêter d'elle-même. Il n'y a pas eu de ligature et le malade a parfaitement guéri sans conserver aucune infirmité.

M. Rochard présente un malade chez lequel il a enlevé un kyste du pancréas. Cette présentation est devenue le point de départ d'une petite discussion à laquelle prennent

part MM. Richelot, Routier, Labbé, Tuffier, Ricard qui ont observé des cas analogues. Il s'agit presque toujours d'erreurs de diagnostic. Le traitement a toujours été le même, excision de la plus grande partie de la poche, marsupialisation, puis persistance plus ou moins longue d'une fistule par laquelle s'écoule du liquide pancréatique souvent en quantité considérable.

MM. Léon Imbert, Toubert, Delagenière, Martin et Chavannaz sont nommés membres correspondants nationaux.

REVUE DES THÈSES

De l'actinomycose cutanée primitive de la face, par M. le docteur L. Pourpre, médecin stagiaire au Val-de-Grâce. (Th. de Lyon, 1902.)

« On connaît, dit M. L. Pourpre, la fréquence de l'actinomycose faciale, qui se traduit le plus souvent par des abcès, des fistules s'ouvrant à l'extérieur et parfois par des lésions cutanées plus ou moins étendues. Ces lésions cutanées représentent la forme secondaire par opposition à l'actinomycose cutanée faciale primitive qui succède à une inoculation directe de la peau et qui présente précisément certains caractères que nous nous sommes proposé de mettre en relief dans ce travail.

Nous avons pu réunir, tant en France qu'à l'étranger, dix cas absolument démontrés (le champignon a été trouvé dans dix observations). Dans un dernier cas, qui porterait le chiffre de nos observations à onze, les signes cliniques étaient bien ceux de l'actinomycose, mais la recherche du parasite n'a pu être effectuée.

Sept fois les lésions siégeaient à la joue. Dans les trois



Actinomycose cutanée primitive de la joue (forme nodulaire).

Cette malade, opérée le 25 février 1898 par M. Poncet, et soumise à un traitement ioduré, est restée depuis lors complètement guérie. A la date du 30 décembre 1901, où elle a été revue, la cicatrice est souple, peu apparente; aucun signe de récidive. (Voir *Traité clinique de l'actinomycose humaine*, par A. Poncet et L. Bérard.)

autres cas, les lésions occupaient : 1° la joue, les lèvres et le menton; 2° la joue et la paupière inférieure ; 3° le nez. En ce qui concerne le sexe, la proportion était identique des deux côtés. Les limites relatives à l'âge varient de dix-huit à cinquante-deux ans. Quatre fois il s'agissait de personnes habitant la campagne, quatre fois la ville. Dans deux cas, le lieu d'habitation n'était pas mentionné.

Dans toutes nos observations, l'infection s'est produite par une érosion cutanée. Il y a eu par cette brèche de la peau inoculation du parasite, et dans tous ces cas on ne saurait incriminer la voie vasculaire ou lymphatique. La contagion animale a été observée trois fois; le point de départ a été rencontré cinq fois chez les végétaux; le bois et les céréales (plus particulièrement le seigle, semble-t-il) ont été incriminés.

Un fait que nous tenons à mettre en évidence, ajoute l'auteur, c'est la tolérance parfois très longue des tissus pour le champignon : c'est ainsi que dans trois observations l'inoculation s'était faite deux mois, huit ans et dix ans auparavant, sans que le parasite révélât sa présence par un accident local.

La maladie débute parfois par une tuméfaction d'apparence inflammatoire qui revêt ensuite le caractère nodulaire.

Dans l'actinomycose cutanée primitive de la face, l'adénite a constamment fait défaut.

L'affection a une marche essentiellement chronique et son pronostic est favorable tant que les lésions restent localisées aux plans superficiels.

Dans dix observations, nous comptons neuf guérisons. Dans la dernière, la malade succomba à une généralisation pulmonaire.

Quant au traitement, il doit être médico-chirurgical. On donnera l'iodure de potassium à l'intérieur à doses progressives et suivant la tolérance du sujet, jusqu'à 3 et 4 grammes, et par un traitement local approprié, on modifiera les tissus enflammés. Le traitement chirurgical, bien connu, consistera surtout dans l'incision, le curetage, l'abrasion, etc., des foyers infectés, dans le traitement à plat de ces plaies opératoires, que l'on surveillera en outre au point de vue d'une récidive (A. Poncet). »

Forme rénale de l'ictère acholurique simple, albuminuries intermittentes, albuminuries continues, hémoglobinurie paroxystique, par M. le docteur J. Duchesne. (Th. de Paris, 1901.)

Fort intéressante thèse inspirée par M. Gilbert, et dans laquelle son auteur met au point une question des plus importantes.

L'ictère acholurique simple décrit par MM. Gilbert et Lereboullet, dû à une angiocholite chronique légère, peut s'accompagner d'accidents rénaux variés, qui autorisent à admettre une forme rénale de l'ictère acholurique.

Dans la plupart des cas, on retrouve : d'une part, des antécédents biliaires nets, soit héréditaires, soit personnels, d'autre part des antécédents rénaux démontrés par l'existence, dans la même famille, d'albuminuries intermittentes ou de néphrites avérées. Ces antécédents portent à admettre une prédisposition individuelle, qui, comme pour les autres complications de l'ictère acholurique, explique la prédominance des accidents rénaux chez certains malades.

Au point de vue clinique, on observe surtout une albuminurie intermittente, au cours de l'ictère acholurique, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte. Elle s'accompagne dans certains cas de petits signes de brightisme, de l'existence d'une légère imperméabilité au bleu dénotant une minime lésion rénale.

Dans d'autres cas on peut observer une albuminurie continue avec imperméabilité et signes de néphrite plus accentués, qui pourrait être susceptible d'avoir une terminaison fatale. Souvent alors, elle passe au premier plan du tableau clinique.

Enfin il est des faits, où des crises d'hémoglobinurie paroxystique peuvent survenir au cours d'un ictère acholurique, avec cholémie chronique marquée.

Au point de vue pathogénique on peut établir un lien entre l'ictère acholurique et les divers accidents rénaux. Si l'on peut concevoir l'existence d'un trouble fonctionnel du foie, à l'origine de ces accidents, il semble plus vraisemblable d'admettre le rôle de la toxi-infection due à l'angiocholite. Cette affection amène la production d'une lésion rénale minime ou intense, de même que certaines angiocholites graves peuvent provoquer secondairement des néphrites biliaires graves (Gilbert et Lereboullet).

La cholémie ne semble jouer qu'un rôle effacé. Il faut peut-être aussi faire intervenir l'action des troubles secondaires à l'ictère acholurique : dyspepsie, nervosisme, etc.

Le traitement est basé sur l'emploi du régime lacté et du régime lacto-végétarien, associé à l'usage des eaux alcalines et diurétiques (Vichy, Pougues, Evian). Ce traitement permet d'agir à la fois sur l'ictère acholurique et sur les accidents rénaux qu'il a créés.

L'hématurie dans les néoplasmes du rein, sa valeur diagnostique et pronostique, par M. le docteur Fernand Rocher. (Th. de Paris, 1901.)

M. F. Rocher résume ainsi en ses conclusions son intéressante thèse :

En présence d'une hématurie, et plus particulièrement en présence d'une hématurie rénale, on doit toujours s'efforcer de faire au plus vite le diagnostic aussi exact que possible de la cause de cette hématurie.

Toute hématurie rénale arrivant et disparaissant sans cause bien déterminée doit immédiatement faire penser au néoplasme.

Pour tirer de l'hématurie tous les renseignements qu'elle peut donner, il faut l'étudier successivement dans son apparition, en recherchant sous quelles conditions elle prend naissance; dans son évolution, en examinant son abondance, sa fréquence, ses intermittences et sa durée ; enfin dans ses associations, avec les autres symptômes qui l'accompagnent.

Au point de vue du diagnostic du cancer du rein, l'hématurie a une importance considérable; elle est certainement le signe le plus constant, et sa précocité lui donne souvent un caractère dénonciateur sur lequel il est bon d'insister.

La valeur pronostique de l'hématurie, dans le néoplasme du rein, tient en particulier à ce qu'elle peut être considérée souvent comme un phénomène initial. Elle permet, par suite, de faire plus tôt la néphrectomie, qui seule est capable de guérir la malade si elle est pratiquée au début de l'affection.

FORMULAIRE

Poudre dentifrice alcaline.

Poudre d'iris de Florence....	15 grammes.
Craie lavée..................	5 —
Magnésie anglaise	5 —
Pierre ponce porphyrisée....	5 —
Salol.......................	2gr50
Teinture d'ambre musquée...	0gr50 cent.
Essence de menthe..........	Qq. gouttes.

Colorez légèrement en rose.

On peut modifier d'ailleurs la composition de ces formules à l'infini. Pour faire le lavage de la bouche, on met environ une cuillerée à café d'élixir dentifrice dans un verre d'eau. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1901.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'ozène, bactériologie, étiologie, prophylaxie (1), par le docteur F. Perez.

Le docteur Perez, médecin de l'hôpital français de Buenos-Aires, vient de publier le résultat de ses recherches bactériologiques commencées depuis deux ans à l'Institut Pasteur (2) et poursuivies par lui au laboratoire de l'Institut national de bactériologie de Buenos-Aires. L'auteur est parvenu à reproduire expérimentalement, chez le lapin, les lésions atrophiques des cornets qui constituent la lésion caractéristique de l'ozène vrai, en inoculant dans les veines de l'animal, âgé seulement de dix-neuf à vingt jours, une culture en bouillon-peptone d'un bacille décrit par lui en 1899. Ce bacille, auquel l'auteur donne le nom de coccobacillus fœtidus ozenæ, a été rencontré par lui dans plusieurs nez atteints d'ozène et jamais dans le nez normal, chez l'homme; il existerait, au contraire, parfois à l'état normal dans le nez du chien. Ce bacille ne doit pas être confondu avec le bacille de l'ozène décrit par Löwenberg, et qui n'est autre que le pneumobacille de Friedländer (3); le bacille décrit par M. Perez ne paraît pas avoir non plus les caractères de culture du bacillus fœtidus ozenæ d'Hojek.

L'auteur conclut de ses recherches que l'ozène doit être considéré comme une maladie spécifique contagieuse, pour laquelle le chien servirait fréquemment d'agent de transmission (l'auteur n'a pas retrouvé son bacille chez d'autres animaux que le chien, bien qu'il ait fait dans ce sens de nombreux examens). A l'appui de ces conclusions, M. Perez cite une série d'observations abrégées dans lesquelles il note l'existence de contacts fréquents des personnes atteintes d'ozène avec des chiens; ce qui ne permet pas d'affirmer, du reste, l'origine canine de ces cas d'ozène. M. Perez publie aussi une observation plus détaillée de laquelle il résulterait, selon lui, qu'un nourrisson a été contagionné par une nourrice ozéneuse; mais l'observation est, je crois, discutable, car l'enfant était fils de syphilitique, et l'on est en droit de se demander si justement l'ozène n'est pas le résultat de certaines cachexies.

En résumé, si les résultats expérimentaux auxquels est arrivé M. Perez me semblent des plus intéressants — j'ai dit qu'il avait réussi à reproduire expérimentalement les lésions atrophiques qui caractérisent l'ozène vrai — je crois cependant qu'il est nécessaire d'attendre le résultat de recherches complémentaires avant d'adopter définitivement ses conclusions. Ne peut-on pas se demander, en effet, si l'inoculation d'une culture, d'autres bacilles que celui du docteur Perez, inoculés à des animaux aussi jeunes que ceux chez lesquels il a réussi à obtenir l'atrophie des cornets, ne serait pas capable de produire des effets analogues en provoquant une altération profonde de l'organisme; il en résulterait, si ce résultat était obtenu, que M. Perez aurait le premier démontré expérimentalement qu'une infection générale pouvait retentir au niveau du nez en y provoquant les lésions caractéristiques de l'ozène; ses recherches n'auraient ainsi pas moins servi à élucider le problème de la pathogénie de l'ozène, mais contrairement aux conclusions qu'il en déduit, elles n'auraient nullement démontré sa nature spécifique et contagieuse. Encore une

(1) Buenos-Aires 1901, Coni frères.

(2) Voir *Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc. 1899.

(3) Voir une communication faite par le docteur P. Viollet, en collaboration avec le docteur Meslay, à la Société anatomique (juillet 1899) sur le même sujet. Comme le docteur Perez et nombre d'autres auteurs, j'identifie le soi-disant bacille de l'ozène et le pneumo-bacille; comme lui, je crois cependant que, vu sa constance dans le nez des ozéneux, sa constatation peut rendre des services au point de vue du diagnostic de cette affection. — P. V.

fois, je crois que la solution du problème exige des expériences nouvelles. Etant donné le rôle que joue l'ozène en pathologie par ses symptômes et ses complications, les recherches méritent d'être poursuivies, d'autant, comme on vient de le voir, qu'elles touchent aussi à de très intéressants côtés de la pathologie générale. P. VIOLLET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Prix de la Faculté de médecine pour l'année scolaire 1901-1902. — Tous les mémoires doivent être déposés au secrétariat, avant le 15 octobre, sans nom d'auteur, mais avec une devise.

Prix Corvisart (médaille de vermeil et 400 francs). — Question : *Pleurésies putrides.*

Prix Montyon (700 francs). — A l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de cette maladie et sur les moyens de les guérir.

Prix Barbier (2 000 francs). — A la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment

Prix Chateauvillard (2 000 francs). — Au meilleur travail des sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente.

Legs du baron de Trémont (1 000 francs). — En faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Les candidats doivent se faire inscrire, avant le 1er septembre de chaque année, au secrétariat. Ils devront produire : 1° une demande ; 2° les pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille.

Donation Faucher (1 200 francs). — Destiné à couvrir de leurs frais de scolarité, d'examen et de diplôme, ainsi que des frais d'impression de la thèse, deux étudiants français et deux étudiants polonais. Déposer au secrétariat de la Faculté, avant le 1er septembre : 1° une demande ; 2° toutes pièces de nature à faire connaître la situation de fortune et celle de la famille ; 3° un document authentique établissant la nationalité française ou polonaise.

Prix Lacaze (10 000 francs). — Aux termes du testament de M. le docteur Lacaze, au meilleur ouvrage sur la « phtisie » et sur la « fièvre typhoïde » (alternativement). A la fin de l'année 1902 il y aura lieu de décerner le prix Lacaze au meilleur ouvrage sur la « fièvre typhoïde ».

Legs Jeunesse. — 1 500 francs au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène ; 750 francs (prix biennal) au meilleur ouvrage relatif à l'histologie. En 1902 le prix relatif à l'hygiène sera seul attribué.

Prix Saintour (3 000 francs). — Question : *Insuffisance des capsules surrénales.*

Prix Béhier (1800 francs). — Question : *Lésions du cœur dans la fièvre typhoïde.*

Prix Charles Legroux (300 francs). — Au meilleur travail sur le *diabète, ses causes et son traitement.* Ce prix sera attribué en 1902.

Legs Marjolin (5 161 francs). — Affecté, chaque année, au remboursement des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude, et ayant recueilli avec soin des observations dans leurs services. Faire la demande avant le 1er août. — Le legs n'est attribué que pour une année scolaire ; il est renouvelable pour les années suivantes.

Legs Barkow (300 francs). — Pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable. Faire la demande avant le 1er septembre.

Legs Pelrin. — Même but, même condition ; en outre appartenir à une famille domiciliée à Paris depuis cinq ans au moins.

Thèses récompensées. — Sont seules admises au concours, les thèses ayant obtenu les notes extrêmement satisfait et très satisfait. — Pour les bourses du doctorat en médecine, les bourses municipales, les bourses d'études, de voyages, la gratuité, les exonérations, se renseigner au secrétariat de la Faculté.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quatrième semaine, 988 décès au lieu de 928 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1 023.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente et de la moyenne 6. Mais le nombre des cas nouveaux signalés a plus que doublé (79 au lieu de 33).

La variole a causé 6 décès, au lieu de 7 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 2 ; le nombre des cas nouveaux est aussi en diminution (32 au lieu de 41, 42 et 33). Les admissions dans les hôpitaux sont stationnaires (13 au lieu de 10). La variole paraît donc en voie de régression.

La rougeole a causé 12 décès au lieu de 11 pendant la troisième semaine, et au lieu de la moyenne 9 ; presque tous les décès par rougeole (11 sur 12) ont eu lieu dans les quartiers excentriques. La scarlatine n'a causé que 1 décès au lieu de 2 pendant la dernière semaine et de la moyenne 2 ; la coqueluche a causé 10 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente, au lieu de la moyenne 6. De même que la rougeole, la coqueluche n'a guère frappé que les arrondissements périphériques (9 décès et 1 seulement dans le centre de la ville) ; la diphtérie a causé 24 décès, au lieu de 20 pendant la semaine précédente (et de 15 pendant la deuxième semaine) ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins a suivi la même marche : 169, au lieu de 142, et 116 pendant les troisième et deuxième semaines ; ce chiffre est donc le plus haut qui ait été constaté depuis longtemps.

La diarrhée infantile a causé 24 décès de 0 à 1 an, au lieu de 28 pendant la semaine précédente et de la moyenne 26.

En outre, 28 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies des organes de la respiration ont causé 174 décès, au lieu de 144 pendant la semaine précédente et au lieu de 232, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 20 décès (au lieu de la moyenne 23) ; bronchite chronique, 23 (au lieu de la moyenne 33) ; pneumonie, 29 (au lieu de la moyenne 55) ; les autres maladies de l'appareil respiratoire, 102 (au lieu de la moyenne 121), dont 34 sont dus à la congestion pulmonaire et 40 à la bronchopneumonie En outre, 7 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 207 décès ; la méningite tuberculeuse, 25 décès ; la méningite simple, 15 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 10 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 58 décès ; les maladies organiques du cœur, 68 ; le cancer a fait périr 55 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 11 décès ; la cirrhose du foie, 9 ; la néphrite, 25 ; enfin, 33 vieillards sont morts de débilité sénile.

Enseignement pratique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le docteur Leredde commencera, le lundi 3 février, des conférences de thérapeutique appliquée sur les maladies cutanées et syphilitiques, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Ces conférences seront ouvertes à tous les médecins et étudiants ; elles auront lieu à la clinique, 9, rue Beudant.

Le samedi premier mars, à cinq heure du soir les mardis, jeudis et samedis suivants, deuxième cours de thérapeutique pratique des maladies cutanées et syphilitiques.

Prix du cours 40 francs. Le nombre des leçons sera de 25. — S'inscrire à l'établissement dermatologique de Paris, 4, rue de Villejust. (Téléphone 535-56.) — Le programme imprimé des leçons sera envoyé sur demande.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

BALNÉOLOGISTE. Le Gouvernement de la Nouvelle-Zélande est disposé à recevoir les demandes de candidats au poste de Balnéologiste pour les Sources thermales de la Colonie. Appointements, 25 000 fr. Ne seront éligibles que les médecins diplômés pouvant justifier des capacités nécessaires et ayant déjà une expérience acquise comme Balnéologiste. Pour plus amples renseignements, s'adresser à l'Agent-Général pour la Nouvelle-Zélande, 13, Victoria Street, Londres, S. W.

N° 14. — MARDI 4 FÉVRIER 1902. 75e ANNÉE. MARDI 4 FÉVRIER 1902. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE CHIRURGICALE. — HOTEL-DIEU DE LYON

(M. LE PROFESSEUR A. PONCET)

ÉLONGATION DU SCIATIQUE POPLITÉ EXTERNE

ET RÉSECTION PARTIELLE DU SAPHÈNE EXTERNE POUR UN ULCÈRE TRAUMATIQUE, RÉCIDIVANT, DE LA JAMBE DROITE, A FORME NÉVRALGIQUE. GUÉRISON

Par M. THÉVENOT, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon.

Depuis les travaux de Chipault montrant l'influence des interventions nerveuses sur la cicatrisation des maux perforants plantaires, de nombreuses opérations ont été faites dans cet ordre d'idées et les divers travaux publiés sur ce sujet, en particulier les cliniques de Duplay, la thèse de Chalais (1), plus près de nous la thèse de Rigourd (2), inspirée par M. le professeur agrégé Siraud, nous permettent d'apprécier la valeur de l'élongation simple, de la neurotripsie ou du hersage des nerfs.

Plus tard le même traitement fut institué contre les ulcères variqueux, d'autres ulcérations, entretenues par des troubles circulatoires et des lésions des nerfs périphériques. Les thèses de Fougères (3), puis récemment celle de Silvy (4) nous ont apporté des résultats encourageants.

Il semble ainsi nettement établi que les ulcérations, qui dépendent de lésions des nerfs, demandent pour leur guérison plus que des soins locaux. La désinfection du foyer malade, l'application à sa surface de substances médicamenteuses antiseptiques ou desséchantes, n'aboutissent souvent qu'à des échecs. Il faut combattre la lésion nerveuse qui entretient l'ulcère, en intervenant sur le nerf, soit au voisinage de la lésion, soit au niveau de son tronc, et s'il peut être difficile d'expliquer physiologiquement le mécanisme intime de l'élongation ou du hersage, leur action thérapeutique n'en reste pas moins incontestable.

Nous venons de voir ces méthodes de traitement appliquées par M. Poncet pour un ulcère d'origine traumatique, en dehors de toute lésion variqueuse, ayant résisté aux méthodes ordinaires de traitement. Il nous a paru intéressant de rapporter l'histoire clinique de cette malade.

Mme N..., sans profession, demeurant à Chavannes (Ain), vient demander les soins de M. Poncet pour une ulcération de la région malléolaire externe de la jambe gauche. Cette malade ne présente dans ses antécédents héréditaires ou personnels rien qui puisse nous renseigner sur la nature de son affection actuelle. Elle a toujours été bien portante.

Elle a eu quatre enfants dont deux sont en parfaite santé, elle a perdu une petite fille, âgée de trois ans, d'une fluxion de poitrine; une autre fillette s'est noyée à trente-deux mois.

En 1883, la malade, alors âgée de quarante-cinq ans, reçut un coup de fourche au niveau du cou de pied gauche. Le fer pénétra au-dessus du calcanéum, en arrière du péroné, et ressortit en arrière de la malléole interne, passant entre le tendon d'Achille et la couche musculaire profonde. Le trajet profond se cicatrisa sans complications, de même l'orifice de sortie de la fourche, orifice qui est indiqué actuellement par une tache pigmentée.

En dehors au contraire, au niveau de l'orifice d'entrée, l'évolution fut tout autre. Il persista à ce niveau une ulcération qui n'avait aucune tendance à se fermer et qui était le point de départ de douleurs violentes, presque constantes, manifestation d'une névrite traumatique. En présence de ces symptômes, et deux mois après son accident, la malade vint à Lyon. M. Poncet lui fit alors, pour sectionner les filets nerveux atteints, plusieurs incisions verticales, allant profondément jusqu'à la malléole, et dont la cicatrice blanchâtre contraste avec la pigmentation actuelle des téguments voisins.

La malade partit guérie au bout de dix-huit jours. Depuis lors elle vaquait aux soins de son ménage, boitant un peu en marchant, souffrant quelquefois.

Au mois d'avril 1900, elle vit apparaître une ulcération au niveau de sa malléole externe, en avant du point d'entrée de la fourche. Cette lésion se produisit sans motifs et il semble que la peau, fine et peut-être mal nourrie, se soit ulcérée au niveau de l'os simplement par suite du frottement des chaussures. Cette ulcération atteignit rapidement l'étendue d'une pièce de 1 franc et devint le siège de douleurs violentes. Deux mois après, la malade vint à Lyon. L'ulcération était superficielle; son fond était tapissé de

(1) CHALAIS. *Traitement du mal perforant plantaire*, Paris 1897.

(2) RIGOURD. *Contribution à l'étude du traitement chirurgical du mal perforant plantaire*, Lyon 1898.

(3) FOUGÈRES. *De la cure radicale des ulcères variqueux par l'élongation des nerfs*, Paris 1898-1899.

(4) SILVY. *Du traitement des ulcères variqueux par la dissociation fasciculaire du nerf sciatique*, Paris 1900-1901.

bourgeons peu vasculaires, saignant très peu, sécrétant un liquide sanieux. Tout autour la peau était amincie, et formait une plaque noirâtre, analogue à celle que l'on trouve souvent au niveau de vieux ulcères variqueux guéris. Le curetage de la plaie, des pansements au diachylon et le repos au lit triomphèrent momentanément des accidents.

Ils réapparurent au mois de de septembre 1901, analogues aux précédents, et la malade revint le 19 octobre. A ce moment, on constate deux ulcérations, l'une peu étendue, ayant la forme d'un ovale à grand axe vertical et siégeant en arrière de la malléole externe, au niveau du point de pénétration de la fourche; l'autre au niveau de la pointe de la malléole externe, plus étendue, circulaire et de la largeur d'une pièce de 1 franc, ayant donc le siège et les dimensions de celle que présentait la malade en 1900.

Tout autour, la peau a gardé sa finesse et cet aspect pigmenté que nous lui avons déjà décrit.

Ces ulcérations sont extrêmement douloureuses : douleur vive au moindre contact, douleurs spontanées, violentes, réveillant la malade pendant la nuit, parfois même l'empêchant de dormir. C'est surtout pour ce symptôme que la malade réclame des soins.

La jambe n'offre rien de particulier. Elle n'est pas œdématiée, on ne voit pas sous la peau de grosses veines variqueuses; la saphène externe paraît dure, mais peu dilatée. L'examen des viscères est négatif; il n'y a ni albumine ni sucre dans l'urine.

Des pansements antiseptiques d'abord, puis des pansements avec le diachylon, combinés avec le repos au lit, ne modifièrent ni l'ulcération, ni les douleurs. M. Poncet se décide alors à traiter cette lésion par l'élongation des nerfs, absolument comme on le fait pour le mal perforant plantaire. L'innervation de cette région étant assurée, d'une part, par des branches du sciatique poplité externe, d'autre part, par des rameaux du saphène externe, une double opération est pratiquée.

Une incision faite dans le creux poplité, le long du bord interne du biceps, permet de découvrir le sciatique poplité externe et d'en pratiquer l'élongation.

Une autre incision est menée sur la ligne médiane, à quatre travers de doigt au-dessus des malléoles, sur la face postérieure de la jambe. Le nerf saphène externe est réséqué à ce niveau; la veine saphène externe qui l'accompagne étant variqueuse est sectionnée entre deux ligatures. Ces deux plaies sont pansées à plat. Enfin l'ulcération malléolaire est curetée légèrement.

Les suites opératoires sont des plus simples.

L'ulcère guérit rapidement; en quinze jours la cicatrisation fut complète. Les douleurs disparurent immédiatement après l'opération, qui ne fut suivie ni de phénomènes parétiques, ni d'anesthésie des membres. La malade partit guérie le 25 novembre 1901.

A la date du 15 janvier dernier, la guérison continuait d'être complète, la malade n'éprouvait plus aucune douleur.

Cette observation, malgré des différences notoires, présentent des analogies incontestables avec les cas d'ulcères variqueux ou de maux perforants plantaires.

Chez notre malade en effet, si le traumatisme paraît jouer un rôle important, ce ne fut qu'au début des accidents. Il a affaibli la région, il a préparé le terrain en créant à la fois des altérations veineuses et des altérations nerveuses.

Sans doute il n'y avait pas de varices profondes, et cette ulcération se sépare nettement des ulcères variqueux; mais on trouve des points communs entre les deux. La peau de la région externe du pied était en effet anémiée, pigmentée, en état de vie ralentie, par suite s'infectant et s'ulcérant facilement; sa vitalité était trop faible pour que la plaie, une fois créée, se cicatrisât rapidement. En outre, les veinules étaient dilatées, absolument comme si la circulation profonde était troublée et cette plaque pigmentée superficielle, était par ses caractères tout à fait comparable à celles que l'on trouve sur les jambes variqueuses.

En second lieu, il existait des lésions nerveuses, et elles se traduisaient par ces accidents douloureux de névrite qui, plus que l'ulcération elle-même, amenait la malade à demander des soins.

De là un double motif à faire porter l'intervention sur les filets nerveux eux-mêmes. En cette région, ils arrivent par deux voies, les uns quittent le sciatique poplité interne pour s'engager dans le nerf saphène externe, les autres passent par le sciatique poplité externe et par suite trois interventions étaient possibles : une intervention sur les branches périphériques elles-mêmes, une autre sur les troncs du saphène externe et du sciatique poplité externe, une troisième enfin sur le sciatique avant sa bifurcation.

La première, pratiquée antérieurement, n'avait pas donné de résultats. Entre les incisions parallèles, les branches nerveuses peuvent cheminer sans avoir été atteintes par le bistouri, et la lésion persiste non modifiée.

L'intervention sur le tronc du sciatique ne parut pas davantage à M. Poncet l'opération de choix. Sans doute, on est certain, de la sorte, d'intervenir assez haut et d'atteindre tous les rameaux qui se perdront dans le foyer malade, mais la dissociation ou l'élongation risquent de rompre inutilement des filets moteurs et d'amener ainsi des troubles qu'aurait épargnés une opération pratiquée moins haut.

C'est pourquoi il se décida à intervenir sur le tronc du sciatique poplité externe, dans le creux poplité pour élonguer toutes ses branches de distribution, puis à sectionner le nerf saphène externe en son point d'élection. Il put, du même coup, constatant la dilatation de la veine saphène externe, couper ce vaisseau entre deux ligatures.

Le résultat de cette intervention, que compléta le curetage de l'ulcère, prouve le bien fondé des raisons qui l'avaient dictée, et l'élongation des nerfs s'est montrée, une fois de plus, l'opération de choix pour la cicatrisation des ulcères entretenus par des lésions veineuses ou nerveuses, quelle que soit la cause intime qui les ait engendrées.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
DU 31 JANVIER 1902

M. Galliard rapporte en ces termes **un cas d'endocardite grippale :**

« Les complications cardiaques de la grippe sont actuellement bien connues. Voici un cas où l'origine des accidents me paraît bien établie.

Une femme, âgée de vingt et un ans, couturière, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 13 novembre 1901. Elle a des antécédents personnels assez chargés : fièvre typhoïde, fluxion de poitrine, chloro-anémie, bronchite fortement suspecte. Elle est d'apparence chétive.

N'ayant pas eu ses règles depuis deux mois, et souffrant du ventre depuis quelques jours, elle a été conduite d'abord à la Maternité pour une fausse-couche supposée, laquelle ne s'est pas produite. Comme elle avait une constipation opiniâtre, on lui a fait prendre, sans succès d'ailleurs, de grands lavements.

Je la vois, le 11 novembre, souffrant de coliques doulou-

reuses, ayant de la fièvre : 39°4. Je songe à l'obstruction intestinale par des matières durcies et lui fais administrer, sous mes yeux, un lavement électrique. La débâcle se produit immédiatement.

Le lendemain, les coliques ont disparu. Je prescris de l'huile de ricin. Il y a encore 39 degrés et une langue très chargée. J'admets une grippe à forme gastro-intestinale.

Le jour suivant (16 novembre), il y a encore 38°4 avec 104 pulsations. L'aspect a changé. Il y a de la dyspnée et des douleurs à la base du thorax. La respiration est rapide. En approchant du lit, je me demande si cette aggravation des accidents n'est pas due à une tuberculose aiguë. Mais les crachats ne contiennent pas de bacilles de Koch; ils renferment des pneumocoques. Ils ne sont ni visqueux, ni sanguinolents. Quelques râles fins à la base droite.

Le cœur, que j'avais antérieurement ausculté, sans rien constater, est régulier; mais je constate un gros souffle systolique avec prédominance à la pointe. Il y a donc endocardite aiguë. Pas de péricardite, pas d'arthropathies, pas de désordre urinaire, pas d'albuminurie. L'endocardite ne peut être rapportée qu'à la grippe.

Le 19 novembre, malgré le traitement énergique institué (ventouses scarifiées, salicylate de soude, puis sulfate de quinine), l'endocardite persiste. Le souffle est moins fort, mais il est suivi d'un dédoublement du second bruit.

Le lendemain, je prescris l'iodure de potassium, qui est bien supporté, mais qui ne modifie pas sensiblement l'état du cœur.

La malade reste en observation jusqu'au 6 janvier. Au moment où elle quitte mon service, elle présente les signes de l'insuffisance mitrale et du rétrécissement mitral. Il y a toujours des râles de bronchite et des phénomènes généraux qui peuvent faire redouter la tuberculose, mais l'examen des crachats, pratiqué à plusieurs reprises par M. Moury, n'a jamais révélé de bacilles de Koch. »

M. Moutard-Martin rapporte un fait bien curieux d'invagination **intestinale chez un enfant de quatre mois et demi suivi d'opération et de guérison.** L'intérêt de cette observation, qu'apporte M. Moutard-Martin, résulte surtout : 1° du jeune âge du sujet; 2° de ce que l'intestin était en imminence de perforation; 3° de la longueur de l'invagination, qui comprenait le cæcum, l'appendice iléo-cæcal, la valvule iléo-cæcale et 4 centimètres environ d'intestin grêle.

Malgré l'état grave du petit malade, bien portant jusque-là, il n'existait aucun symptôme de péritonite, ce qui justifiait l'intervention; elle dura une heure, sous le chloroforme. Pendant quelques jours il y eut un peu de fièvre, par suite de la formation d'un petit abcès entre les sutures superficielles et les sutures profondes qu'on avait dû faire.

Chez le petit malade de M. Moutard-Martin, le ventre était souple dans toutes ses parties ; ceci est particulier, car d'après les observations de M. Bucquoy la vacuité, la dépression de la fosse iliaque droite est un excellent signe pour le diagnostic de ces invaginations du cæcum. De même aussi, la présence, dans les langes, de matières glaireuses incorporées au sang et rappelant la gelée de groseille, peut être considérée comme un élément de jugement d'autant plus important que, dans les cas de polypes du rectum, on voit communément du sang pur, du sang d'hémorragies.

MM. Gaucher et Crouzon ont étudié **la nutrition dans la syphilis** par l'analyse des urines, chez 15 syphilitiques d'hôpital, dont 13 à la période secondaire.

Les malades, bien entendu, étaient mis au même régime alimentaire ; les aliments et les boissons étaient pesés; or, des nombreuses analyses faites, il est résulté qu'il y avait, dans la plupart des cas, ralentissement de la nutrition, diminution des oxydations azotées et augmentation du poids de la molécule élaborée moyenne. Ces recherches rapprochent les troubles de la nutrition dans la syphilis, de ceux qu'on observe dans les intoxications chroniques, dont le saturnisme est le type.

La syphilis paraît donc être plutôt une toxi-infection qu'une infection simple.

MÉDECINE PRATIQUE

La diète hydrique.

Par M. L. Babonneix,
Interne à l'hôpital des Enfants-Malades.

Préconisée depuis longtemps par Luton dans le traitement du choléra infantile, la diète hydrique est aujourd'hui couramment employée dans la plupart des gastro-entérites : elle consiste dans la suppression de tout aliment et dans l'administration exclusive d'eau pendant tout le temps que persistent les phénomènes aigus.

Quel liquide employer pour la diète hydrique? On a recommandé successivement l'eau bouillie pure, sucrée ou alcoolisée, l'eau albumineuse, les eaux naturelles alcalines. De toutes, celle qui donne de beaucoup les meilleurs résultats, est l'eau absolument pure, préparée et administrée de la façon que nous allons indiquer dans un instant; mais il est sans inconvénient de l'additionner d'un peu de sucre ou d'une infusion de thé léger. Dans beaucoup de cas, l'eau bouillie alcoolisée avec du champagne (une cuillerée à bouche par biberon) ou d'un peu de cognac ou de rhum, rend les plus grands services, et MM. d'Espine et Picot recommandent formellement cette préparation, à laquelle M. Marfan reproche d'irriter un intestin déjà fort enflammé. Quant à l'eau albumineuse, sa valeur est très discutée. Si, d'une part, elle semble diminuer réellement les troubles intestinaux en *collant* pour ainsi dire les parois du tube digestif, elle subit trop facilement, d'autre part, la fermentation et il est difficile de la conserver longtemps intacte. Elle ne doit être employée qu'en solution fraîche et fréquemment renouvelée. Beaucoup d'auteurs accordent la préférence aux eaux minérales alcalines, de Vals, de Vichy, de Soulzmatt.

L'eau bouillie pure semble préférable, pour M. Marfan, à toutes les autres préparations. Il est sans inconvénient, et cette petite modification est très bien acceptée des familles, de l'additionner d'un peu de thé léger ou d'alcool; l'eau albumineuse ne doit jamais être employée que fraîche; les eaux minérales naturelles seront utilisées dans les cas d'extrême urgence.

Comment préparer et administrer l'eau bouillie? La solution de cette question est particulièrement importante, parce que d'elle dépend le succès de la médication. A cet égard, il convient de suivre pas à pas les conseils qu'a si souvent donnés M. Marfan (1). On prend une grande casserole de 2 à 3 litres bien étamée et bien propre; on y fait bouillir, pendant un quart d'heure environ, une grande quantité — 2 à 3 litres — d'eau pure. Puis on retire la casserole du feu, on la recouvre et on laisse refroidir l'eau. Il est très important de laisser l'eau refroidir dans le vase même où elle a

(1) *Traité de l'allaitement*; — *Presse méd.*, 1896; — *Id.*, 1900, etc.

bouilli, pour éviter tout transvasement inutile, et par suite toute contamination. Lorsque le liquide est amené à la température de la chambre, il peut être administré à l'enfant. Sa température doit être de 15-18 degrés environ, et nous ne saurions approuver la pratique des auteurs qui recommandent de donner l'eau froide ou même glacée : cette pratique, dans les cas où les phénomènes de collapsus sont accentués, peut en effet faire courir à l'enfant les plus grands dangers.

L'eau bouillie sera administrée régulièrement à la dose de 30, 40, 50 grammes toutes les demi-heures ou de 60, 80, 100 grammes toutes les heures. Il est d'ailleurs sans inconvénient d'en donner à l'enfant toutes les fois qu'il a soif. « Enfin, dit M. Mir, et c'est sur ce conseil qu'il faut toujours avoir soin de terminer, il faut bien recommander aux parents de ne rien donner d'autre pendant toute la durée de la diète. Beaucoup de parents écoutent attentivement les explications qu'on leur donne, et, lorsqu'on a fini, vous disent tranquillement : « Et quelle nourriture donner à mon enfant pendant toute cette période? » ou encore : « Ne pourrai-je pas, pour éviter la déperdition rapide des forces, donner à mon enfant un peu de bouillon, de lait, etc.? » D'autres reviennent le lendemain avec un enfant plus malade et expliquent avec candeur que la diète hydrique n'a rien fait, bien qu'ils aient donné en même temps du lait, des panades, etc. Aux uns comme aux autres, il faut faire bien comprendre que la diète hydrique, pour être utile, doit être absolue, et que l'enfant ne mourra pas de la suppression des aliments pendant toute la durée de la phase aiguë (1). »

La *quantité* d'eau bouillie à donner en vingt-quatre heures varie avec l'âge de l'enfant : elle sera toujours facile à apprécier si l'on tient compte de cette remarque de M. Marfan que la quantité d'eau à faire absorber doit être exactement proportionnelle à la quantité de lait qui devrait être prise. « Il faut, dit M. Marfan, remplacer autant que possible la quantité de lait qu'on ne donne pas par une quantité d'eau au moins équivalente. » On donnera donc par jour 100 grammes environ à un bébé de deux mois, 600 à 800 grammes à un bébé de six mois, 1 litre à un bébé de neuf mois, etc.

Quelle doit être la durée de la diète? Vingt-quatre ou trente-six heures au plus. Certains auteurs ne craignent pas de la prolonger trois, quatre jours et même quelquefois plus. C'est là une erreur dont les conséquences peuvent être des plus graves pour le bébé. D'habitude, au bout de vingt-quatre ou trente-six heures d'une diète hydrique bien comprise, les phénomènes aigus s'amendent, les vomissements et la diarrhée disparaissent ou diminuent, l'état général se remonte. Que si ces troubles persistent, il faut essayer d'autres médications, telles que les lavages de l'estomac ou de l'intestin. Au surplus, à ce moment, il est prudent de ne pas redonner immédiatement à l'enfant la quantité de lait qu'il prenait au début des accidents, mais de diminuer sensiblement cette quantité, de la couper d'un tiers et même de moitié d'eau bouillie; ou encore, pendant quelques heures, de donner alternativement un biberon d'eau bouillie et un biberon de lait coupé. Ces précautions prolongeront en quelque sorte la diète hydrique et assureront les meilleurs résultats.

Les *effets* de la diète hydrique sont ainsi exposés par M. Marfan (2) : Tout d'abord, la diète hydrique fait disparaître les fermentations et putréfactions intestinales en supprimant tout aliment aux microbes du tube digestif. De plus, elle laisse reposer l'estomac et l'intestin : en somme, elle substitue au lait un liquide aseptique et difficilement fermentescible, elle nettoye mécaniquement la muqueuse digestive et facilite le retour des fonctions absorbantes de cette dernière : mais, en même temps, et par le fait même, une certaine quantité de liquide passe dans la circulation générale et tend à relever, dans une certaine mesure, la tension artérielle et à augmenter la force des contractions cardiaques. « Donc, action locale tout à la fois d'asepsie et d'antisepsie, action générale toni-cardiaque et toni-vasculaire (1). »

(1) Mir. Th. de Paris, 1902, p. 26.
(2) *Presse méd.*, 1900, p. 53.

Les *indications* de la diète hydrique sont des plus faciles à résumer. Cette médication s'impose dans toutes les formes de gastro-entérites aiguës et dans les épisodes aigus des gastro-entérites chroniques. Elle est nettement indiquée dans le choléra infantile où, avec les injections de sérum et la balnéation, elle constitue la médication par excellence de l'affection; elle diminue l'intensité des phénomènes généraux et locaux dans les formes aiguës pyrétiques; elle réussit enfin lorsque, au cours d'une gastro-entérite chronique, survient une poussée aiguë caractérisée par l'augmentation du nombre des vomissements et les modifications des selles, qui deviennent plus fétides, plus liquides, plus fréquentes que d'habitude. En somme, la diète hydrique est indiquée dans tous les cas d'inflammation aiguë du tube digestif chez le nourrisson : elle donne les meilleurs résultats à condition d'être appliquée rigoureusement pendant tout le temps convenable.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine et de thérapeutique (2), par P. Brouardel et Gilbert.

Le tome VIII du *Traité de médecine* Brouardel-Gilbert termine les Maladies de l'appareil respiratoire et commence les Maladies du système nerveux.

L'ouvrage débute par une importante étude des Pleurésies, due à M. le professeur Landouzy : pleurésies tuberculeuses et non tuberculeuses, pleurésies purulentes à streptocoques, à pneumocoques, à staphylocoques, à bacilles divers, etc.

Viennent ensuite l'Hydrothorax, par M. Labbé, et le Pneumothorax, par M. Galliard. M. P. Ménétrier passe en revue le Cancer du poumon et de la plèvre. Enfin, M. Boinet s'est chargé des Adénopathies et tumeurs du médiastin.

Les Maladies du système nerveux débutent par les maladies de l'axe cérébro-spinal.

La séméiologie comprend les articles Aphasie, par G. Ballet; Hémiplégie et Paraplégie, par P. Marie; Apoplexie et Coma, Délire, Convulsions, Contractures, Tremblements, Vertiges, Céphalalgie, Troubles vaso-moteurs de la peau, Troubles sécrétoires et trophiques, par Ch. Achard.

La pathologie du cerveau a été confiée à M. P. Marie et M. Klippel.

M. P. Marie s'est chargé des articles Congestion et anémie cérébrales, Hémorragie et Ramollissement; ces articles sont illustrés de nombreuses coupes de cerveaux photographiées d'après nature.

M. Klippel termine le volume avec les articles Syphilis cérébrale, Tumeurs cérébrales et Abcès cérébral.

Il serait impossible de trouver une série d'articles plus complètement et plus exactement étudiés.

Le choix des auteurs, seul, indique avec quel soin est dirigé le *Traité de médecine et de thérapeutique*. Le souci des indications et des procédés thérapeutiques, qui est une des caractéristiques de ce Traité, se retrouve à un haut degré dans ce huitième volume, et l'œuvre garde son caractère pratique qui, dès le début, a fait son grand succès.

R. L.

(1) Mir. Loc. cit., p. 22.
(2) Gr. in-8° de 848 p., 93 fig. Prix : 9 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Anatomie descriptive et dissection (1), par le docteur J.-A. Fort.

Le nouvel ouvrage de M. Fort ne rappelle que de très loin l'ancienne *Anatomie descriptive et dissection* que nous avons tous eue entre les mains et que nous avons tous appréciée. Elle n'a conservé qu'un seul point commun avec elle : la clarté.

Avec les progrès incessants de l'anatomie, de la physiologie et de l'histologie, ces trois sciences qui ne peuvent plus se séparer, cette refonte était devenue nécessaire. Il convient de louer son auteur d'y avoir procédé sans trop de hâte, comme il convient à une œuvre scientifique.

L'ouvrage est divisé en trois volumes : le premier comprend l'embryologie, l'histologie générale, le système nerveux.

Le deuxième conserve son titre de *Manuel de l'amphithéâtre*, il contient tout ce que l'étudiant étudie en disséquant : os, muscles, articulations, nerfs, angéiologie.

A ce propos, signalons une innovation de l'auteur qui décrit en même temps les artères et les veines de chaque région.

La splanchnologie et les organes des sens sont réunis dans le troisième volume, qui contient enfin — ce sera fort utile aux étudiants — une histoire de l'anatomie en 150 pages.

Un grand nombre de figures, 2228 au lieu des 1300 des précédentes éditions, 10 superbes planches en couleur d'après nature, contribuent encore à faciliter la lecture de ce livre. E. V.

L'embryologie en quelques leçons (2), par Ch. Debierre, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

En 200 pages, M. Debierre expose avec simplicité, clarté et précision les importants problèmes de l'embryologie. Cette étude est le complément indispensable de l'anatomie, car si l'organisation de l'homme est utile à connaître, le *comment* et le *pourquoi* de cette organisation et l'histoire de son développement ne sont pas moins intéressants et nécessaires à toute bonne éducation scientifique. Ce livre sera particulièrement utile aux étudiants en médecine, pour lequel il sera la véritable introduction à l'étude de la biologie; il intéressera également les médecins, auxquels il remémorera sous une forme concise l'étude des questions qu'il ne doit pas perdre de vue et dont les progrès, dans ces dernières années, ont été si importants. R. L.

Guide de l'examen gynécologique (3), par le docteur L. Léon-Archambault.

Ce petit livre est un guide avant tout, destiné aux étudiants et aux médecins peu familiarisés avec les pratiques élémentaires de la gynécologie.

Il expose clairement la manière de conduire un examen, de se servir des instruments usuels, puis il se termine par un exposé schématique des affections gynécologiques qu'on rencontre le plus fréquemment. R. L.

Atlas des maladies du nez, des sinus et du pharynx (4), par M. P. H. Gerber.

Les cinquième, sixième et septième livraisons de cet ouvrage, dont nous avons déjà parlé, viennent de paraître; elles sont consacrées aux affections des cavités annexes du nez, au lupus, à la tuberculose, la lèpre, etc.; la dernière livraison doit être actuellement parue. P. V.

(1) 6e édit., entièrement refondue. 3 vol. in-8o de plus de 3000 pages, avec 2228 fig. intercalées dans le texte et 10 pl. en couleurs. Prix des 3 vol. : 36 francs. — Paris 1902, Vigot frères.
(2) In-8o, avec 144 fig. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.
(3) In-8o, relié, 116 p., 78 fig. Prix : 3 francs. — Paris, A. Maloine.
(4) In-4o. — Berlin 1901, Karger.

Les aliénés dans les prisons [**aliénés méconnus et condamnés**] (1), par MM. F. Pactet, médecin en chef de l'asile de Villejuif, et Henri Colin, médecin en chef des Asiles de la Seine et de l'asile d'aliénés criminels de Gaillon.

Cet ouvrage fait suite au travail des mêmes auteurs sur *Les aliénés devant la justice* (*aliénés méconnus et condamnés*), dont il constitue le complément indispensable.

Après avoir montré que les aliénés méconnus et condamnés — abstraction faite des criminels devenus aliénés, des épileptiques, fous moraux, etc. — sont nombreux dans les prisons, les colonies pénitentiaires et les lieux de détention militaire, les auteurs s'attachent à indiquer les moyens de remédier à l'état de choses actuel dans un chapitre qui est la conclusion nécessaire des deux ouvrages sur les aliénés devant la justice et dans les prisons.

Des tableaux indiquent le nombre et donnent l'étude sommaire des malades observés à l'asile de Gaillon, de 1894 à 1900, auxquels un examen préalable eût évité la prison. L. G.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 10 au 15 février 1902)

Examens de doctorat.

Mercredi 12 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Jalaguier, Broca (Aug.) et Cunéo.

2e, *Salle Richet* : MM. Gariel, Retterer et Gley.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Thouret* : MM. Lepage, Walther et Poirier; — M. Wurtz, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Reclus et Gosset; — (2e série) : MM. Mauclaire, Delens et Legueu; — (2e partie) : MM Netter, Widal et Legry; — M. Bezançon, suppléant.

Jeudi 13 février, à une heure. — Médecine opératoire, épreuves pratiques : MM. Berger, Schwartz et Hartmann.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Méry, Wurtz et Guiart.

2e (oral, 1re partie), *Salle Pasteur* : MM. Mathias-Duval, Poirier et Langlois.

2e, *Salle Richet* : MM. Gley, Chassevant et Launois.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Charcot* (1re série) : MM. Le Dentu, Thiery et Demelin; — (2e série) : MM. Quénu, Faure et Potocki; — (2e partie) : MM. Raymond, Chantemesse et Vaquez.

3e (ancien régime), *Salle Thouret* : MM. Dieulafoy, Charrin et Achard; — M. Thiroloix, suppléant.

Vendredi 14 février, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Brissaud et Gaucher.

2e, *Salle Richet* : MM. Ch. Richet, Hanriot et Retterer.

4e (nouveau régime), *Salle Broussais* : MM. Pouchet, Wurtz et Thoinot; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Gosset; — (2e série): MM. Lannelongue, Mauclaire et Walther; — (2e partie) : MM. Landouzy, Widal et Teissier; — M. Legueu, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Richaud, suppléant.

Samedi 15 février, à une heure. — 3e (2e partie, nouveaur égime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Hanriot et Dupré.

2e, *Salle Béclard* : MM. Mathias-Duval, Rémy et Chassevant.

(1) Petit in-8o. (Encycl. scient. des aide-mémoire.) Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

4e (ancien régime), *Salle Pasteur* : MM. Brouardel, Gilbert et Langlois ; — M. Guiart, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Chantemesse, Achard et Launois ; — (2e série) : MM. Méry, Charrin et Jeanselme ; — M. Gouget, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Beaujon* : MM. Pozzi, Hartmann et Auvray ; — (2e partie) : MM. Proust, Thiroloix et Renon ; — M. Vaquez, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin ; — M. Retterer, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — Notes obtenues. — *Anatomie.* — Séance du 28 janvier 1902. — MM. Hautant et Henri Lemaire, 11 ; Dézarnaulds, Duval et Laborde, 9 ; Pathault, 8 ; André Philibert, 7 ; Dramard, 5 + 10 = 15.

Séance du 30 janvier. — MM. Da Silva Paranhos, 10 + 13 = 23 ; Rottenstein, 9 + 11 = 20 ; Pelletier, 7 + 11 = 18 ; Jacobsohn, 7 + 10 = 17 ; de Martel, 7 + 10 = 17 ; Eug. Cottard, 4 + 11 = 15 ; Belgodère, 4 + 10 = 14 ; Gaultry, 5 + 9 = 14 ; Léon Durand, 4 + 9 = 13 ; Louis Guyot, 7 + 5 = 12.

Pathologie. — Séance du 28 janvier 1902. — MM. Ertzbischoff, 11 ; Jouhaud et Albert Masson, 10 ; Le Jemtel, 9 ; de Fourmestraux, Levassort, Pernot et Sautelet, 8 ; Lemaistre, 7.

Hôpitaux de province. — *Marseille.* — Deux concours s'ouvriront :

1° Le 12 mai 1902, à trois heures, pour une place de médecin adjoint ;

2° Le 14 avril 1902, à trois heures, pour une place de chirurgien adjoint.

Au jour fixé pour l'ouverture de ces deux concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des facultés de France, être âgés de vingt-sept ans au moins, de nationalité française, ou en mesure de justifier de leur naturalisation. Les anciens internes des hôpitaux de Marseille, âgés de vingt-six ans au moins, seront admis à concourir.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des élèves internes dans les hôpitaux des villes ou siège une faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille ; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Écoles de médecine. — *Besançon.* — Un concours s'ouvrira le 31 juillet 1902, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Besançon. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Caen. — Un concours pour une place de chef de clinique médicale s'ouvrira, devant l'École de médecine de Caen, le 17 mars 1902.

Un concours, pour une place de chef de clinique obstétricale, s'ouvrira devant la même école le 20 mars 1902.

Le registre d'inscription sera clos le 17 et le 20 février 1902.

Clermont-Ferrand. — M. Dieulafé est nommé professeur suppléant d'anatomie.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés officiers d'Académie :

MM. les docteurs Lucas, Journiac, Millien, Brohon, Bloch, Sabatié (de Paris) et Rol (d'Asnières).

Guerre. — Par décret en date du 30 janvier 1902, les médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent ont été promus au grade de médecin aide-major de première classe et maintenus aux postes qu'ils occupent actuellement :

MM. Morvan, Spick, Picque, Perrot, Weitzel, Levy, Duguet, Magnoux, Gaubert, Jeandidier, Gimazane, Hurel, Gruie, Guericolas, Dupuich, Tellier, Sylvestre, Romieu, Brunetière, Loubet, Anthony, Talon, Roques, Casse, Bobard, Antoine, Léard, Coste, Aucouturier, Moisseney, Sénat, Taillade, Legendre, Léothaud, Marcombes, Nurdin, Badie, Bablon, Mailhetard, Boulin, Ser, Molard, May, Demard, Do, Laplanche, Guyard, Nieger, Poirée, Lajoanio, Schnabele, Massip, Villa, Grillat, Randon, Carnaud, Forget, Saint-Martin, Pierre, Domage, Henri et Gavard.

— M. Thollon, médecin aide-major de deuxième classe, en non-activité, est rappelé à l'activité et affecté au 68e régiment d'infanterie.

— M. de Schuttelære, médecin-major de première classe, est nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Denis.

— MM. Vaillant et Lacroix, élèves de l'école principale du service de santé de la marine, ont été nommés à l'emploi de médecin aide-major de première classe stagiaire.

— Par décision ministérielle du 31 janvier 1902, les mutations suivantes ont été effectuées parmi les officiers du corps de santé désignés ci-après :

M. Carrière, médecin-major de deuxième classe, a été affecté au service général à la Réunion.

MM. Fauquet, Salabert et Lehardy, médecins aides-majors de première classe, stagiaires, ont été placés hors cadres et mis à la disposition de M. le ministre des Colonies pour servir à la Côte-d'Ivoire.

MM. Trautmann et Bourret, médecins aides-majors de première classe stagiaires, ont été placés hors cadres et mis à la disposition de M. le ministre des Colonies pour servir : le premier au Congo français, le second à l'entreprise de construction du chemin de fer de la Guinée française.

MM. Comméléran et Asselin, médecins aides-majors de première classe stagiaires, ont été placés hors cadres et mis à la disposition de M. le ministre des Colonies pour servir à l'administration pénitentiaire de la Guyane.

Marine. — M. le médecin en chef de première classe Bertrand, sous-directeur du service de santé à Rochefort, est désigné, sur sa demande, pour remplir les mêmes fonctions, au port de Toulon, en remplacement de M. Duchateau, appelé à continuer ses services à Paris, comme membre du conseil supérieur de santé de la marine.

Legs. — D'après l'*Echo médical du Nord*, M. Louis Salvy (de Gaillac) vient de donner par testament toute sa fortune, évaluée à 2 millions, à l'hospice de la ville de Gaillac.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Laydeker (d'Avize), Piérou (de Chazay-d'Azergies) et Sostrat (de Mirambeau).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies de la voix, par André Castex, chargé du cours de laryngologie, rhinologie et otologie à la Faculté de médecine de Paris, médecin-adjoint à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris. In-8° cavalier de 314 p. avec 49 fig., broché. — Prix : 7 francs. — Paris, C. Naud.

Radiothérapie et photothérapie, par le docteur L.-R. Régnier, chef du laboratoire d'électrothérapie de l'hôpital de la Charité. Un vol. in-16 de 96 p. cart. (*Actualités médicales*). — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Comment on se défend contre les maladies sexuelles contagieuses, leur guérison rapide (conseils aux avariés), par le docteur André Lénard, ancien interne des hôpitaux. Broch. in-8° de 64 p. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 15. — JEUDI 6 FÉVRIER 1902. 75e ANNÉE JEUDI 6 FÉVRIER 1902. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

NOTE SUR LE
TRAITEMENT DES TUBERCULOSES CHIRURGICALES PAR LES COURANTS DE HAUTE FRÉQUENCE

Par MM. Léon IMBERT,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier,
Membre correspondant de la Société de chirurgie,
et J. DENOYÉS,
Préparateur du service d'électrothérapie et de radiographie de Montpellier.

Dans le cours de ces dernières années, quelques auteurs, notamment MM. Doumer (1), Oudin (2), Gandil (3) et Rivière (4), ont apporté un assez grand nombre d'observations relatives au traitement de la tuberculose pulmonaire chronique par l'effluve de haute fréquence.

Quelques tentatives ont été faites également pour appliquer les hautes fréquences à la thérapeutique de la tuberculose chirurgicale; mais le nombre des faits publiés sur ce sujet, à en juger du moins par les périodiques que nous avons pu consulter, est jusqu'à présent des plus restreints. Nous les relatons brièvement, avant d'exposer les résultats que nous avons nous-mêmes obtenus en traitant, au moyen de ces courants, trois malades atteints l'un d'arthro-synovite, l'autre d'adénite cervicale, la troisième de diaphysite tuberculeuses.

(1) DOUMER. Traitement de la tuberculose par les courants de haute fréquence, *C. R. de l'Acad. des sc.*, 26 fév. 1900; — Action des courants de haute fréquence et de haute tension sur la tuberculose pulmonaire chronique, *Ann. d'électro-biol.*, mars-avril 1900. — DOUMER et OUDIN. Rapport sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques des courants de haute fréquence et de haute tension, Cong. internat. d'électrol. et de radiol. de Paris, juillet 1900.

(2) OUDIN, Action thérap. locale des courants de haute fréquence et de haute tension, *Ann. d'électro-biol.*, juillet-août 1899.

(3) GANDIL. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les courants de haute fréquence et de haute tension, Cong. internat. d'électrol. et de radiologie de Paris, juillet 1900.

(4) RIVIÈRE. *Action des courants de haute fréquence et des effluves du résonateur Oudin sur certaines tumeurs malignes et sur la tuberculose.*

En 1898, S. Catellani (1), dans une publication consacrée aux applications médicales des courants de haute fréquence, rend compte de quelques essais de traitement des tuberculoses chirurgicales par cette modalité électrique. Il expose les faits suivants :

Un malade atteint de tuberculose de la première articulation interphalangienne du deuxième orteil droit avait été traité pendant vingt jours. A la suite des premières séances, on avait noté une augmentation de la solution de continuité. A partir du dixième jour, au contraire, l'ulcération s'était peu à peu rétrécie; mais, le malade ayant réclamé, d'une façon pressante, une intervention chirurgicale, le traitement électrique fut supprimé sans qu'il fût possible d'être fixé sur le résultat définitif de l'emploi des hautes fréquences.

Dans un cas de tuberculose du tarse droit, le traitement fut appliqué cent soixante-quatre jours, « sous forme d'effluve, de bains ou de décharges, toujours localisés à la partie malade (2). » La durée des séances variait de quinze à quarante minutes.

A la suite de ses observations, Catellani déclare ne pouvoir apporter de conclusions précises sur la valeur thérapeutique des courants de haute fréquence dans les tuberculoses chirurgicales.

D'autre part Sudnik [de Buenos-Ayres (3)], dans un mémoire paru en 1899, rapporte une guérison d'abcès froid (4) obtenue après vingt-cinq séances de haute fréquence et quelques recherches relatives au traitement d'ulcères tuberculeux provoqués expérimentalement chez des cobayes. Cet auteur avait eu recours soit à l'effluve, soit aux applications directes; mais il donnait la préférence à ce dernier procédé d'électrisation.

(1) S. CATELLANI. État actuel des applications en médecine des courants de grande fréquence et de haute tension. Tentative de traitement des tuberculoses chirurgicales, *La Riforma med.*, 1898, nos 48 et 49, analysé in *Arch. d'électr. méd.*, 1898.

(2) N'ayant pas pu consulter le mémoire original, nous reproduisons, au sujet de la technique employée par Catellani, les renseignements fournis par l'auteur de l'analyse parue dans les *Archives d'électricité médicale*, 1898.

(3) SUDNIK. Action thérapeutique locale des courants de haute fréquence, *Ann. d'électro-biol.*, mai-juin 1899.

(4) Trois cobayes inoculés avec le pus fourni par l'abcès, au début du traitement, furent trouvés porteurs, à l'autopsie, de tubercules généralisés. Trois cobayes inoculés avec la sérosité qui s'écoulait de la tumeur après la vingtième séance de haute fréquence ne présentaient, neuf mois après l'inoculation, aucun signe d'infection tuberculeuse.

Enfin Rivière (1), au congrès de 1900, a déclaré avoir obtenu, par l'emploi de l'effluve, les résultats suivants :

La guérison d'un « ulcère tuberculeux, gomme cutanée, placée à 2 centimètres au-dessous de la partie moyenne de la clavicule gauche », guérison obtenue en un mois;

La guérison d'une arthrite du genou « d'une nature suspecte »;

L'amélioration considérable d'une adénite cervicale, amélioration révélée par une diminution notable des ganglions et par la suppression des fistules.

Nous ne relevons donc, dans les publications que nous venons d'analyser, aucune observation démonstrative de tuberculose osseuse sensiblement améliorée par la haute fréquence.

Technique. — Il nous paraît nécessaire de préciser la technique du traitement auquel nous avons soumis nos malades, car les courants de haute fréquence sont utilisés sous quatre modes d'application fort différents : les applications directes, l'auto-conduction, la condensation et les applications locales. Chacun d'eux comporte un dispositif et un outillage particuliers et nécessite des précautions spéciales dans la pratique thérapeutique. Il est donc indispensable de définir les conditions dans lesquelles ils ont été employés, soit pour rendre possible une expérimentation prolongée de chaque procédé dans des conditions analogues, sinon identiques, soit pour permettre de rapporter scrupuleusement à chaque mode d'application les résultats qu'il a fournis et d'établir, par cela même, à la longue, les indications et contre-indications pour chacun d'eux.

Nous avons eu recours, pour le traitement des malades dont nous publions les observations, aux applications directes ou par dérivation et aux applications locales avec interposition d'un résonateur Oudin.

1° *Applications directes ou par dérivation.* — Les armatures externes des condensateurs qui fournissent les décharges oscillantes, dans tous les dispositifs utilisés pour la production des courants de haute fréquence, sont reliées par un solénoïde (2). Pendant que les condensateurs se déchargent ce solénoïde est parcouru par des courants de haute fréquence. Si l'on met un sujet en communication avec deux points de ce solénoïde, ce sujet, mis ainsi *en dérivation*, sera traversé par ces courants.

Pour relier le malade au solénoïde on emploie des électrodes de forme et de dimensions variables, suivant les régions où l'on doit les appliquer. Ces électrodes peuvent être placées directement sur les téguments ou, pour des sujets à peau délicate, avec interposition de peau de chamois, d'ouate ou de flanelle mouillées.

L'application immédiate sur la peau, à laquelle nous avons eu recours, ne nous a pas paru présenter d'inconvénients, pourvu que l'électrode ait des dimensions suffisantes et soit bien appliquée. Dans certains cas, elle peut être, en effet, suffisamment échauffée pour déterminer un léger érythème. On évitera ce petit accident, si l'on emploie des plaques à larges surfaces et si l'on a soin de les mouler sur la région, de façon à obtenir un excellent contact. A ce point de vue, l'étain, sous une certaine épaisseur, donne toute satisfaction.

La *graduation* du courant est obtenue en plaçant le malade en dérivation sur un plus ou moins grand nombre de spires du solénoïde. En modifiant ainsi, suivant le nombre de spires, la self-induction et, par suite, la résistance apparente de la portion de solénoïde mise dans le circuit, on fait varier l'intensité du courant dans la dérivation fermée sur le malade.

L'intensité efficace est mesurée au moyen d'un milliampèremètre thermique, du milliampèremètre universel de d'Arsonval, par exemple.

La sensation éprouvée par le malade, au cours de la séance de traitement, est à peu près nulle, quoique l'intensité atteigne 300, 400 et jusqu'à 800 milliampères. Il accuse parfois une légère sensation de chaleur au voisinage des points d'application des électrodes.

2° *Applications locales.* — Les applications locales sont généralement réalisées au moyen d'appareils appelés résonateurs introduits par Oudin dans la pratique électrothérapique des hautes fréquences.

Le résonateur est constitué, sous sa forme la plus simple, par une solénoïde en fil de cuivre qui, dans des conditions déterminées par le rapport entre le nombre de ses spires et le nombre de spires du solénoïde de l'appareil producteur, peut, dans le voisinage de cet appareil, donner un véritable bouquet d'effluves ou d'étincelles.

Ce sont ces effluves et ces étincelles qu'on utilise, au moyen d'excitateurs variés, pour les applications locales des courants de haute fréquence.

Le résonateur élevant encore la tension du courant (1), les étincelles qu'il fournit sont beaucoup moins douloureuses que celles du solénoïde de l'appareil producteur. L'emploi d'un résonateur est donc très avantageux.

Nous nous sommes servis d'un résonateur Oudin, premier modèle, et comme excitateur, d'un pinceau de fils métalliques fins.

La graduation, dans ce procédé d'électrisation, s'effectue en établissant un accord plus ou moins parfait entre le résonateur et le solénoïde de haute fréquence. On peut d'ailleurs, en approchant plus ou moins l'excitateur des téguments, obtenir soit l'effluve soit des étincelles.

Nous avons indiqué en détail, dans chaque observation, le traitement que nous avions appliqué.

Le courant nous était fourni par un appareil construit par Gaiffe, d'après le dispositif imaginé par d'Arsonval, dispositif sur un courant alternatif.

Observation I. — *Arthro-synovite tuberculeuse du poignet* (2). *Guérison.* — R. L..., trente-quatre ans, garçon de café.

Parents bien portants.

Le malade est petit, maigre, d'aspect assez chétif, sujet aux bronchites. Il a eu une adénite cervicale suppurée dont on voit encore la cicatrice non adhérente dans la région sus-hyoïdienne droite.

Histoire de la maladie. — Dans les premiers jours d'octobre 1899, la face dorsale de la main droite heurte une table de café. A la suite de ce choc assez violent, survient un gonflement douloureux de toute la région. Au bout de huit jours,

(1) Rivière. Loc. cit.

(2) Ce solénoïde est absolument distinct de celui qui sert pour l'autoconduction et dans lequel on enferme le malade.

(1) On peut également élever la tension et obtenir d'excellents résultats en utilisant les puissants effets d'induction auxquels donnent lieu les courants de haute fréquence. D'Arsonval a fait construire par Gaiffe une *bobine bipolaire de haute tension* qui rend, pour les applications locales, les mêmes services que le résonateur.

(2) Cette observation a été publiée par l'un de nous dans une étude consacrée à l'*Action thérapeutique des applications directes des courants de haute fréquence.* (Denoyès. *Arch. d'élect. méd.*, fév.-mars 1901.)

ce gonflement diminue un peu, mais la région dorsale de la main reste encore assez tuméfiée et très douloureuse.

Le malade est traité par les pointes de feu et les badigeonnages à la teinture d'iode, qui amènent une légère diminution du gonflement.

Une radiographie faite le 15 décembre 1899 ne montre rien d'anormal au point de vue osseux. Dès lors, le malade s'abstient de tout traitement pendant quelque temps.

Le 15 février 1900, son état ne s'améliorant pas, il se rend aux consultations externes de chirurgie où il est examiné par le professeur agrégé L. Imbert.

État du malade à son arrivée à l'hôpital. — Sur la face dorsale de la main droite, on constate une tuméfaction aux contours mal limités, qui paraît siéger en largeur sur les deuxième, troisième et quatrième métacarpiens. Elle s'étend en longueur de l'articulation radio-carpienne jusqu'au quart inférieur environ des métacarpiens. On voit à sa surface quelques veinosités. A la palpation, cette tumeur est dure et ne paraît produite ni par de l'œdème ni par des fongosités. Les trois métacarpiens moyens semblent fusionnés par leur extrémité supérieure. On ne sent pas les tendons.

Les masses musculaires de l'avant-bras sont très diminuées de volume.

Périmètre de l'avant-bras à 7 centimètres au-dessous de l'épitrochlée : gauche (côté normal), 21cm5; droit, 17 centimètres.

Force musculaire nulle (ne peut pas saisir le dynamomètre).

Les mouvements actifs sont limités. Les seuls possibles sont des mouvements de flexion légère des deuxièmes phalanges, qui ne peuvent pas se mettre à angle droit avec les premières. Les premières phalanges ne peuvent pas se fléchir. Le malade ne peut donc pas fermer la main.

Les mouvements passifs sont aussi très limités pour les articulations radio-carpiennes, métacarpo-phalangiennes et phalangiennes.

Incapable de tout travail, le malade ne peut soutenir avec sa main le moindre objet. Il a essayé plusieurs fois de reprendre son métier et n'a pu soutenir un plateau, même sans le charger.

A noter, des douleurs spontanées avec irradiations dans le coude et l'épaule, plus fortes la nuit que le jour; de la douleur à la pression et à l'occasion des mouvements.

Appareil respiratoire. — Matité au sommet gauche; craquements. Submatité au sommet droit.

Traitement et résultat du traitement. — Envoyé le 15 février au service d'électrothérapie, il est traité par les applications directes de haute fréquence. (Une plaque d'étain moulée sur l'extrémité supérieure de l'avant-bras, une autre sur la main droite.) L'intensité a varié de 400 à 500 milliampères, et la durée des séances a été en général de dix minutes.

Le 26 mars, nouvelle radiographie. Elle paraît montrer une légère raréfaction dans les os de la main.

Le 15 avril, les mouvements actifs sont bien plus étendus; le malade peut fermer la main.

En mai, il reprend de temps en temps son travail. Il peut supporter quelques poids sur sa main; mais, au début, il souffre encore à la suite de ses journées.

Il continue son traitement : les forces reviennent et les douleurs s'atténuent de plus en plus.

Le 8 juin, la tuméfaction de la face dorsale du carpe est moins dure et a beaucoup diminué de volume. Le périmètre de l'avant-bras droit est maintenant de 20cm5 (il a donc gagné 3cm5). Le dynamomètre marque : du côté gauche, 23; du côté droit, 8. Les mouvements du poignet sont encore un peu limités; ceux des doigts sont absolument normaux et ne sont plus douloureux. Le malade peut reprendre définitivement son métier, ne se reposant que de loin en loin. A la suite de journées de surmenage, il n'éprouve qu'une légère douleur au niveau de l'éminence thénar, douleur qui disparaît après un jour de repos ou de travail moins pénible.

11 juillet. A la suite de journées fatigantes, le malade se plaint de douleurs dans le carpe. Il est soumis à trois séances d'effluve de haute fréquence, et on continue les applications directes. Les douleurs disparaissent.

Le 18 juillet, le malade quitte le service d'électrothérapie.

Nombre total d'applications directes : 40.

Nous revoyons le malade cinq mois après. Il n'a plus été obligé d'interrompre son travail. L'amélioration obtenue a persisté.

Le malade dont on vient de lire l'observation est le premier de ceux que nous avons traités. Sous l'influence des courants de haute fréquence, l'amélioration a été nettement progressive, bien qu'il n'ait été fait, pendant cette période, aucune tentative de traitement local par d'autres moyens.

L'amélioration a porté aussi bien sur les signes physiques (gonflement, etc.) que sur les symptômes fonctionnels. Elle a été assez prononcée et a duré assez longtemps pour que l'on puisse admettre la guérison; puisque le malade a été revu en bon état cinq mois après la cessation du traitement.

Obs. II. — *Adénopathie tuberculeuse du cou. Amélioration.* — L... (Antoinette), repasseuse, dix-sept ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure.

Histoire de la maladie. — En mars 1898 la malade s'est aperçu qu'elle avait une grosseur au niveau de l'angle du maxillaire inférieur droit. Cette tumeur, absolument indolente, a augmenté progressivement de volume et a acquis la dimension d'une grosse mandarine, elle est restée dans cet état pendant un an environ, au dire de la malade. Vers le mois de mars 1899, la peau commença à devenir rouge, et au mois d'août, la tumeur s'ouvrit à l'extérieur, suppurant abondamment pendant près d'un mois et demi. Le traitement consistait en lavages boriqués et en applications de pommade iodoformée. Enfin la suppuration a été tarie au mois d'octobre et la plaie s'est cicatrisée. Il est resté une tumeur dans la partie correspondante et, peu à peu, il en est apparu d'autres dans le voisinage.

État de la malade le 14 mai 1900. — Il existe sur les parties latérales du cou, à droite, au niveau du sterno-cléido-mastoïdien, et se prolongeant en arrière de lui, une tumeur volumineuse, irrégulière, très nettement appréciable à la vue, car elle soulève la peau qui la recouvre. On voit dans la région correspondante deux cicatrices non fistuleuses, l'une et l'autre quelque peu adhérentes.

A la simple inspection, on constate que la masse est lobulée, formée de noyaux distincts : une masse du volume d'une petite mandarine, siégeant au niveau du tiers supérieur du sterno-cléido-mastoïdien et le dépassant en arrière; une masse du volume d'une noix à la partie moyenne du sterno qu'elle soulève; une masse moins volumineuse que la précédente, au niveau du tiers inférieur du muscle; une nodosité du volume d'une noisette immédiatement au-dessus de la clavicule et en arrière du sterno; enfin deux autres plus petites : l'une au-dessus de la masse la plus volumineuse, l'autre dans la région sous-occipitale. La peau présente, au-dessus de ces diverses tumeurs, surtout sur la partie latérale du cou, une série de bosselures correspondant à chacune d'elles.

A la palpation, on ne trouve pas d'autres ganglions. La masse principale a des contours arrondis et il est impossible d'y distinguer les différents ganglions qui ont dû se fu-

sionner pour la constituer. Il en est de même pour les autres, notamment pour celle qui a les dimensions les plus considérables après celle-ci.

Tous ces ganglions sont légèrement douloureux à la pression, surtout celui de la région sous-occipitale.

Leur consistance est un peu molle, mais on ne constate de fluctuation en aucun point. La masse la plus dure est celle qui est la plus volumineuse.

La peau n'est adhérente en aucun point, sauf au niveau des cicatrices; elle n'est pas enflammée.

Les masses ganglionnaires sont assez peu mobiles sur les plans profonds, principalement les masses supérieures.

Quelques douleurs spontanées de loin en loin.

Dans les autres régions, rien de particulier à noter, au point de vue des ganglions.

L'état général est excellent. L'appétit très bon.

Rien du côté de l'appareil respiratoire.

Traitement et résultats du traitement. — Le 14 mai la malade est soumise à une application directe de haute fréquence, une plaque en étain recouvrant les masses ganglionnaires (200 milliampères, cinq minutes).

A la suite de cette application la malade a éprouvé un certain endolorissement de la région. D'ailleurs la plaque à cause des bosselures de la peau, était assez mal appliquée.

A dater du 16 mai, le traitement consiste en séances d'effluve de haute fréquence, séances dont la durée varie de cinq à dix minutes, et qui sont répétées trois fois par semaine.

Un pinceau de fils métalliques fins, relié au résonateur Oudin (premier modèle), est promené au-devant des parties malades. On tire, de temps en temps, quelques étincelles.

Le 25 mai, la peau est moins tendue sur les masses sous-jacentes; les bosselures sont moins apparentes. En outre, à la palpation, la masse principale paraît bilobée. Les autres paraissent quelque peu diminuées.

Du 1er au 7 juin, interruption du traitement.

Le 7 reprise du traitement.

Le 12 juin, les bosselures des téguments sont beaucoup moins apparentes; les différentes masses ganglionnaires sont très nettement diminuées de volume. La masse principale paraît divisée en 3 ou 4 plus petites; celle qui avait le volume d'une noix est maintenant bilobée et notablement diminuée. La pression n'est presque plus douloureuse, sauf pour le ganglion sous-occipital. Enfin les masses principales peuvent être déplacées plus facilement qu'avant le traitement, sur les plans sous-jacents.

Dans la suite l'amélioration s'accentue progressivement.

Le 19 juillet les deux masses principales sont extrêmement réduites, les autres sont à peine appréciables, les plus volumineuses ayant les dimensions d'un petit pois. Le ganglion sous-occipital n'est plus douloureux.

La malade quitte l'hôpital.

Elle n'a pas été revue.

Nombre total de séances d'effluve = 20.

Le diagnostic d'adénite tuberculeuse n'est guère discutable dans ce cas. L'amélioration a été très nette et caractérisée par la diminution considérable et assez rapide des masses ganglionnaires.

Nous regrettons vivement de n'avoir pu revoir cette malade, afin de donner le résultat définitif.

Obs. III. — *Diaphysite tuberculeuse. Amélioration.* — C... (Jeanne), vingt et un ans, modiste.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — A onze ans, la malade est entrée à l'hôpital pour une coxalgie gauche. Elle a été traitée, après redressement, par l'immobilisation. La guérison a été obtenue avec ankylose complète. Elle nous dit avoir présenté pendant son séjour à l'hôpital une tuméfaction considérable à la face interne et au tiers supérieur du bras droit. Il s'était formé un abcès qui fut incisé et suppura abondamment pendant plusieurs jours. On voit, en effet, à l'endroit indiqué la cicatrice de l'incision.

Les règles ont apparu à quatorze ans, sans présenter rien de particulier.

Histoire de la maladie actuelle. — A partir de 1898, la malade a commencé à souffrir du bras droit, surtout pendant l'hiver.

Elle ne s'est pas préoccupée d'abord de cette douleur, qu'elle attribuait à la fatigue occasionnée par la couture. Vers le mois de mai 1899 est apparue une légère tuméfaction de l'extrémité inférieure du bras, accompagnée de douleurs qui, pendant la nuit, étaient assez vives pour réveiller la malade. Dans la suite, cette tuméfaction a progressivement augmenté. Durant l'hiver de 1900, les douleurs devenant de plus en plus inquiétantes, la malade s'est décidée à voir un médecin, qui lui a proposé une intervention chirurgicale à laquelle elle s'est refusée. Enfin le 1er juin la malade se présente aux consultations externes de chirurgie de M. le professeur agrégé L. Imbert.

Etat de la malade le 1er juin 1900. — On constate sur le bras droit une tuméfaction considérable, surtout apparente à 5 ou 6 centimètres au-dessus du coude et à la région postéro-externe. La peau ne présente pas d'altération. Au toucher, on trouve une tuméfaction dure, adhérente, et qui remonte de 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'olécrane, jusqu'à 12 centimètres environ le long de l'humérus, elle contourne la face postéro-externe de l'os et mesure en largeur de 5 à 6 centimètres. On sent la moitié de l'humérus très élargie et renflée en massue. Au-dessus de ces limites, qui correspondent à la tuméfaction apparente à la vue, on trouve les contours de l'os très épaissis jusqu'à sa partie supérieure. Les parties molles peuvent facilement glisser au-devant de cette masse dure. On constate, en outre, en dehors du bord externe du biceps, à l'union du tiers inférieur du bras avec le tiers moyen, une petite tumeur à contours irréguliers, du volume d'une petite noix, que l'on peut aisément déplacer sur les plans sous-jacents et sur laquelle la peau est parfaitement mobile (peut-être un ganglion de siège anormal).

Périmètre maximum de la tuméfaction (bras droit) = 21^{cm}5.

Périmètre du côté sain (bras gauche) au même niveau = 19 centimètres.

Depuis quelque temps déjà la malade ne se plaint plus de douleurs spontanées, ni la nuit, ni le jour. La pression est douloureuse.

Le membre supérieur droit est beaucoup plus faible que le gauche. Il est facile de s'en rendre compte en faisant opposition aux mouvements des deux côtés. L'extension de l'avant-bras sur le bras est limitée. Dans la position extrême qu'il peut atteindre, l'avant-bras arrive à se fléchir de 25 degrés. La malade a été obligée d'abandonner son travail.

Elle est adressée par M. le professeur agrégé L. Imbert au service d'électrothérapie de l'hôpital suburbain de Montpellier le 1er juin 1900.

A cette date, on fait une radiographie de l'humérus malade et de l'humérus sain. L'examen du cliché fournit les renseignements suivants :

L'ombre de l'os, du côté droit, ne présente pas son aspect normal. Quoique l'épreuve obtenue soit très nette, on ne distingue pas trace de canal médullaire.

La transparence générale de l'os est donc modifiée sur toute son étendue. Les contours de l'ombre, surtout dans la partie qui correspond à la projection de la face postérieure de l'humérus, présentent des ondulations irrégulières. L'épaisseur de la diaphyse paraît augmentée, principalement à

l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. Dans la région médiane, on observe de loin en loin, surtout sur le tiers inférieur, des taches sombres qui correspondent à des altérations osseuses manifestes. Une de ces taches attire surtout l'attention. Elle siège à 4 centimètres environ de l'extrémité inférieure de l'humérus, elle a une forme elliptique et mesure en hauteur 3 centimètres, en largeur 1cm5. Sa transparence n'est pas la même sur toute son étendue.

Du côté de l'appareil respiratoire rien d'anormal.

Traitement et résultats du traitement. — La malade est soumise, à dater du 1er juin 1900, à des séances d'effluves et d'étincelles de haute fréquence. Un excitateur, constitué par un pinceau de fils métalliques fins, relié au résonateur Oudin (premier modèle), est promené, à une faible distance des téguments, sur toute l'étendue de la lésion. La région se trouve ainsi soumise à l'action de l'effluve. A la fin de chaque séance, la peau est, en outre, criblée de petites étincelles qui provoquent une révulsion intense. Les séances sont renouvelées trois fois par semaine et durent généralement dix minutes.

Le 20 juin on constate que la tuméfaction a diminué. Dans la suite, l'amélioration progresse peu à peu.

Le 2 juillet, le périmètre maximum n'est plus que de 19 centimètres au niveau de la tuméfaction qui est moins dure. En outre, la petite tumeur qu'on sentait sur la face externe du bras paraît avoir diminué.

21 juillet. La tuméfaction n'est presque plus apparente à la vue. A la palpation, on trouve les contours de l'os épaissis sur une étendue de 3 à 4 centimètres. Mais au-dessus de cette région, il semble qu'ils aient repris leurs dimensions normales. La petite tumeur isolée est nettement bilobée, elle paraît formée de deux petits pois superposés. Son volume a donc considérablement diminué.

Les mouvements de flexion sont presque aussi étendus du côté malade que du côté sain.

Le 27 juillet, la malade quitte le service d'électrothérapie.

Nombre total de séances de traitement = 19.

Le périmètre du bras est sensiblement le même à droite et à gauche (19 centimètres).

Une deuxième radiographie de l'humérus est faite, avant le départ de la malade. Cette nouvelle épreuve fournit les mêmes indications que la première sur la transparence générale et les contours de l'os. On constate cependant que les petites taches sombres ont beaucoup diminué. La tache la plus grande, décrite précédemment, et qui siège à 4 centimètres environ de l'extrémité inférieure de l'humérus, se détache beaucoup moins des parties voisines. Ées limites se sont rétrécies et sa transparence, sauf en un point des dimensions d'une lentille, tend à se rapprocher du reste de l'os.

La malade fait alors une saison de bains de mer. Elle reprend ensuite son travail, et passe l'hiver sans souffrir de son bras.

En janvier, un petit séquestre du volume d'un pois chiche est éliminé au niveau même de la tuméfaction, et huit ou dix jours après un deuxième séquestre tout petit est également éliminé, au niveau de la cicatrice du premier abcès. (Voir l'histoire de la malade.) Nous n'avons pu recueillir sur ce point aucun renseignement précis.

En juin 1901, nous revoyons la malade. Elle a repris définitivement son travail et n'a jamais été obligée de l'abandonner. Son état général est excellent. Les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras sont normaux.

Le périmètre du bras est le même à droite et à gauche, au même niveau il mesure 20 centimètres environ.

La peau et les parties molles ne présentent rien de particulier.

A la palpation, on trouve encore un certain épaississement de l'humérus. La pression sur les points correspondants ne provoque pas de douleurs.

Enfin, on fait une troisième radiographie. La transparence de l'os est plus uniforme que dans les deux épreuves précédentes. Les contours présentent encore des ondulations, mais les lignes en sont plus nettes. Des taches sombres qui siégeaient surtout dans le tiers inférieur, il ne reste plus qu'une légère traînée extrêmement rétrécie, et dont la transparence est à peine différente de celle des parties voisines.

Cette observation est moins démonstrative que les deux précédentes. Il est incontestable cependant que le traitement institué a provoqué une amélioration réelle ainsi qu'il résulte surtout des symptômes fonctionnels et aussi des renseignements fournis par les radiographies faites à des époques différentes.

Tels sont les trois faits que nous avons tenu à rapporter. Ils constituent notre statistique tout entière : dans le premier cas, guérison ; dans les deux autres, amélioration très prononcée.

Les divers procédés de traitement des tuberculoses chirurgicales ne donnent pas tous des résultats aussi brillants. Nous ne voulons certes pas conclure que la haute fréquence doit être appliquée à tous les cas de ce genre ; nous estimons seulement que les trois faits que nous venons de rapporter, s'ils ne suffisent pas à légitimer une opinion définitive, doivent cependant engager les chirurgiens à essayer cette modalité électrique.

Ce qui nous a plus particulièrement frappés dans l'évolution de ces trois cas, c'est surtout l'amélioration progressive et rapide des symptômes fonctionnels : impotence, douleur, etc. Ils nous paraît donc, en tout état de cause, qu'il y aurait lieu d'essayer la haute fréquence pour combattre ces atrophies musculaires si prononcées et si gênantes, à la suite des lésions articulaires en général et des tuberculoses osseuses en particulier.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(4 FÉVRIER 1902)

L'Académie a procédé à l'élection d'un membre dans la section des associés libres. Rarement on a vu une une affluence pareille : 96 votants ! M. Galippe, au premier tour, a été élu par 58 suffrages. C'est un beau succès dont nous sommes heureux de féliciter notre sympathique collègue.

M. Neumann (de Toulouse) a été élu membre correspondant national.

REVUE DE LA PRESSE

Rupture spontanée de l'utérus normal au début du travail. — Si la rupture spontanée de l'utérus s'observe habituellement au cours de certains états pathologiques (utérus bicorne ou fibromateux, utérus ayant subi l'opération césarienne), on peut aussi la voir survenir, plus rarement, il est vrai, sur un utérus normal. Des cas de ce genre ont été rapportés par Ingersley, Hofmeier, Simpson. Les cas cités par les deux premiers se rapportaient à des utérus macroscopiquement et histologiquement indemnes. Dans celui de Simpson on notait une légère dégénérescence graisseuse de la fibre musculaire.

M. Milne Murray rapporte l'intéressante observation d'une femme dont le cas rappelle celui de Simpson. Agée de vingt-

sept ans cette femme était à sa cinquième grossesse. Les douleurs commencèrent à onze heures trente du soir et, à deux heures trente du matin, elle envoya chercher un médecin. Elle souffrait en un point assez limité entre l'ombilic et le pubis. On n'entendait pas de bruits fœtaux. L'utérus était tendu et incliné vers la gauche.

Par le vagin on ne percevait aucun signe de présentation; le col, non effacé, n'admettait pas le doigt. A un second examen on put sentir avec une netteté extraordinaire les parties fœtales, vers le fond de l'utérus. On pensa à une grossesse extra-utérine.

La malade était, au moment où M. Murray la vit, dans un état de collapsus marqué. L'orifice était dilaté, admettant le doigt, et le col un peu effacé seulement. Le segment inférieur de l'utérus était vide, et, du côté gauche, une déchirure permettait au doigt de passer dans la cavité abdominale. On fit la laparotomie pour extraire placenta et fœtus. La plaie utérine s'accompagnait d'une déchirure du fond de la vessie; elle saignait abondamment. On fit l'hystérectomie totale et une suture de la vessie fut pratiquée au catgut. L'opération fut rapidement menée et suivie de guérison. Aucune lésion n'expliquait la rupture de la paroi utérine. (*The Lancet*, 21 déc. 1901.) A. H.

Traitement des abcès tuberculeux par l'eau oxygénée. — Ce traitement est préconisé par M. Luton (de Reims), qui procède de la façon suivante :

Que l'abcès soit fermé ou fistuleux et quel que soit son point de départ, M. Luton introduit dans sa cavité, au moyen d'une seringue de 5 grammes, un mélange d'eau oxygénée à 12 ou 20 volumes et d'une solution de phosphate de soude à 1/10, dans la proportion de 25 centimètres cubes d'eau oxygénée pour 75 centimètres cubes de solution phosphatée.

« Ainsi obtenu, le sérum oxygéné, dit M. Luton, abandonné dans la cavité de l'abcès, agit sur lui au même titre que les divers liquides actuellement en usage, comme l'éther iodoformé, le naphtol camphré, etc., dont l'emploi nécessite une instrumentation spéciale et l'évacuation préalable de la collection purulente. D'une efficacité remarquable et d'une innocuité absolue, sa supériorité réside encore dans son action aussi énergique sur l'abcès fistuleux et par conséquent infecté, que sur l'abcès fermé. » (*Bulletin méd.*, 1er fév. 1902.) L. R.

Les frictions iodurées dans le traitement de l'obésité. — Chez les obèses présentant une accumulation de graisse dans les reins et la paroi abdominale, M. Kisch (de Marienbad) a volontiers recours, à côté du traitement diététique, aux frictions locales avec une pommade iodurée.

Pour les reins, M. Kisch fait faire tous les soirs des frictions avec la pommade suivante :

Vaseline....................	30 grammes.
Iodure de potassium........	3 —
Iode pur....................	0g30 centigr.

ou bien avec une pommade formulée comme suit :

Vaseline....................	10 grammes.
Iodoforme..................	1 —
Essence de menthe..........	II gouttes.

La friction une fois faite, on recouvre les reins d'une large compresse trempée dans une solution d'acétate d'alumine :

Eau distillée...............	100 grammes.
Acétate de plomb............	5 —
Alumine.....................	1 —

et on met par-dessus une feuille de gutta-percha qu'on maintient par une bande.

Pour les frictions sur les parois abdominales, M. Kisch remplace la pommade par la solution suivante :

Vinaigre scillitique.........	200 grammes.
Iodure de potassium........	10 —

(*Bull. gén. de thér.*, 30 janvier 1902.) L. R.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — Notes obtenues. — *Anatomie.* — Séance du 3 février 1902. — MM. Desmarets, 9 + 13 = 22; Hubert, 11 + 9 = 20; Mlle Mouroux, 9 + 11 = 20; MM. G. Cottard, 9 + 9 = 18; Walter, 6 + 9 = 15; Sée, 7 + 7 = 14; Savornin, 3 + 6 = 9.

Pathologie. — Séance du 31 janvier 1902. — MM. Chartier, J. Manet et Saillant, 10; Carlotti, Liné et Longin, 9; Fournier et Perrin, 7; Hérisson et Houzel, 6.

Séance du 3 février. — MM. Beaufumé, 11; Autefage et Lévy-Frankel, 10; Renaud, 9; Roques, 8; Krantz et Privat de Fortunié, 6; Fay, 4.

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — M. le docteur Barjon est nommé médecin des hôpitaux.

Havre. — M. le docteur Maurice Guillot est nommé chirurgien adjoint des hôpitaux.

Écoles de médecine. — *Angers.* — M. le docteur Legludic, professeur de physiologie, est nommé directeur.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Brohon est nommé officier de l'Instruction publique.

MM. les docteurs Bouhin (d'Esbarres), Doizy (de Flize) et Flammarion (de Paris) sont nommés officiers d'Académie.

— Une médaille d'or (services de l'hygiène) a été décernée à M. le docteur Sandras (d'Oran).

Guerre. — MM. Bloître et Bruas, élèves de l'école principale du service de santé de la marine, ont été nommés à l'emploi de médecin aide-major de première classe stagiaire dans l'armée coloniale.

Legs. — L'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs universel fait à son profit par le docteur E.-P. Blondet. Les sommes et les arrérages à provenir de ce legs seront placés en rentes sur l'État pour leur capitalisation être distribuée chaque fois qu'elle aura atteint un total de 20000 francs, en prix destinés à récompenser des travaux ou des études de psychologie pathologique.

La Société française d'histoire de la médecine a tenu sa première séance d'organisation mercredi dans le petit amphithéâtre de la Faculté sous la présidence de M. le professeur Blanchard qui, dans une de ces allocutions claires et élégantes dont il a le secret, a exposé le but de cette société. Après lui, notre collègue, M. Prieur, en a fait connaître les statuts et a proposé la constitution de son bureau. Celui-ci est ainsi constitué :

Président : M. le docteur Raphaël Blanchard, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine; — vice-présidents : MM. les docteurs Motet, membre de l'Académie de médecine; Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté; Dureau, bibliothécaire de l'Académie; Triaire (de Tours); — secrétaire général : M. le docteur Albert Prieur, rédacteur en chef de la *France médicale*; — secrétaires : M. le docteur Mac-Auliffe, M. Victor Nicaise, interne des hôpitaux; — Archiviste : M. le docteur Beluze; — trésorier : M. Prévost, rédacteur au secrétariat de la Faculté.

La Société compte déjà plus de cent adhérents.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bourlier, professeur à l'École de médecine d'Alger.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, 17, rue Cassette.

Nº 16. — SAMEDI 8 FÉVRIER 1902. 75e ANNÉE SAMEDI 8 FÉVRIER 1902. — Nº 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

SÉANCE ANNUELLE

La séance annuelle de la Société de chirurgie a eu lieu mercredi. M. le président, dans son discours traditionnel, a traité, comme elle le mérite, la question des circonscriptions médicales. Un peu d'entente, a-t-il dit en terminant, nous a déjà fait obtenir quelque résultat ; un peu de persévérance nous fera, peut-être, toucher au but que nous désirons tous.

M. Gérard Marchant, en sa qualité de secrétaire annuel, a fait un consciencieux rapport des travaux considérables de la Société au cours de l'année 1901, et la parole a été donnée enfin à M. Segond, secrétaire général, pour l'éloge de Tarnier.

STÉPHANE TARNIER (1828-1897)

Par M. Paul SEGOND,
Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Messieurs,

La mort du maître dont je viens, aujourd'hui, saluer avec vous la mémoire, remonte à cinq ans à peine, et cependant, la marche des événements a pris, de nos jours, une telle allure, que déjà, le souvenir du grand disparu n'a probablement plus, pour tous la précision désirable. Sans doute, le professeur Tarnier a, pour jamais, sa place marquée dans le livre d'or de l'obstétrique française, mais j'imagine que le temps est proche où beaucoup ne sauront plus du tout que l'accoucheur Tarnier fut aussi chirurgien. Peut-être même en est-il, dans les générations très nouvelles, qui s'étonneront de voir l'éloge d'un professeur de clinique obstétricale prononcé par un membre de la Société de chirurgie. Et il faut bien le reconnaître, cet étonnement ne saurait beaucoup surprendre.

Pour les jeunes, la grosse réforme qui nous a séparés les uns des autres n'a plus d'histoire et ses causes précises ne sont plus guère présentes qu'à l'esprit des vieux ou tout au moins des très mûrs. On ignore en particulier que, dans sa forme première, la scission qui s'élaborait, nous disait-on, uniquement et seulement dans l'intérêt des malades et de la science, devait avoir toutes les intransigeances d'une loi tutélaire et rigoureuse, basée sur les résultats merveilleux que donne toujours la division du travail dans les perfectionnements humains. Désormais, les chirurgiens devaient opérer et les accoucheurs se limiter étroitement à leur art. Quant à supposer que cette gémellité pourrait aboutir à une trinité par la naissance prochaine d'un nouveau-né dont la viabilité déjà grande promettait cependant le plus bel avenir (je veux parler non plus du chirurgien accoucheur, mais bien de l'accoucheur chirurgien), il n'y fallait pas songer une seconde.

Lorsque, par surcroît, nous poussions l'audace jusqu'à faire observer qu'on allait peut-être porter atteinte au principe des concours hospitaliers ; lorsque, au milieu des arguments de haute valeur que les hommes comme Tarnier mettaient en avant, nous avions l'outrecuidance de trouver, aussi, quelques-uns des prétextes avec lesquels certains esprits dissimulent si volontiers leur congénital besoin de diminuer la qualité pour la quantité, les journalistes avancés de l'époque, les spécialistes de toutes branches, voire même les botanistes de grand avenir haussaient bien haut les épaules.

Certes, les temps ont bien changé ! Et, si nous nous obstinons à croire qu'un accoucheur ne perdrait rien de ses aptitudes opératoires, à faire d'abord le métier de la chirurgie, si, tout en nous inclinant devant les exceptions que toute règle assurément comporte, nous restons cependant convaincus que, sans les garanties d'un apprentissage préalable, le bistouri ne convient pas plus, en général, à la main d'un accoucheur, que le forceps à celle d'un chirurgien, nous aurions mauvaise grâce à trop insister.

En tous cas, et si parfait que puisse être l'état actuel des choses, ce rapide retour en arrière montre, à qui pourrait aujourd'hui s'en étonner, qu'il fut bien un temps où les accoucheurs se recrutaient parmi nous. Les noms que vous avez tous sur les lèvres semblent même indiquer que le terrain de l'ancienne pépinière obstétricale n'avait rien de particulièrement ingrat. La liste, hélas ! en est cependant close et c'est le nom de notre ancien président Guéniot qui la termine. Estimons-nous donc encore comme très favorisés, et remerciant le sort de nous avoir ménagé si consolatrice transition, profitons, au moins, de la présence de notre collègue, parmi nous, pour lui dire combien sincèrement nous lui souhaitons de conserver, jusqu'au plus lointain avenir, le

privilège, précieux entre tous, de ne pas tenter la plume de vos secrétaires généraux futurs.

Tarnier était, lui, l'avant-dernier de cette liste fameuse. Membre titulaire de notre Société dès 1865, secrétaire annuel en 1871, président en 1879 (l'année même, le rapprochement a son intérêt, où le mémoire de Perrin « Sur la valeur comparative du pansement de Lister et du pansement alcoolique » devait provoquer votre première discussion sur la chirurgie listérienne), il n'a demandé l'honorariat que le 19 décembre 1889, après dix-huit années de présence active à nos séances. C'est plus qu'il n'en faut, n'est-il pas vrai, pour donner à votre secrétaire général tous les droits de consacrer à ce maître la notice historique dont vous voulez bien, chaque année, lui confier la rédaction. Par malheur, un droit ne confère pas nécessairement l'idonéité et je redoute beaucoup de confirmer une fois de plus cette proverbiale vérité.

C'est qu'en effet, l'œuvre de Tarnier est essentiellement obstétricale, et je ne suis que chirurgien. Il vaudrait donc beaucoup mieux pour vous qu'il m'eût été possible d'imiter aujourd'hui la conduite que suivit Trélat, le 17 janvier 1872, alors que, secrétaire général de la Société, il devait prononcer l'éloge de Danyau. Par une substitution de rôles d'ailleurs très statutaire, et malgré le talent oratoire, la sûreté de jugement et les largeurs de vue que ce maître incomparable possédait à un si haut chef, il n'en céda pas moins la parole au secrétaire annuel. L'exemple est plutôt troublant. Mais, en guise d'atténuante explication, il me suffira, je pense, de vous nommer le secrétaire annuel qui prit la place de Trélat : c'était Tarnier lui-même.

Les situations, vous le voyez, ne sont pas du tout comparables, mes collègues de secrétariat ne sont pas plus accoucheurs que moi et, partant, mon devoir était tout tracé : les notices remarquables déjà publiées par Bar, Bonnaire, Budin, Dureau, M. de Fleury, Heinricius, Huchard, Maygrier, Pinard, Vidal (d'Hyères) et par tant d'autres dans la presse française et étrangère ont, du reste, singulièrement facilité ma tâche. En outre, je n'ai pas manqué de compléter ces premiers documents ou de préciser mes souvenirs personnels, en m'adressant à ceux qui ont eu le privilège de vivre dans l'intimité du maître.

Bref rien n'a été négligé pour que cet éloge soit, avant tout, le reflet de ce que les disciples de Tarnier pensent et de ce qu'ils ont écrit. Si donc ils se retrouvent trop souvent sous ma plume, sans guillemets, je les renvoie à la préface du *Traité de l'asepsie*. Ils y trouveront les humoristiques malédictions que leur maître se plaisait à lancer contre les fameux *loc. cit.*, dont fourmillent tant de publications scientifiques et j'espère obtenir ainsi leur indulgence. Quant à mes auditeurs d'aujourd'hui et à ceux qui peut-être me liront demain, ils ne m'en voudront certainement pas d'avoir pris le seul moyen de masquer ici mon incompétence et de leur en éviter les erreurs ou les à-peu-près.

Etienne dit Stéphane Tarnier, sans doute pour obvier à la similitude prénominale du père et du fils, est né à Aiseray (Côte-d'Or) le 29 avril 1828. Son père, médecin de campagne fort modeste mais particulièrement estimé pour ses qualités d'homme excellent et de praticien dévoué, quitta Aiseray peu après, pour s'installer près de Dijon à Arc-sur-Tille. C'est là que le jeune Stéphane passa son enfance et, la chose se trouvait ainsi tout indiquée, c'est à Dijon qu'il fit ses humanités, pour commencer ensuite ses études médicales à l'école de médecine secondaire de cette même ville, de 1846 à 1848.

La grande épidémie de choléra qui sévit, à cette époque, sur toute la région dijonnaise, le retint auprès de son père dont il partagea les fatigues, avec un admirable dévouement, et son installation définitive à Paris fut ainsi reculée d'une année. A dater de cet instant, son ascension fut rapide. Externe des hôpitaux de 1850 à 1851, interne provisoire en 1852, il était le second sur la liste des titulaires en 1853. Ses collègues d'alors s'appelaient : Le Fort, Parrot, Bucquoy, Lorrain, Millard, Guyon, Besnier, Peter, Fournier, Marey, Panas, Jaccoud, Charcot, Vulpian, Tillaux, pour n'en citer que quelques-uns parmi tous ceux qui devaient, pour toujours, lui garder leur amitié, leur estime et leur admiration.

Ses maîtres furent Cullerier et Gendrin en médecine, Michon en chirurgie, Delpech et Danyau en accouchements. Paul Dubois était, à la vérité, chirurgien en chef de la Maternité, lorsque Tarnier y vint comme interne en 1856, mais Paul Dubois était professeur, et l'histoire raconte que le service était surtout assuré par le chirurgien adjoint. C'est ainsi que Danyau fut, en réalité, le véritable initiateur de Tarnier dans la pratique des accouchements.

Paul Dubois n'apprit à connaître, par lui-même, les hautes qualités d'intelligence et de ponctualité de son ancien interne, qu'en le choisissant plus tard comme chef de clinique, alors que sa communication de 1856 à la Société anatomique sur « L'état graisseux du foie chez les femmes grosses après l'accouchement », son mémoire publié, la même année, à la Société de biologie, avec la collaboration de son ami Vulpian, sur le même sujet, et surtout sa mémorable thèse inaugurale de 1857, avaient déjà fixé sur lui l'attention de tous les chercheurs.

Dans la si vivante notice que M. Dureau a publiée en décembre 1897, il raconte comment disciple et maître renouèrent ici connaissance. A la première heure de certain matin, Tarnier, encore couché, eut la surprise de voir entrer dans sa chambre le professeur Paul Dubois en personne. Celui-ci, s'étant assis sans autre préambule, lui tint à peu près ce langage : « Vous êtes étonné de me voir, monsieur Tarnier, mais on dit partout que vous êtes paresseux, j'ai voulu m'en assurer... et je viens vous demander quelques explications sur les statistiques données dans votre thèse. » Tarnier promit les documents, il les donna et j'imagine que Paul Dubois fut ensuite rapidement édifié sur la paresse de son disciple.

Je ne voudrais cependant pas trop insister sur ce point. Peut-être l'interne Tarnier eut-il vraiment ses instants de paresse. Nous le souhaiterions même volontiers, en songeant aux indiscutables douceurs que réserve aux plus actifs la possibilité de reprendre haleine de temps en temps. Mais le fait malheureusement mieux démontré, c'est qu'avant d'avoir vu la vie s'orienter franchement vers le succès, Tarnier eut à connaître, lui aussi, les anxiétés que nous impose trop souvent la fortune, en manière d'épreuve, avant de nous accorder ses sourires. Les heures difficiles auxquelles je fais allusion correspondent à la fin de son internat. Bar, dans sa belle leçon du 4 décembre, les rappelle dans les termes suivants :

« ... Il fallait vivre... Tarnier prit la décision de rester à Paris, et il s'installa dans un modeste logis, au fond de la cour d'une maison qui porte encore le n° 70 de la rue de

Rivoli. Ici commença pour lui une existence de labeur pénible. Sachant combien petite était l'aisance de ses parents, il ne voulut pas leur demander de nouveaux sacrifices. Il connut les desespérances que provoque, chez tous les nôtres, le début dans une carrière qui semble sans avenir. Médecin du bureau de bienfaisance, il s'empressait auprès des pauvres, qu'il secourait souvent de ses maigres ressources. C'était là sa seule clientèle. Découragé, notre maître cédait difficilement aux encouragements et aux conseils que lui prodiguait sa famille, et il songeait sérieusement à abandonner la carrière médicale proprement dite. »

Par bonheur, la discussion qui s'ouvrit alors à l'Académie, sur l'infection puerpérale eut tôt fait de lui rendre, avec toute son énergie, le désir de faire triompher ses idées. En 1860, deux ans après la publication d'un nouveau mémoire intitulé : *De la fièvre puerpérale observée à l'hospice de la Maternité*, il devenait agrégé. L'année suivante, Dubois le prenait comme chef de clinique. En 1865, il se faisait nommer chirurgien des hôpitaux et, dès 1867, le chirurgien en chef Trélat ayant quitté la Maternité, et le chirurgien adjoint Guyon, attiré vers d'autres voies, n'ayant pas voulu de la succession, Tarnier put ainsi prendre la direction de la vieille et grande maison, pour la conserver vingt-deux années, du 1er juillet 1867 au 1er juillet 1889.

Chacun sait tout ce qu'il fit de grand et de bien durant cette longue étape de sa vie. C'est à la Maternité qu'il s'est affirmé comme chef d'école. C'est là qu'il a eu le mérite, si rare et si grand, de grouper autour de lui et de s'attacher pour toujours ceux que vous connaissez trop bien pour que je les nomme, tous ceux qui sont aujourd'hui les maîtres et l'honneur de l'obstétrique française. C'est enfin là, qu'il a pu trouver et réunir les documents de son enseignement et de ses publications.

Et cependant, durant ces années de glorieux et fécond labeur, Tarnier eut à compter avec les défaillances de la santé. Encore mal remis des fatigues que lui imposèrent les événements de 1870-1871, et surmené par des exigences professionnelles de plus en plus lourdes, il tomba gravement malade en 1873 et dut partir pour Hyères. Il y séjourna plusieurs années, ne regagnant Paris qu'au mois de mai, pour les examens de la Maternité. Séduit par les rives ensoleillées de la mer bleue, il y retourna presque tous les ans, après sa guérison. Il avait même promis à son ami le docteur Vidal d'y passer régulièrement les hivers, lorsque viendrait l'heure de la retraite.

Après ces longs mois de repos forcé, Tarnier retrouva peu à peu la santé voulue pour reprendre sa marche en avant. En 1884, il fut, à l'unanimité des voix de ses collègues, désigné pour succéder à Pajot dans la chaire théorique d'accouchement. Son enseignement fécond et sûr, que relevait encore le prestige de l'officialisation, retrouva là tous les succès légitimes déjà rencontrés, lorsque, jeune agrégé, il avait eu la pensée, tout à fait nouvelle alors, d'organiser des conférences régulières. Quatre ans plus tard, au début de l'année scolaire 1888-1889, il prit encore la place du même maître dont le départ, hélas ! était, cette fois, définitif. Quittant la Maternité, il devint le titulaire de la clinique de la rue d'Assas, de la Clinique Tarnier, pour l'appeler par le nom que l'Assistance publique lui a si justement donné.

Il va de soi qu'à tous ces grades conquis par le travail, s'ajoutaient les titres et les honneurs que réserve la renommée. Académicien, dès 1872, à un âge où d'habitude la savante Compagnie tient porte close aux plus méritants, Tarnier fut successivement : membre fondateur de la Société de médecine légale en 1863, président de la Société de chirurgie en 1879, président de l'Académie de médecine en 1891, fondateur et premier président de la Société obstétricale de France, président du Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux en 1895. Partout apprécié, il était le correspondant ou l'associé de presque toutes les sociétés obstétricales ou gynécologiques étrangères.

En 1885, l'Université d'Édimbourg l'avait nommé docteur « Honoris causâ », et, l'année suivante, lorsqu'il se rendit en Écosse, pour y être publiquemeut reçu, le 2 août 1886, il fut, à son entrée dans la grande salle d'honneur de l'Université étrangère, accueilli par des salves d'applaudissements. Son élève Budin qui l'accompagnait, garde ce souvenir avec émotion : « On acclamait, dit-il, celui qui avait perfectionné le forceps, celui dont le nom devait être désormais placé à côté de ceux de Chamberlen et de Levret. » Dirai-je enfin qu'il était commandeur de la Légion d'honneur ? Pour un Tarnier, il serait, je crois, superflu d'insister davantage, et, comme fin de récit, je préfère rappeler ce que furent ses dernières années à la clinique Tarnier :

« Ici, disait Bar dans sa leçon du 4 décembre 1897, Tarnier ne cessa de travailler. Vous savez ce qu'étaient ses leçons, dans lesquelles il vous apportait le fruit de sa longue expérience. Elles portèrent sur les sujets les plus divers. A plusieurs reprises, notamment, il vous parla des recherches qu'il avait faites avec Chamberlen sur l'éclampsie et la toxicité du sérum dans cette affection, de l'opération césarienne, de l'accouchement prématuré artificiel, et il revenait souvent sur les bons résultats que donne le régime lacté dans le traitement de l'albuminurie. Beaucoup de ces leçons ont été publiées. »

Mais il aimait à revenir sur son sujet de prédilection et à vous parler de l'antisepsie, des résultats qu'elle permet d'obtenir. Il consacra même un grand nombre des leçons de 1890 (15 mai au 19 juillet) à étudier à nouveau ce sujet, à propos duquel il avait, avec Vignal, multiplié les expériences. Ces leçons, réunies par son élève Pootcki, ont été la base du beau livre que notre maître publia en 1894, *Sur l'asepsie et l'antisepsie en obstétrique*. Très beau livre, en effet, qui résumant presque tout l'enseignement clinique du maître, vient consacrer, de très magistrale façon, l'utilité de ses efforts et le triomphe de ses idées.

Par malheur, Tarnier n'eut pas à goûter longtemps les douceurs intimes de ses victoires. Il est mort à soixante-dix ans, le 23 novembre 1897. Mort à la suite d'une courte maladie, nous disait-on. Et, il semblait bien qu'il en fût ainsi, puisque le grand maître tombait dans la pleine activité de son service d'hôpital et de ses fonctions professorales. Hélas ! la vérité est autre. Il y avait déjà bien des mois que, devant l'altération croissante de ses traits, ses amis lui conseillaient de devancer l'heure et de réaliser enfin ses projets de repos dans la vieille maison paternelle d'Arc-sur-Tille, au milieu de ses derniers parents et de toute une population de braves gens qui l'adoraient. Qui sait si pareille et sage détermination n'eût pas retardé notre deuil ?

Mais Tarnier n'était pas de ceux qu'arrêtent les considérations de cet ordre. Il avait sur le devoir et sur l'honneur, cette grande « pudeur civile », comme on l'a si justement nommé, de très intransigeantes conceptions, et, malgré les souffrances qu'il endurait, malgré sa fatigue croissante, il a

voulu, jusqu'au bout, tenir tête aux tâches qu'il s'était tracées. Il est mort debout. Donc, honneur à lui! et loin de nous les regrets! Ils ne pourraient qu'affliger la grande et belle âme de cet homme de bien, de dévouement et de courage.

Ce que fut le chagrin de tous à la mort de Tarnier, les paroles prononcées sur sa tombe l'ont dit avec un accent de sincérité trop grand pour qu'il soit nécessaire d'en rappeler la douloureuse étendue. Mais lorsqu'on y songe, on ne peut s'empêcher d'observer combien il devait un jour mériter les paroles qu'il avait prononcées lui-même, comme président sortant de la Société de chirurgie, à propos de Chassaignac et, plus tard, sur la tombe de son grand ami Trélat.

Elle aussi, sa vie devait être « un modèle de labeur incessant et de modestie ». Elle aussi, sa mort devait frapper au cœur la chirurgie française, et nous pouvons, à notre tour, le lui dire : « Reposez en paix dans votre tombe, » cher et grand maître, vous avez été un homme de bien, « jusqu'à votre dernière heure, vous avez, avec passion, recherché la vérité et le progrès; vous aviez un cœur généreux et une grande bonté; vous avez été l'honneur de votre profession, vous laissez derrière vous d'unanimes regrets. Vos amis, vos élèves, vos confrères, vos collègues, garderont donc de vous un souvenir impérissable. »

Cette existence simple, toute droite et sans nuage passionnel d'aucune sorte, ferait presque songer à la sublime utopie des rêveurs pour qui la vie doit être « comme un champ de neige où nos pas s'impriment sans y laisser de souillure ». D'autant que Tarnier vécut célibataire et mourut tel. Quelles furent les exactes raisons de sa vocation pour le célibat? Fut-elle totale ou simplement partielle, ainsi que le laissait parfois supposer le malicieux et fin sourire que ses lèvres esquissaient lorsque ses intimes osaient aborder avec lui ces questions délicates? Il ne nous appartient pas de le dire. Le fait d'ailleurs importe peu.

Il nous suffit de savoir que, selon toute vraisemblance, Tarnier ne connut pas d'autres vibrations affectives que celles dont il trouva si amplement la source : dans l'affection de la vieille mère qu'il n'a jamais cessé d'adorer, lui-même, avec toutes les ferveurs des enfants les plus tendres et les plus soumis; dans le culte et la gratitude de ses élèves; dans l'attachement de ses amis; dans la reconnaissance enfin, de tous ceux qui n'ont jamais, comme l'a si bien dit Bonnaire, « sollicité en vain de lui un service, un conseil, un appui. »

L'aspect extérieur de Tarnier répondait, du reste, aussi bien à cet état d'âme de pureté particulière, qu'à ses autres vertus d'homme privé. De haute stature et d'assez forte corpulence, sa démarche avait quelque chose de calme et de réfléchi. Chacun de nous le voit encore dans la grande redingote noire, boutonnée du haut, jamais du bas, qui entourait avec tant d'ampleur les parties basses de son corps, lequel, à coup sûr, n'avait rien de sportif. Mais tous aussi nous nous souvenons de sa physionomie expressive. Sa tête heurtée mais puissante; ses gros traits; ses cheveux longs qu'il portait à la mode de sa jeunesse, rejetés en arrière et sur le côté gauche; sa barbe clairsemée que représentaient seules une moustache et une barbiche grises aussi peu touffues l'une que l'autre; le moignon de cigarette qui pendait si souvent à ses lèvres; enfin, le pince-nez vacillant, toujours à cheval sur son nez un peu fort; tout cela ne donnait pas, sans doute, une impression particulièrement artistique, mais on y lisait cependant très bien l'intelligence, la finesse et la mansuétude de l'homme. Son regard doux, franc et droit, l'expression quelque peu narquoise, parfois même un peu satirique, mais toujours affable que son visage prenait volontiers dans le sourire étaient, à cet égard, tout à fait saisissants.

Ajouterai-je qu'il avait des mains vilaines et trop grosses? Oui. Un peu pour être véridique et beaucoup pour avoir l'occasion d'observer avec M. de Fleury, que les mains de Tarnier n'avaient que faire d'être belles, étant les plus habiles du monde. Il paraît même que la graphologie (je le tiens de deux maîtres en cet art) permet de retrouver dans l'écriture petite, fine, claire et bien ponctuée qu'elles savaient tracer, les signes révélateurs aussi bien « de sa puissance d'organisation », « de son activité grande », « de ses aptitudes à poursuivre longtemps la défense d'une seule et même cause » ou de « son habileté manuelle », que de sa « nature droite, intelligente, loyale et supérieurement bonne ». Et certes, jamais diagnostic ne sera plus vrai.

Au milieu de toutes les hautes qualités qui lui valent aujourd'hui l'admiration de tous ceux qui ont pu apprécier la dignité de sa vie, la sûreté de son cœur, son dévouement aux malades et son permanent souci des intérêts qui lui étaient confiés, il est, en effet, certain que la bonté grande, inépuisable, fut sa vertu première. Elle était même à ce point dominante qu'il en prêtait parfois à ceux qui en ont le moins. L'anecdote suivante en témoigne. C'était vers la fin de 1871, alors que nos rues étaient infestées par les funestes sectaires dont le drapeau rouge ne pouvait encore flotter qu'aux jours de désastre et de terreur. Un matin de cette odieuse époque, Tarnier cherchait à se frayer un chemin jusqu'à la Maternité, lorsque, non loin des quais, il fut appréhendé par une sinistre patrouille et menacé de fusillade prochaine. L'entrevue n'avait rien de banal et voici comment le docteur Dureau la raconte :

« Tarnier parlemente et décline ses qualités de chirurgien d'hôpital; on ne le croit pas, les têtes s'échauffent et il voit le moment où sa vie va être plus que menacée. Cependant, un des gardes du groupe s'approche, le considère et déclare qu'il est bien le chirurgien de la Maternité, qu'il a accouché sa femme il y a peu de temps et qu'il est très bon pour les femmes en couche et les enfants. Cet homme réussit à convaincre ses camarades et, pour qu'il n'arrivât plus malheur à Tarnier, on forma une troupe qui le conduisit par des chemins plus ou moins sûrs jusqu'à la Maternité. « En arrivant boulevard de Port-Royal, les balles sifflaient de tous côtés, mais je pus entrer, j'étais sauvé. Ce qui prouve, ajoutait Tarnier, avec son bon et fin sourire, qu'il y a des braves gens partout! »

Sa bonté, toujours sa bonté! On la rencontre à toutes les pages de sa vie et, si la réflexion qu'il fit à propos de ceux qui faillirent l'assassiner montre que sa mansuétude ignorait vraiment l'obstacle, il ne serait pas difficile d'accumuler ici d'autres preuves témoignant que sa bonté s'alliait en son cœur de brave homme à toutes les vertus corollaires. Ces preuves se retrouvent impérissables non pas seulement dans les douloureux regrets que sa mort a causé ou bien encore dans sa correspondance privée, mais aussi dans certains documents d'ordre différent et néanmoins très significatifs. Tel son testament, qui malgré les aridités de rédaction dont la basoche a si bien le secret, n'en montre pas moins, dans toute leur grandeur et dans toute leur poésie, pourrai-je dire, les délicatesses de cœur du grand mort, son horreur

de la chicane, sa droiture, son équité, sa bonté, sa tendresse pour ses élèves, et son culte pour l'amitié.

Ce furent bien là, je crois, ses qualités principales. Et, qu'il me soit permis de le dire, ce n'est pas seulement pour l'avoir entendu raconter ou l'avoir lu que j'en parle ainsi. Sans qu'il m'ait été donné de vivre dans l'intimité de ce maître, j'ai eu cependant le privilège de l'approcher d'assez près. J'ai suivi quelques-uns de ses cours, je l'entendais aux examens; maintes fois, dans la pratique de la ville, il m'a prêté le concours de ses sages conseils; souvent enfin je le rencontrais, en plus grande intimité, chez mon maître le professeur Trélat, dont il était l'intime ami. J'ai même eu la bonne fortune de faire une fois route avec lui de Paris à Dijon.

Il me semble que c'était hier. Assis à mes côtés, il me parla de mille choses, de son hôpital, de ses travaux en train, voire même de ses goûts de bibliophile raffiné qui l'avaient peu à peu conduit à posséder l'une des plus belles collections d'éditions rares des anciens accoucheurs (celle-là même qu'il devait léguer à son vieil ami Hergott, en invitant ses élèves à se partager les autres livres de sa bibliothèque). Il voulut bien m'initier aussi à ses joies de propriétaire. La vieille maison paternelle qu'il s'était plu à conserver telle qu'elle était jadis, le soin qu'il avait mis à embellir ses entours, le grand jardin avec ses belles serres et ses eaux vives, les pavillons construits pour la réception de ses élèves et de ses amis..., que sais-je encore! Tout cela vint tour à tour dans son récit, sans oublier les anecdotes finement contées.

Mais, tout en l'écoutant, ce que je vis surtout dans ses yeux, c'est la joie profonde et douce que lui causait la perspective de quelques jours de repos auprès de sa bien-aimée mère. Sa mère! Ce mot était pour lui toute une évocation. C'est avec elle qu'il revivait les heures du passé et goûtait le mieux les joies du présent. C'est par elle qu'il devait avoir, hélas! en la perdant peu après, la plus grande douleur de sa vie. C'est enfin lorsqu'il parlait d'elle qu'on voyait la douce expression de son visage refléter avec le plus de vérité les trésors de tendre bonté qu'il avait au cœur.

Ces quelques souvenirs trop personnels sont pourtant excusables. Peut-être, en effet, donneront-ils à ce que j'écris un peu du crédit des choses vécues et serviront-ils ainsi mon ardent désir de montrer à ceux qui nous suivront, combien il est juste que l'homme simple, modeste, honnête et bon que Tarnier personnifie si bien ait eu toutes les récompenses auxquelles on puisse ici-bas prétendre.

Tandis que le crédit à jamais incontesté de ses œuvres écrites, la vulgarisation de ses idées, la réalisation des réformes qu'il a provoquées, les travaux que publient ses élèves, le monument qu'ils ont résolu d'élever à sa mémoire, et l'accueil à fait leur touchante pensée d'associer les femmes et les mères à cette souscription, viennent en quelque sorte matérialiser aujourd'hui les reconnaissances qu'il s'est acquises, il est en outre certain que durant sa vie, à côté des honneurs inséparables de sa situation officielle, et de la grande aisance que, longtemps, sa belle clientèle lui assura, il eut aussi, et très largement, toutes les satisfactions de ceux qui savent se faire universellement aimer et estimer.

Cela dit sur l'homme privé, considérons maintenant le maître accoucheur. Ce qu'il fut dans la pratique de son art et de son enseignement, ses élèves et tous ceux qui l'ont suivi l'ont proclamé, en termes non équivoques. Tous le donnent comme le type du clinicien consciencieux autant qu'avisé. Ils insistent, à l'envi, sur la « sûreté de son diagnostic », sur sa « merveilleuse habileté opératoire », sur les belles tendances de son esprit toujours en éveil vers le mieux, et sur le soin jaloux, qu'il mit toujours à « se tenir au courant de toutes les acquisitions de la science ». Tous, enfin, le déclarent professeur remarquable, autant par l'originalité de ses idées, que par sa bonhomie particulière et l'art avec lequel il savait trouver le mot juste ou placer une anecdocte instructive.

Voici, du reste, comment Pinard en parle dans le discours qu'il a prononcé au nom de la Faculté de médecine: « Sans être doué des qualités dites brillantes de l'orateur, Tarnier ne tardait pas à s'emparer de son auditoire. Dès le début, on éprouvait une sorte de déception en entendant une voix dont les proportions ne s'harmonisaient pas avec celles du corps... Mais, bientôt, la compréhension devenait d'une facilité extrême. La simplicité, la clarté, la solidité de l'idée rayonnaient et l'esprit était captivé... »

On ne saurait mieux dire en vérité, et ce sont là de très précieux témoignages. Mais nous avons plus démonstratif encore que ces appréciations dans lesquelles l'intégrité de jugement se mélange forcément à des sentiments de telle affection qu'on pourrait les soupçonner d'exagération. Nous avons les travaux mêmes du maître.

Par une faveur bien rare à rencontrer pour les hommes d'action dans notre art, Tarnier sut, en effet, trouver dans ses aptitudes de travailleur, peut-être aussi dans les placidités particulières du célibat, les moyens d'éviter l'écueil devant lequel se brisent trop souvent ceux qui laissent envoler, au jour le jour, les trésors de leur expérience, sans jamais assurer la récolte de ce qu'ils sèment. Pendant qu'il inspirait à ses élèves des études remarquables, il écrivait pour son propre compte, il menait à leur terme les publications les plus importantes, et c'est ainsi qu'il a pu nous laisser, lui-même, les documents admirables qui précisent, pour jamais, son rôle scientifique en même temps qu'ils permettent de le juger avec une impartialité défiant, cette fois, toute suspicion.

Les travaux scientifiques de Tarnier ne sauraient trouver place ici. J'en donnerai la complète énumération dans un index bibliographique, annexe de cet éloge. Mais puisque leur nombre me défend de les commenter, je voudrais, au moins, par une vue d'ensemble, rappeler comment les écrits de Tarnier, ses instruments, et tout son héritage permettent, si je puis ainsi dire, de ramener sa belle équation scientifique aux trois termes que voici :

Ingéniosité particulière,

Sens clinique extraordinaire,

Qualités supérieures attestées par sa lutte contre l'infection puerpérale, lutte à laquelle il a consacré toute sa vie.

Comme preuves d'ingéniosité, on doit surtout citer la couveuse, le ballon excitateur, le basiotribe et le forceps.

Le mémoire dans lequel Tarnier fait connaître sa couveuse et les ressources du gavage, pour l'élevage des prématurés, date de 1885. Il aimait à conter comment une promenade au Jardin d'acclimatation, avec son ami Geoffroy-Saint-Hilaire, lui avait suggéré l'idée d'appliquer aux bébés trop pressés, ce qui sauvait si bien les petits poulets ou les petits dindons, et c'est en 1880, pendant l'internat de Bar, qu'il fit, à la Maternité, ses premiers essais. Or à cette époque, malgré le berceau incubateur de Denucé et la baignoire

à deux parois de Credé, construits, le premier en 1857 et la seconde en 1864, on ne s'en contentait pas moins de l'ouate et des boules d'eau chaude pour réchauffer les trop tôt venus. La couveuse perfectionnée de Tarnier, avec ses glaces de surveillance et sa température régulière, constitue donc un sérieux progrès. Elle a sauvé des enfants pesant moins de 1200 grammes et d'autres n'ayant même pas, à leur naissance, 32 degrés de température rectale.

Le ballon excitateur, imaginé en 1862, pour provoquer l'accouchement avant la fin de la grossesse, ballon dont Champetier de Ribes devait, plus tard, s'inspirer si heureusement, est à son tour une invention dont la portée pratique s'est rapidement imposée.

La plupart des instruments qui portent le nom de Tarnier sont enfin de véritables modèles, qui révèlent tout à fait les tendances pratiques de son esprit. On les dirait machinés par un Farabeuf.

Laissant de côté les embryotomes rachidiens, dont les qualités absolues sont peut-être contestables, examinons seulement le basiotribe et le forceps.

Le basiotribe définitif de Tarnier a été présenté à l'Académie le 1er décembre 1883. Jusque-là, l'embryotomie céphalique était parmi les opérations les plus pénibles et les plus défectueuses. Dans les cas de bassins assez rétrécis pour empêcher les céphalotribes alors en usage, d'assurer l'extraction après broiement de la tête, les opérateurs et les opérées se trouvaient en fort médiocre posture. D'autant que les cranioclastes, vantés en pareils cas, à l'étranger, ne valaient pas mieux que les céphalotribes. Ils permettaient une prise solide, mais ils broyaient très mal. Le basiotribe Tarnier est venu lever toutes ces difficultés. Et, qu'on le note bien, Bar le reclame avec raison, ce fut, dès sa première forme, un instrument réellement original.

Il empruntait au céphalotribe sa puissance d'action; au cranioclaste, sa sûreté de prise. Tel qu'il est maintenant avec ses trois branches, dont l'une perfore et dont les deux autres, grâce à leurs vis indépendantes, permettent de broyer en deux temps successifs pour procéder ensuite à l'extraction, le basiotribe de Tarnier est, on peut le dire, avec Bar et Budin, « un instrument parfait et l'embryotomie céphalique est aujourd'hui devenue, grâce à lui, une des interventions les plus faciles et les plus sûres de l'obstétrique. »

Quant au forceps Tarnier, c'est un instrument de premier ordre dont la genèse et les destinées seront toujours instructives à repasser. C'est en 1873, pendant son séjour à Hyères, que Tarnier l'a conçu. Quatre ans plus tard, le 23 janvier 1877, il en a donné la théorie et détaillé les mérites dans un mémoire remarquable par sa déductive lucidité. Il y dénonce, d'abord, comme « véritable hérésie scientifique », les doutes qu'on pourrait avoir sur la nécessité de « donner aux tractions faites sur le forceps la direction de l'axe du canal que la tête fœtale doit traverser ». Il continue, en montrant combien il serait avantageux, « surtout pour les jeunes accoucheurs, d'avoir un forceps muni d'une aiguille indicatrice qui pût guider l'opérateur et lui indiquer automatiquement, et à chaque instant, dans quel sens il doit diriger ses tractions. » « Un pareil perfectionnement, dit-il, en concluant, n'est pas impossible à réaliser... » Et il le réalisa merveilleusement.

Le forceps qu'il fit alors construire donnait déjà la solution du problème qu'il s'était posé avec un degré d'approximation remarquable. Les perfectionnements vinrent ensuite et, transformant sans cesse son invention première, Tarnier nous donna bientôt l'excellent instrument qui est maintenant dans les mains de tous les accoucheurs. C'est lui qui a servi de modèle à tous les forceps construits depuis, et qui tous reposent sur ces trois principes : tractions dans l'axe, mobilité de la tête, aiguille indicatrice.

L'aiguille ! La fameuse aiguille ! Ce nom seul remet en mémoire les polémiques de l'époque et surtout les deux articles publiés par Pajot dans les *Annales de gynécologie*, avec toutes les saillies de sa verve coutumière. La dernière en date s'intitulait, vous vous en souvenez : « La seconde au forceps à aiguille, » et, certes, peu de discussions contiennent en leurs dossiers document plus incisif et plus spirituel.

Mais l'esprit n'a pas grand'chose à faire avec la meilleure manière de tirer dans l'axe d'une femme qui accouche, et si le célèbre Pajot sut nous mettre en gaieté par la parodie d'un vers connu : « Rien n'est bien que Levret, Levret seul est aimable, » il fut moins heureux dans son argumentation d'accoucheur. Tarnier, du reste, ne répondit qu'à sa première attaque, il le fit avec le calme et le sang-froid dont il ne se départissait jamais, et « La seconde du forceps à aiguille » le laissa indifférent. Le simple bon sens, les faits, la vulgarisation rapide de son instrument répondirent pour lui. Et j'imagine qu'à cette heure, ses premiers adversaires seraient eux-mêmes édifiés. Si nous avions encore le bonheur de pouvoir les entendre, Pajot, sûrement, ne parlerait pas plus du forceps à aiguille que Depaul du guide-âne des accoucheurs.

A leur tour, les écrits de Tarnier fixent d'une manière non moins probante le sens clinique supérieur qui lui valut sa renommée.

Sans même parler encore de ses travaux sur l'infection puerpérale, les notes anatomo-pathologiques et chirurgicales qu'il a présentées à la Société anatomique et à la Société de chirurgie, la contribution qu'il a prise à la puériculture par ses communications académiques sur l'allaitement et l'hygiène des nouveau-nés, ses leçons d'ouverture, sa préface au *Traité de gynécologie* de Hegar et Kaltenbach, ses publications successives sur le retournement de la muqueuse rectale comme moyen d'exploration, les tumeurs fibreuses, l'opération césarienne, l'amputation utéro-ovarique, la symphyséotomie et sur tant d'autres sujets intéressants... tout ceci forme, en vérité, le plus imposant ensemble.

Parmi tous ces travaux, dont plusieurs sont marqués au coin de la plus réelle originalité, il convient de mettre en première ligne : sa collaboration au classique traité d'accouchement de Cazeaux dont il a fait une œuvre pour ainsi dire personnelle; ce qu'il a écrit dans les troisième et quatrième livraisons de l'atlas Lenoir, Sée, Tarnier sur le mécanisme de l'accouchement et les opérations obstétricales; enfin, ses articles de vulgarisation, dans le Dictionnaire Jaccoud, sur le forceps, l'embryotomie et quelques autres sujets. Ce sont de véritables modèles. On sait, enfin, qu'à la veille de sa mort il travaillait encore au traité d'accouchements dont il avait commencé la publication avec Chantreuil, puis avec Budin, et dans lequel il rêvait de condenser les enseignements de sa longue expérience.

C'est là, n'est-il pas vrai, plus qu'il n'en faut pour affirmer la valeur du chef d'école et pour montrer combien les disciples, maintenant chargés de conserver, à l'obstétrique

française, sa place d'avant-garde, ont raison de glorifier leur maître en lui donnant une place d'honneur dans la grande famille des Moriceau, des Levret, des Baudelocque, des Paul Dubois et des Pajot.

Mais j'ai hâte d'arriver au plus grand titre de gloire de Tarnier, à la raison d'être essentielle de sa haute supériorité.

Cette raison d'être, merveilleuse et vraiment superbe, c'est la vision qu'il eut, dès le début de sa carrière, sur les causes de l'infection puerpérale; c'est d'avoir lutté, pendant vingt ans, pour démontrer que les infections puerpérales sont contagieuses; c'est enfin d'avoir consacré les efforts de toute sa vie à trouver les plus sûrs moyens d'éteindre ce fléau.

En 1856, sur 2 237 femmes entrées à la Maternité, on en voyait mourir 132, soit 1 sur 19, et lorsque l'interne Stéphane Tarnier déplorait, devant ses maîtres, cette mortalité terrible, lorsqu'il se lamentait de certaine série plus effroyable encore qui lui avait permis de relever, en dix jours du mois de mai, 31 morts sur 32 accouchements de femmes jeunes, saines et bien portantes, les Delpech, les Danyau, les Paul Dubois lui répondaient simplement : « Ce qui se passe à la Maternité se passe en ville, l'épidémie règne partout... Cela a toujours été ainsi et cela sera toujours. » Tant et si bien qu'ils ne redoutaient même pas de procéder à l'examen des malades en sortant des amphithéâtres d'autopsie.

Comme encouragement, c'était médiocre. Mais la réponse avait au moins un mérite : celui de contenir exactement le contre-pied de la vérité. Et c'est peut-être, comme le dit Tarnier, le triste fatalisme d'un pareil renoncement, qui lui mit au cœur l'ardente volonté « de découvrir la cause des épidémies de fièvre puerpérale et de trouver les moyens de lui porter remède ». Voilà le début. Vous savez le reste assez bien pour que sa rapide évocation suffise.

Une fois maître de son observation première et fondamentale, sur la certaine contagiosité des infections puerpérales, qui ne tuait qu'une femme sur 382 accouchées, aux alentours de la Maternité, alors qu'au sein du vieil établissement, encombré et sale, la mortalité moyenne était de 1 sur 19, il donne, dans sa thèse inaugurale, la preuve irréfutable que le fameux « génie épidémique », devant lequel on s'inclinait avec des points d'exclamation en guise d'antiseptique, n'était qu'un virus et que ce virus ne dépassait guère les murs de l'hôpital.

L'année suivante, il reprend la même démonstration dans son traité sur la fièvre puerpérale et les travailleurs de tous pays lui répondent aussitôt. Tribuchet à Paris, Barns à Londres (1858), Credé à Leipzig (1860), Huggenberger à Saint-Pétersbourg (1863), Spaelh et Braun à Vienne (1864), Malgaigne et Le Fort, pour n'en citer que quelques-uns, viennent tour à tour confirmer le fait que la mortalité était plus considérable dans ces hôpitaux qu'en ville.

Plus heureux que l'Américain Samuel Kneeland qui avait cependant, dès 1846, parlé de la contagion en termes très précis, et que Semmelweis (de Vienne), lequel avait si bien vu les choses que, « dès le mois de mai 1847, il obligea les étudiants à se laver les mains avec une solution de chlorure de chaux, et à faire usage de la brosse à ongles avant de pratiquer un examen ou un accouchement. » Tarnier a donc, au début même de ses efforts, la satisfaction de se voir écouté, compris et soutenu. Il se console ainsi bien vite des critiques académiques provoquées par ses assertions premières, et après treize ans d'efforts, dès le 28 février 1870, il peut enfin, comme chirurgien en chef de la Maternité, organiser les services et prendre les dispositions conformes à ses idées sur la contagion, réserver l'infirmerie aux femmes malades, leur consacrer un personnel distinct, défendre à l'interne du service l'accès des salles d'autopsie, construire enfin un pavillon avec chambres séparées.

Le résultat ne se fait pas attendre. La mortalité, qui s'était maintenue à plus de 9 p. 100 de 1858 à 1870 (93 morts pour 1000 accouchements), tombe aussitôt, par le seul fait de l'isolement, à 2,32 p. 100.

A ce moment précis et seulement après la réalisation de cette première et considérable victoire, Pinard souligne le fait à bon droit, la métamorphose naissante des méthodes chirurgicales vient apporter ses armes nouvelles et toute-puissantes.

Je crois savoir qu'au début même des innovations listériennes, Tarnier eut peut-être quelques hésitations. Ses convictions premières sur la prépondérance de la contagion par l'air et sur l'importance primordiale du milieu dans les succès opératoires lui en donnaient bien un peu le droit. D'autant qu'en se guidant sur ses seules données il avait pu réaliser des progrès considérables. Mais ce maître avait une perspicacité trop lucide pour ne pas distinguer sans retard la bonne route, et pendant que Depaul continue à trouver que la contagion est un mot et que l'acide phénique sent, par surcroît, fort mauvais, Tarnier s'empresse, au contraire, de prendre une part personnelle autant qu'active au si beau combat dont notre collègue Lucas-Championnière conduisait si vaillamment les premiers engagements. Il serait même injuste de ne pas rappeler ici que ce dernier chirurgien, alors accoucheur, obtenait de son côté de parfaits résultats et une mortalité réduite à moins de 1 p. 100, en appliquant, à la Maternité de Cochin, les principes de Lister sur l'indifférence du milieu chirurgical et sur la toute-puissance de l'acide phénique, principes dont il ne s'est jamais départi.

Mais Tarnier avait fait lui-même la trop évidente démonstration de l'importance du milieu pour penser de même. Loin de se cantonner dans un seul moyen de défense, il devait être naturellement conduit à les associer tous, et c'est, en effet, dans cette voie féconde qu'il s'engage aussitôt, avec la résolution de tout faire désormais pour mettre à profit les progrès combinés de l'hygiène, de l'asepsie et de l'antisepsie.

Les élèves du maître, Doléris, Bar, d'autres encore, travaillent de leur côté, les propriétés comparatives du sublimé et des autres substances antiseptiques sont étudiées de près, les perfectionnements de toutes natures se multiplient et bientôt la mortalité tombe encore plus bas. Elle n'est plus que de 1 p. 100. Ces simples chiffres montrent, mieux que tous les discours, le chemin parcouru par Tarnier, depuis sa thèse inaugurale de 1857 jusqu'à son traité de l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique daté de 1894.

Les jeunes qui font aujourd'hui leur première entrée dans une Maternité bien construite et bien dirigée, sont un peu comme les débutants de la chirurgie à la vue d'une première opération bien conduite. Ce qu'ils voient leur semble tout naturel, ils n'imaginent pas qu'on ait jamais pu faire autrement, et leur impression, du reste, ne saurait surprendre. Si injuste qu'elle puisse être, en général et dans le cas particulier, elle n'est pas moins très humaine.

En présence des grandes vérités génératrices des grandes découvertes, on s'étonne volontiers de les avoir si longtemps méconnues, d'autant que le vrai, presque toujours fort simple, n'a pas coutume de se rencontrer au milieu des complications, ou des sophismes dont certaines intellectualités se complaisent à embrouiller toutes choses.

L'œuvre de Tarnier en donne une fois de plus la preuve. Quoi de plus simple, en vérité, que de constater que la mortalité des femmes en couche était moindre à la ville que dans les hôpitaux, c'est-à-dire, moindre chez les femmes isolées que chez les femmes agglomérées? Rien au monde, assurément. C'était, de même, très naturel de partir de cette observation première, pour en induire à la fois que le fléau se propageait par contagion, et qu'il fallait le combattre par l'isolement. Oui, sans doute. Aussi simple et aussi naturel que de trouver le vaccin variolique après avoir su voir que la variole épargne les gens qui ont contracté le cow-pox en trayant les vaches.

Mais ces simplicités-là s'appellent le génie d'observation, et c'est malheureusement une loi très humaine aussi de voir les inductions qu'elles inspirent se heurter, d'abord, à toutes les incrédulités, comme à tous les mauvais vouloirs. Et, certes, Tarnier n'a pas manqué d'en faire, à son tour, l'expérience. Comme beaucoup d'autres novateurs, il a vu, d'abord, le parti pris lui barrer le chemin. Peut-être même a-t-il trouvé là, lui aussi, les meilleures conditions de viabilité pour ses idées. Ces premiers obstacles ne pouvaient, en effet, que l'inciter à faire ses preuves avec plus de perfection. En tous cas, il a superbement triomphé.

« Voyez donc! écrit-il lui-même, à l'origine, il mourait, à la Maternité, une accouchée sur dix : j'obtiens l'isolement des malades, et aussitôt la mortalité diminue, et il ne meurt plus qu'une femme sur cinquante ; puis, quand l'asepsie est appliquée, il n'en meurt plus qu'une sur cent. Ces chiffres sont d'une éloquence devant laquelle toute contradiction est impossible. » Ils sont même la plus claire expression de ces vingt ans la lutte persévérante, de cette véritable épopée dont les trois phases se déroulent avec tant de netteté, que Tarnier se plaisait à les schématiser par trois colonnes noires, verticalement juxtaposées sur un même tableau.

La colonne de gauche, haute, très haute, représente l'effrayante mortalité des femmes en couche, durant ce que Tarnier appelait la période d'expectation, c'est-à-dire d'inaction. « A la suite, vient une colonne beaucoup plus petite, celle de la mortalité à l'époque où on isole les malades sans faire d'antisepsie ; tout à fait à droite, enfin, la très petite colonne correspond à l'antisepsie. » Sans doute, il nous la faudrait beaucoup plus petite, la toute petite colonne. Le monstre qu'elle symbolise vit encore et, certes, aujourd'hui comme autrefois, impuissants à l'exterminer tout à fait, nous ne devons rien négliger pour assurer avec la plus inexorable sévérité son étroite séquestration. Mais le schéma que je rappelle n'est pas moins rassurant, vrai et saisissant.

D'un simple coup d'œil on y voit l'œuvre maîtresse de Tarnier et ses droits à notre reconnaissance.

En mode de conclusion il me sera, je pense, permis de dire maintenant que, parmi les élus de la vie, il en est peu qui aient su, comme Tarnier, pérenniser leur souvenir d'aussi légitime façon. Les fleurs oratoires sont inutiles à la belle couronne que ses œuvres seules lui ont tressée et ses titres de haute noblesse scientifique se réduiraient-ils à ceux qu'il a conquis dans sa lutte victorieuse contre l'infection puerpérale, qu'ils suffiraient grandement à lui garantir pour toujours l'admiration de ses pairs et la gratitude des hommes.

Quant à nous, si le dernier salut que notre compagnie se fait aujourd'hui gloire d'adresser au professeur Tarnier, venait à réveiller un peu nos ressentiments contre les hommes ou les choses qui nous ont ravi pour jamais tout moyen de satisfaire nos appétences obstétricales possibles, le souvenir de notre ancien président nous aiderait bien vite à chasser toute pensée de rancune. Il nous inspirerait même un sentiment de nature très différente.

Grâce à Tarnier nous gardons, en effet, le droit précieux de pouvoir affirmer toujours, que si la race des chirurgiens accoucheurs n'est plus, ce n'est point du tout, ainsi qu'il arrive, parce que ses derniers rejetons furent insuffisants, dégénérés ou distrophiques. C'est, au contraire, en pleine et vivante sève qu'elle se vit faucher. Et, n'en déplaise à ceux qui lui portèrent les derniers coups, lorsque vint ainsi, pour elle, l'heure de renoncer à tout lendemain, il est bien vrai qu'elle sut, en guise de revanche, échapper à la fin misérable que, sans doute, on lui souhaitait, pour s'éteindre, à la manière d'un beau jour, sous les chauds rayons d'un lumineux soleil couchant.

Cette lecture a été accueillie par des applaudissements unanimes et prolongés, et notre sympathique confrère, M. Segond, a reçu ensuite les félicitations personnelles des auditeurs et des auditrices.

REVUE DES THÈSES

L'hypotension artérielle et sa valeur clinique dans les états toxiques et infectieux, par M. le docteur Georges Reynaud. (Th. de Paris, 1901.)

Fort intéressante thèse que nous ne ferons que signaler, M. Reynaud ayant déjà mis nos lecteurs au courant de la question dans la Revue générale qu'il a publiée dans la *Gazette des hôpitaux* en mai 1900, en collaboration avec M. Olmer, sur la pression artérielle et ses variations à l'état de santé et dans les maladies. M. Reynaud résume actuellement la question dans les conclusions suivantes :

« L'impression première qui se dégage de l'ensemble de nos recherches est que l'abaissement de la tension artérielle se manifeste d'une manière à peu près constante dans les états toxiques et infectieux les plus différents.

Indépendamment de l'intérêt qu'elle présente au point de vue scientifique, l'étude de ce phénomène peut fournir pratiquement des données très importantes.

Tout en faisant la part des prédispositions et des résistances individuelles, on peut dire que l'hypotension exprime le plus souvent la mesure du degré d'imprégnation de l'organisme par les éléments toxiques, et cela quels que soient la nature et le mode d'action des influences morbides provocatrices.

Elle reflète en outre fidèlement, dans la plupart des cas, l'état cardio-vasculaire, à la condition, cependant, de ne point l'envisager d'une manière isolée, de ne pas établir des chiffres absolus à la façon d'une barrière infranchissable, mais de la rapprocher avec soin des autres signes qui l'accompagnent d'ordinaire.

Toutefois certains de ces symptômes, et même des plus importants, peuvent faire défaut, ou n'être décelables qu'à une période tardive, ou bien encore ne donner que des no-

tions insuffisantes, et parfois même trompeuses, sur la nature et sur la gravité du processus.

Dans ces cas-là la recherche systématique du symptôme hypotension, grâce à la précocité de son apparition et à la constance de ses caractères, peut encore aider puissamment au diagnostic, au pronostic et au traitement.

Au point de vue du diagnostic, en effet, la connaissance de ce symptôme est d'une incontestable utilité dans certains cas douteux de tuberculose pulmonaire, où sa présence précède souvent celle de tout signe stéthoscopique; dans certaines pleurésies de nature indéterminée, où sa persistance, après la résorption complète de l'épanchement, semble révéler l'origine bacillaire de la lésion pleurale; enfin dans certains cas hésitants de cirrhose atrophique, où les signes physiques se trouvent voilés par l'abondance de l'ascite, son existence peut empêcher la confusion avec une autre affection abdominale.

Au point de vue du pronostic : de même que le relèvement plus ou moins rapide de la courbe coïncide d'ordinaire avec la disparition des phénomènes morbides et avec les progrès de la convalescence, de même la précocité et la persistance d'une hypotension considérable, au cours d'une affection toxi-infectieuse, indique toujours un état grave dont l'issue peut devenir fatale, même sans complications véritables.

En outre, un écart subit, en plus ou en moins, de la courbe hypotensive peut être l'indice précurseur d'un accident ou d'une complication redoutable, même en l'absence de tout autre symptôme ayant une signification fâcheuse.

C'est ainsi, pour citer des exemples, que, pendant l'anesthésie par le chloroforme ou par l'éther, l'imminence d'une syncope est toujours annoncée par une chute brusque de 2 ou 3 degrés qui s'accentue encore avec les progrès des troubles asphyxiques.

De même, dans certaines intoxications et au cours des maladies infectieuses, une exagération soudaine de la dépression sanguine, précédée quelquefois d'une élévation passagère, annonce bien souvent, soit le retour de nouveaux accidents toxiques, soit l'apparition d'une complication plus ou moins grave : hémorragie intestinale, collapsus, bronchopneumonie, péritonite, etc.

Ces constatations, qui mettent si bien en évidence la fréquence et les dangers des troubles cardiaques et vasculaires dans les états toxiques et infectieux les plus variés, constituent une source importante et même capitale d'indications thérapeutiques. Elles permettent de lutter de bonne heure et utilement contre les perturbations fonctionnelles et organiques les plus complexes, par l'application d'une médication rationnelle qui, tout en visant l'intoxication générale, doit être avant tout cardio-tonique et vaso-motrice. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — *Conseil général (séance du 16 janvier* 1902). — M. le secrétaire général donne lecture des lettres qu'il a écrites à M. le président du syndicat de Nîmes, en vue de faciliter la création d'une nouvelle société locale dans cette ville. Après avoir demandé l'avis de M. Liouville, le Conseil approuve les décisions prises.

Une société est en voie de formation à Tunis. Le secrétaire général a promis l'appui du Conseil dans les cas où surviendraient quelques difficultés pour son organisation (approuvé).

Après discussion, le Conseil approuve le règlement relatif à la tenue des assemblées générales et au mode de votation. Copie de ce règlement sera envoyée à tous les présidents, secrétaires et délégués des sociétés unies.

Après un échange de vues entre plusieurs membres du Conseil, il est décidé que M. Liouville sera prié de rédiger un règlement, qui fixera les conditions dans lesquelles seront accordées des subventions aux caisses annexes et la quotité annuelle des sommes mises à la disposition de ces caisses.

M. Lereboullet rappelle que l'assemblée prochaine sera appelée à discuter la réforme de l'annuaire. Il demande au Conseil de se préoccuper des réponses qu'il conviendra de faire aux propositions déjà formulées dans les assemblées précédentes.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Lande, de Ranse, Philbert, Gross, Delvaille, Créquy, Thibierge, etc., il est décidé qu'une commission composée du bureau et de MM. Lande, de Ranse et Laugier, étudiera cette question.

Les appointements de l'agent comptable de l'Association sont fixés à 200 francs par mois.

M. le trésorier est autorisé à placer en obligations de chemins de fer 100 000 francs au compte de la caisse des veuves et orphelins et 15 000 francs au compte de la caisse des pensions viagères. — Des subventions s'élevant à 800 francs sont votées à diverses sociétés.

M. le trésorier annonce qu'il a reçu 16 demandes de pensions, et qu'il s'est produit 7 extinctions.

Sur la demande de M. Blache, il est décidé qu'une circulaire relative à l'état moral et financier de l'Association sera envoyée à tous les médecins qui ne font pas partie de l'Association.

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la cinquième semaine, 881 décès au lieu de 988 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1023.** L'état sanitaire est donc de plus en plus satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 9 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente et de la moyenne 6. Le chiffre des cas nouveaux est resté à peu près stationnaire (83 au lieu de 79).

La variole a causé 5 décès, au lieu de 6, 7 et 6 pendant les précédentes semaines; le nombre des cas nouveaux signalés à la Préfecture de police reste le même (33 au lieu de 32).

A *Londres*, il y a eu, pendant la quatrième semaine, 34 décès par variole (au lieu de 55 pendant la troisième semaine).

L'Office du registre général à Londres enregistre les décès par variole qui se sont produits depuis le début de la présente épidémie jusqu'au 11 janvier 1902.

Le tableau qu'il publie montre que, parmi les enfants et jeunes gens de moins de vingt ans, non protégés par la vaccination, il y en a 100 qui sont morts de la variole dans ces derniers temps tandis qu'il n'en est mort que 4 parmi ceux du même âge qui furent vaccinés pendant leur enfance. Il y en eut 5 pour lesquels la preuve de la vaccine fut insuffisante pour être admise; si on va jusqu'à admettre qu'il faut compter ces 5 décédés parmi les vaccinés, les chiffres seront : *au moins* 100 décès parmi la population non vaccinée et *au plus* 9 décès parmi les vaccinés du même âge.

« Aux âges supérieurs à vingt ans, il y eut 30 décès de personnes qui, assurément, n'avaient pas été vaccinés, 126 de personnes vaccinées dans l'enfance, mais non revaccinées, et 3 de personnes revaccinées; dans chacun de ces trois cas, la revaccination datait de plus de dix ans, et dans 2 d'entre eux, il est douteux que l'opération ait réussi. Il y a aussi 32 cas à cet âge dans lesquels la vaccination n'a pu être définitivement prouvée; dans 24 de ces cas, des déclarations ont été faites pour établir que les décédés avaient été vaccinés, mais, dans aucun d'entre eux, il n'a été allégué que le décédé eût été revacciné. »

En résumé, cet intéressant tableau montre que tous les enfants morts de variole après vaccine, avaient été vaccinés au cours de la maladie, ce qui revient à peu près à dire qu'ils ne l'avaient pas été. *Pas une seule personne vaccinée ou revaccinée depuis moins de dix ans* n'est morte de variole depuis le début de l'épidémie.

La rougeole a causé 9 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 12 pendant la quatrième semaine; la scarlatine 2 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 1 pendant la semaine précédente; la coqueluche a causé 9 décès, au lieu de 10 pendant la semaine précédente et de la moyenne 6; la diphtérie, enfin, n'a causé que 11 décès, au lieu de 24 pendant la semaine précédente; ce chiffre, qui se rapproche de la moyenne de la saison 7,

accuse une diminution considérable concordant avec une diminution moins marquée dans le nombre des cas nouveaux (147 au lieu de 167).

La diarrhée infantile a causé 20 décès de 0 à 1 an, au lieu de 24 pendant la quatrième semaine et de la moyenne 26.

En outre, 29 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies des organes de la respiration ont causé 147 décès, au lieu de 174 pendant la semaine précédente et au lieu de 232, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre, très modéré, comme on voit, se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 12 décès (au lieu de la moyenne 23); bronchite chronique, 22 (au lieu de la moyenne 33); pneumonie, 31 (au lieu de la moyenne 55); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 82 (au lieu de la moyenne 121), dont 34 sont dus à la congestion pulmonaire et 38 à la broncho-pneumonie. En outre, 4 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 208 décès ; la méningite tuberculeuse, 17 décès ; la méningite simple, 21 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 14 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 39 décès; les maladies organiques du cœur, 52; le cancer a fait périr 45 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 5 décès; la cirrhose du foie, 11; la néphrite, 23; enfin, 34 vieillards sont morts de débilité sénile.

La surtaxe des alcools et les pharmaciens. — Un récent jugement du président bien connu du tribunal de Château-Thierry, M. Magnaud, vient de donner à cette question une solution qui ne manque pas d'intérêt.

L'administration des contributions indirectes avait fait décerner, le 25 mars, à Château-Thierry, contre des pharmaciens, des contraintes tendant au payement de droits complémentaires sur les alcools en leur possession. Ces pharmaciens formèrent opposition auxdites contraintes et en demandèrent la nullité.

Le susdit jugement a fait droit à cette demande, et a condamné l'administration aux dépens. En voici les considérants d'après la *Tribune médicale*.

Attendu que la loi du 29 décembre 1900, article 17, dispose « que les commerçants et dépositaires d'alcool établis en tous lieux seront tenus de déclarer au bureau de la régie les quantités d'alcool existant en leur possession. Ces quantités seront ensuite reprises par voie d'inventaire ; les assujettis qui auront chez eux de l'alcool dont les droits ne seront pas acquittés pourront les régler sur la base des nouveaux tarifs au moyen d'obligations cautionnées d'un à trois mois de terme; les non-entrepositaires pourront également être admis à présenter pour l'acquittement des taxes complémentaires des obligations dûment cautionnées »;

Attendu que les pharmaciens, s'ils sont commerçants parce qu'ils achètent certains produits pour les revendre tels qu'ils leur ont été livrés, ne sont ni commerçants d'alcool ni dépositaires d'alcool; que, s'ils détiennent ce produit dans leurs officines, ce n'est pas pour en tirer bénéfice en tant que dépositaires, mais parce qu'il entre en plus ou moins grande quantité dans la confection de certains remèdes auxquels il sert soit de base, soit d'accessoire, soit de dissolvant; qu'ils ne sauraient, en conséquence, être assujettis aux droits complémentaires de consommation établis par la loi du 29 décembre 1900 sur les alcools; que, pour décider dans ce sens, il suffit, d'ailleurs, de se rappeler que la surtaxe de l'alcool imposée par cette loi n'a été que la conséquence du dégrèvement des boissons hygiéniques;

Attendu qu'il serait vraiment singulier d'admettre que le législateur, en votant cet utile et hygiénique dégrèvement en faveur du bien-être général et de la santé publique, ait voulu, par une surtaxe sur l'alcool, surélever indirectement le prix déjà si onéreux pour les pauvres gens des remèdes immédiats que peut nécessiter cette même santé publique quand elle est compromise ; qu'il en résulterait que la seconde de ces mesures détruirait les salutaires effets de la première, contradiction déplorable dans laquelle le législateur n'a certainement pas voulu tomber;

Attendu, en conséquence, que, pour les alcools détenus par les pharmaciens et servant spécialement à la fabrication ou préparation des remèdes, la surélévation de taxe imposée par la loi du 29 décembre 1900 ne saurait recevoir son application.

La Ligue contre la mortalité infantile. — Il vient de se former à Paris, sous le titre de « Ligue contre la mortalité infantile », une société d'études, de propagande et d'action, destinée à combattre, par tous les moyens possibles, la mortalité excessive et évitable des enfants du premier âge.

La Ligue contre la mortalité infantile se propose de provoquer la création ou de favoriser le développement des œuvres d'initiative privée sur tous les points du territoire où l'examen des statistiques lui en démontrera la nécessité. Loin de vouloir se substituer à aucune des œuvres qui ont pour objet la protection et l'assistance de la première enfance, elle s'efforcera, au contraire, d'appeler l'attention sur leur existence et leurs bienfaits.

La Ligue se propose de faire appel, s'il y a lieu, à l'intervention des pouvoirs publics; elle a notamment l'intention de rechercher, avec le concours des administrations et des médecins, les causes de l'excès de mortalité infantile dans un grand nombre de localités; elle préconisera, suivant les résultats de ces enquêtes locales, les différents moyens à employer ; elle se mettra à la disposition des municipalités et des initiateurs pour aider à la fondation de refuges-ouvroirs, de maternités hospitalières, de sociétés d'assistance maternelle à domicile, de mutualités maternelles, de secours d'allaitement maternel, de consultations de nourrissons, de gouttes de lait, de crèches et dispensaires, de patronages, etc., pour propager et faciliter la distribution de lait stérilisé, pour organiser des conférences d'éducation maternelle; en un mot, pour coopérer à toutes les institutions et œuvres ayant pour but la protection des mères nécessiteuses et des nourrissons élevés dans leurs familles, placés en nourrice, protégés, secourus, assistés.

La Ligue fera tous ses efforts pour répandre les notions d'hygiène infantile et d'élevage rationnel des enfants du premier âge; elle centralisera tous les documents français et étrangers y relatifs; elle publiera des notices et des brochures; elle répondra à toutes les demandes de renseignements; elle prendra, en un mot, toutes les mesures utiles de propagande et de vulgarisation.

Parmi les premiers adhérents, nous relevons les noms de :

MM. le prince d'Arenberg, député, président de la Société philanthropique; docteur Budin, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine; Paul Strauss, sénateur; L. Bruyère, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique de France; docteur Fournier, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine; Duclaux, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut Pasteur; Jonnard, député, ancien gouverneur de l'Algérie; Josias, membre de l'Académie, médecin de l'hôpital Bretonneau; docteur Léon Labbé, sénateur; Sabran, président du Conseil d'administration des hospices à Lyon; Charles Risler, maire du VIIe arrondissement de Paris, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris; Théophile Roussel, sénateur; docteur Grancher, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine; docteur Variot, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Le comité d'initiative a constitué un bureau ainsi composé :

Président : M. Th. Roussel; vice-présidents : MM. Paul Strauss et Pierre Budin; secrétaires : MM. les docteurs Josias et Variot; trésorier : M. le docteur Henri de Rothschild.

Toutes les demandes d'adhésions et de renseignements peuvent être adressées au siège social de l'œuvre, 7, rue Mondovi.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Nº 17. — MARDI 11 FÉVRIER 1902. 75e ANNÉE. MARDI 11 FÉVRIER 1902. — Nº 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE MÉDICALE — HOPITAL LAENNEC

LES PURPURAS INFECTIEUX PRIMITIFS ET LES PURPURAS SECONDAIRES

Par M. HIRTZ, médecin de l'hôpital Laënnec (1).

Vous avez pu voir récemment dans le service un cas intéressant de purpura infectieux primitif. Je vais vous rappeler l'histoire de cette malade, dont l'observation a été prise avec soin par Mme Granjean. C'était une jeune fille, ayant des antécédents héréditaires et personnels également bons, n'ayant fait aucune maladie antérieurement. Il y a quelque temps, elle éprouvait un premier surmenage en soignant sa mère malade, qu'elle veillait jour et nuit. Immédiatement après elle entrait en service, à Paris, chez une personne atteinte d'une plaie suppurée de la jambe, faisait les pansements de cette malade et lavait les linges souillés par la plaie. Il y a là des circonstances qui permettent d'invoquer à l'origine de la maladie dont elle fut atteinte deux causes : le surmenage d'abord, l'infection ensuite. La malade a commencé, à la suite des fatigues dont nous venons de parler, à ressentir de la lassitude, des maux de tête; elle eut quelques selles sanglantes ; ces symptômes s'aggravant s'accompagnèrent bientôt de vomissements et de vertiges et elle fut obligée de s'aliter. A cette époque, ses règles, qui étaient en retard, reparaissent très abondantes, et en même temps la malade ressent des douleurs très vives dans la fosse iliaque gauche. Elle avait de la fièvre, de l'anémie et toutes les apparences d'une fièvre typhoïde. A son entrée à l'hôpital, les symptômes principaux que l'on observe sont les suivants : la malade se plaint de la gorge; ses lèvres sont rouges, desséchées; sa langue présente une rougeur scarlatiniforme, ainsi que le voile du palais. On remarque aux oreilles un eczéma suintant qui pourrait avoir été la porte d'entrée de l'infection purpurique; mais à ce moment il n'y avait guère de taches purpuriques qu'à l'extrémité des ongles. La malade avait une inappétence complète, éprouvait des douleurs à la déglutition, avait des nausées et des vomissements. Elle avait des douleurs abdominales exagérées à la pression, surtout dans la fosse iliaque gauche. L'urine présentait une quantité notable d'albumine. La température, qui était de 38 degrés à son entrée, monta à 40° 2. Au bout de quelques jours, et après une amélioration passagère de l'état général qui semble le résultat du traitement par les bains, le bras et l'avant-bras se couvrent de pétéchies, l'état général s'aggrave et la malade décède après une nuit très agitée où elle semble avoir eu un peu de délire.

A l'autopsie, faite le 23 janvier dernier, nous trouvons les reins extrêmement congestionnés, présentant à leur surface des milliers de petites taches purpuriques; le foie, volumineux, est en état de dégénérescence graisseuse et présente des taches ecchymotiques. On trouve encore des taches pétéchiales dans les poumons, surtout le droit. Fait curieux à noter, dans une maladie infectieuse comme celle-ci, la rate offre un volume et une consistance à peu près normaux et aucune tache purpurique. Le péricarde présente des ecchymoses multiples en tous ses points ; l'endocarde en présente seulement dans les cavités droites. Le cœur est en systole. Les centres nerveux sont intacts.

A l'ouverture de l'estomac, on constate des pétéchies confluentes disposées sous forme de vergetures. L'intestin grêle présente plusieurs ecchymoses dont une atteint la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Il n'y a pas de lésions des plaques de Peyer. Le gros intestin offre des plaques purpuriques surtout vers l'S iliaque et le rectum.

Le diagnostic, à propos de cette malade, avait été quelque temps hésitant, car on pouvait mettre en question, au début, la scarlatine, la variole hémorragiques, etc., et, en somme, il n'y avait que les pétéchies sous-unguéales et intra-buccales qui nous mirent sur la trace de l'affection dont la malade était atteinte. En somme, il s'agit là d'un cas de purpura infectieux *surtout localisé aux muqueuses et aux séreuses*, sans qu'il y ait lieu d'en faire une variété morbide spéciale.

Je désire, à propos de cette observation, vous parler des diverses formes sous lesquelles on peut observer le purpura infectieux primitif et vous rappeler brièvement les diverses variétés de purpuras secondaires.

On a décrit un certain nombre de variétés de cette maladie. Dans la *forme foudroyante* de Hénoch, qui frappe les jeunes enfants, la maladie éclate brutalement avec une fièvre

(1) Leçon recueillie par M. le docteur Laporte.

intense et le corps se couvre dès le premier ou le deuxième jour d'ecchymoses et de taches purpuriques, accompagnées de bulles qui peuvent devenir gangréneuses. Le malade est plongé dans le coma, ou bien a du délire, des convulsions et succombe rapidement. Hervé cite un cas de mort en cinq jours. C'est là un maximum; souvent la mort survient dans l'espace de quelques heures.

Puis vient la *forme aiguë typhoïde :* la température atteint rapidement 40 degrés. En même temps on observe de la courbature, une céphalée intense, de la constipation, des nausées, quelquefois des vomissements, alimentaires ou bilieux.

Au bout d'un à trois jours on voit apparaître des hémorragies cutanées plus ou moins confluentes et plus ou moins étendues, puis des hémorragies sous-muqueuses, enfin des épistaxis, du mélæna, de l'hématurie. Vidal a signalé (*France médicale*, 1878) un cas de purpura infectieux à forme typhique dans lequel les manifestations cutanées furent très discrètes tandis qu'il y avait des hémorragies intenses, notamment des hématuries et des hématémèses très abondantes. Ces hémorragies peuvent revenir par poussées. Dans certains cas, il y a des déterminations articulaires, des épanchements parfois purulents dans les jointures. Enfin, le purpura peut envahir les centres nerveux et donner lieu à des attaques apoplectiformes ou à des paralysies hémiplégiques.

La température offre une courbe très irrégulière, elle atteint généralement 40 degrés le soir et tombe à 38 degrés le matin. Il y a souvent une albuminurie très prononcée; la rate est souvent, non toujours, augmentée de volume. L'évolution de la maladie est assez rapide.

En général, quand elle doit tuer le malade, elle se termine en trois ou quatre semaines. Dans un tiers des cas environ, on observe la guérison. La convalescence est lente et le malade n'est pas à l'abri d'une poussée nouvelle et mortelle.

Dans une troisième forme, ou *forme subaiguë*, les phénomènes généraux sont beaucoup moins intenses, tout se réduit à des signes d'embarras gastrique fébrile, tels que : inappétence, nausées, diarrhée passagère, un peu d'albuminurie. A l'examen, on trouve quelques pétéchies discrètes sur la peau et les muqueuses. Au bout de quelques jours, l'état général s'améliore, la température baisse progressivement, et ce purpura sub-aigu typhoïde se termine en dix à douze jours; le malade guérit, mais sa convalescence traîne en longueur et il reste pendant un mois ou deux anémique.

Dans certains cas, ce purpura typhoïde peut se compliquer jusqu'au huitième ou dixième jour et donner lieu à un purpura ultra-grave; on peut comparer ces *purpuras aggravés* à l'ictère aggravé.

La question de la pathogénie du purpura infectieux est certainement l'une des plus intéressantes que soulève l'étude de cette maladie; et malheureusement elle n'est pas encore résolue. On a invoqué l'*infection paludéenne*; Mathieu, en 1883, et moi-même, en 1897, avons cité des observations de purpura chez des paludiques; mais il est impossible de faire de la cachexie palustre une cause directe du purpura.

Il faut faire intervenir d'autres conditions morbigènes. Ainsi dans le fait que j'ai rapporté avec Bernheim, en 1897, il s'agissait d'un malade très fatigué. Cet homme, âgé de quarante-deux ans, employé aux tabacs, avait eu la fièvre typhoïde, la variole, la diarrhée de Cochinchine et la malaria; il avait tous les ans des accès de fièvre intermittente. Au moment de son entrée, il sortait d'un de ces accès et éprouvait un état de courbature, des nausées, des frissons, des sueurs profuses; de prime abord, ce malade profondément affaibli offrait l'aspect de la maladie d'Addison, mais à l'examen, nous constatâmes au niveau des tibias, sur les avant-bras et à la base du cou, quelques rares taches purpuriques. Le foie était volumineux, la rate mesurait à peu près 17 centimètres. Le cœur présentait un souffle anémique. La formule leucocytaire qui fut établie avec soin chez ce malade montrait principalement une augmentation notable des mononucléaires neutrophiles. Sous l'influence du repos et d'une médication que je vous indiquerai tout à l'heure, il s'améliora et put quitter le service pour aller à Vincennes, mais là il fut repris de courbature et de fièvre au bout de quelques jours et succomba à une épistaxis intense.

Un autre fait que j'ai déjà publié se rapporte à une femme surmenée et mal nourrie qui tomba dans un état typhoïde et présenta des pétéchies sur tout le corps, sur les muqueuses, des hématémèses intenses, des épistaxis, et succomba en huit jours. Elle avait présenté de l'albuminurie.

Dans un autre cas, un homme soumis également à l'influence du surmenage et d'une mauvaise alimentation tombe dans un état cachectique et présente un purpura typhique sub-aigu, qui se termine par la guérison au bout de quinze jours.

En somme, la question de la pathologie reste obscure, car si nous voyons le rôle du surmenage, la cause exacte de l'infection nous échappe. Pour Hayem, il s'agirait d'une *toxhémie*, analogue à celle que provoque l'injection du sérum d'un animal sur un autre d'espèce différente, comme, par exemple, l'injection du sérum de bœuf au chien. Vous savez que, dans cette circonstance, il se produit, chez le sujet qui a subi cette injection, de l'accablement, des tremblements, des nausées, une diarrhée sanguinolente, de l'anurie ou de l'albuminurie intense, et à l'autopsie on trouve des infarctus hémorragiques disséminés, surtout dans l'intestin et dans la plupart des viscères. Ces infarctus seraient dus, d'après Hayem, à un phénomène qu'il appelle la « précipitation grumeleuse », c'est-à-dire une variété de coagulation causée par une sorte d'agglutination du sang étranger introduit, qui dépouillerait le sang de l'animal soumis à l'expérience de ses hématoblastes; c'est ce fait qui engendrerait toute la symptomatologie du purpura infectieux. Je n'ai pas besoin de vous rappeler que, pour cet auteur, les hématoblastes représentent les germes des globules rouges du sang. Ces organes joueraient un rôle considérable dans la pathogénie du purpura infectieux et de l'anémie pernicieuse profuse. Le purpura infectieux reconnaîtrait pour cause la disparition complète de ces hématoblastes dans le sang, et consécutivement des lésions graves qu'il compare à celles produites chez le chien par l'injection de sérum étranger. Certaines infections ou toxi-infections pourraient donner aux albuminoïdes normaux du sang des propriétés morbides.

Tous ne partagent pas cette opinion. Spilmann, en 1890, et Bernard, en 1896, ont prétendu qu'il y a dans le purpura une augmentation des hématoblastes.

D'un autre côté, on a trouvé souvent des agents infectieux : Hanot, Widal, etc., ont signalé le streptocoque; dans d'autres cas on a rencontré le staphylocoque, dans d'autres

le pneumocoque, le coli-bacille, etc. Mais dans un certain nombre de faits, toutes les cultures faites dans le but de rechercher l'agent microbien du purpura ont été négatives : tels sont les trois cas que j'ai publiés.

La pathogénie du purpura infectieux primitif n'est donc pas, à l'heure actuelle, élucidée.

Il existe un purpura infectieux secondaire qui peut compliquer certaines maladies infectieuses comme la *variole*, dont il constitue la forme hémorragique ; la *méningite cérébro-spinale*, le *typhus exanthématique*, la *fièvre jaune*, l'*ictère grave*. Les symptômes généraux typhiques, l'apparition des plaques pétéchiales et les hémorragies viscérales sont, comme dans la forme primitive, les caractères de ce purpura secondaire.

Il faut citer ensuite certaines variétés particulières, comme le *morbus maculosus*, décrit par Wehrloff en 1775. Cette maladie de Wehrloff ne reposait, en somme, que sur deux observations : la première concerne une jeune fille de dix-huit ans, la seconde une fillette de dix ans. Plus tard Wichmann ajoute de nouvelles observations. La maladie de Wehrloff débute en général brusquement par des éruptions purpuriques d'emblée, sous forme de stries ou de vergetures, dont on a voulu à tort faire la caractéristique de la maladie. Cette caractéristique, d'après Marfan, serait constituée par les *taches ecchymotiques* ; on observe en effet dans ces cas-là de véritables ecchymoses ; c'est une affection assez fréquente chez les très jeunes enfants, et on croirait que l'enfant a été roué de coups : c'est là un caractère intéressant de la maladie qui peut avoir son importance en médecine légale. Ces ecchymoses se montrent sur le dos, à la face antérieure du thorax, sur les membres inférieurs et supérieurs, et disparaissent au bout de deux ou trois semaines. On observe en même temps des épistaxis, des stomatorragies, des hémorragies gingivales, des hématémèses et exceptionnellement du méloena. L'état général reste bon, et cette maladie bénigne guérit en huit à quinze jours.

Certains auteurs, cependant, considèrent la maladie de Wehrloff comme une affection grave. Elle peut sévir épidémiquement sur les armées en marche, sous l'influence d'une fatigue excessive. Pour ma part, je considère qu'il est plus profitable de ranger ces formes graves parmi les purpura infectieux proprement dits, la maladie de Wehrloff répondant, au contraire, à des formes essentiellement bénignes.

Nous signalerons maintenant le *purpura rhumatoïde* ou *péliose rhumatismale* de Schœnlein, qui a été étudiée en France par Maximin Legrand. Cette affection se présente sous forme de poussées successives de purpura ; en même temps on constate de la fièvre, et, ce qui caractérise la maladie, des *arthropathies* avec *œdèmes* sous-cutanés ; ce purpura s'accompagne parfois de troubles gastro-intestinaux, tels que nausées, vomissements, rarement des hématémèses et du mélæna. Il est en général bénin et guérit en dix, quinze jours ou trois semaines.

Dans le *purpura myélopathique*, on voit également parfois des arthralgies, d'ailleurs tout à fait fugaces ; mais ce qui caractérise la maladie, c'est que l'éruption est essentiellement symétrique, ainsi que l'ont bien montré Faisans, Rendu, Testut, etc. Elle suit le trajet des nerfs ; et on observe en même temps une sorte d'érythème polymorphe, c'est-à-dire un ensemble de plaques d'aspects variés, les uns ortiées, les autres érythémateuses, papuleuses, etc., mêlés aux taches pétéchiales. Il y a en outre, parfois, des troubles de la sensibilité, consistant en hyperesthésie ou en anesthésie, notamment en thermo-anesthésie. La maladie, qui s'accompagne rarement de manifestations viscérales, est essentiellement bénigne. Elle survient au cours des affections médullaires, du tabes, de la syringo-myélie, du cancer du rachis, etc., on a signalé cette forme de purpura à la suite de la névralgie sciatique. Lancereaux a cité le fait d'une personne qui, à la suite d'une émotion violente et subite, eut un purpura généralisé aux téguments et aux muqueuses : ce fait doit évidemment rentrer dans le cadre des purpuras nerveux.

Il y a des purpuras d'origine *mécanique*, qui succèdent à des traumatismes d'ordres divers, qu'on peut voir survenir à la suite de piqûres de puces, par exemple, à la suite de quintes violentes chez les enfants atteints de coqueluche, chez les épileptiques, les ascensionnistes ; ces éruptions consistent en de petites sugillations essentiellement passagères. On peut citer, dans la même classe, le purpura qui accompagne les affections cardiaques, le *purpura sénile* ; ce dernier, en effet, bien que pouvant être rattaché à la cachexie, serait dû le plus souvent à des causes extérieurs : ainsi Cruveilhier avait fait remarquer que, si les vieilles femmes de la Salpêtrière présentaient fréquemment des éruptions purpuriques sur les avant-bras, cela tient à ce qu'elles se couchent volontiers sur ce membre réplié sous leur corps.

Les purpuras *cachectiques* s'observent dans toutes les dyscrasies, chez les *tuberculeux*, les *cancéreux*, les vieux *syphilitiques*, au cours des *anémies*, dans le *paludisme*, les *cardiopathies* avancées, la *chloro-anémie* ; le purpura d'origine chloro-anémique disparaît sous l'influence du traitement par le fer, ainsi que je l'ai souvent observé. J'ai observé cinq fois du purpura au cours des *affections hépatiques*, notamment dans la *cirrhose alcoolique*. Il y a là une question sur laquelle je me propose de revnir et que j'étudie, le rôle pathogénique des altérations du foie dans la production du purpura.

Enfin, il y a des purpuras *toxiques*. Ils se présentent au cours de certains empoisonnements, tels que l'*intoxication oxycarbonée*, ainsi que Quinquaud l'a le premier signalé ; dans certaines *intoxications médicamenteuses*, à la suite de l'ingestion du copahu, du cubèbe, du phosphore, de l'arsenic, de l'iodure de potassium : Fournier a cité des faits de malades à qui il était impossible de donner seulement 25 centigrammes d'iodure sans déterminer l'apparition, dès le lendemain de l'administration, d'une éruption purpurique intense sur les membres supérieurs et inférieurs. J'ai en ville moi-même deux sujets atteints d'affection cardiaque qui ne peuvent ingérer la moindre dose d'iodure sans présenter sur les membres inférieurs une éruption confluente de purpura. On a signalé des faits analogues, produits sous l'influence de l'iodoforme, du chloral, des injections de sérum thérapeutique, et enfin à la suite des *intoxications alimentaires*, notamment de l'ingestion de viande corrompue.

Pour terminer cette revue synthétique de l'histoire du purpura, je dois vous dire quelques mots du traitement. Ce chapitre est malheureusement fort court : tout ce que nous pouvons faire actuellement pour combattre l'évolution de cette maladie qui, vous l'avez vu, est souvent des plus meurtrières, se borne au repos, à quelques soins hygiéniques et à l'emploi de certaines médications dont l'efficacité est loin d'être certaine ; la balnéation pratiquée suivant la méthode de Brandt me paraît tout à fait indiquée ici pour combattre les symptômes fébriles et adynamiques ; on

pourra employer les injections de spartéine et de strychnine pour remonter les malades et en même temps réagir contre la tendance hémorragique. Les injections de sérum gélatineux me semblent également un moyen rationnel à mettre en œuvre en pareil cas. Le sulfate de soude a été préconisé dans ces derniers temps. On peut donner le chlorure de calcium, à la dose de 2 ou 3 grammes par jour. Le cacodylate de soude sera aussi de mise, comme dans tous les états cachectiques. Enfin, si la maladie marche franchement vers la guérison, on administre les ferrugineux, notamment le protoxalate de fer. Quand il y a des hémorragies considérables, on peut administrer l'ergotine, sans s'illusionner sur son action. On a parfois obtenu de bons résultats avec le perchlorure de fer.

En somme, nous ne pouvons faire qu'un traitement symptomatique, et l'on peut dire que la thérapeutique du grand purpura infectieux n'existe pas.

J'ajoute que lorsque le malade a la chance de guérir dans les formes graves, il faut surveiller avec soin sa convalescence et se méfier des récidives que j'ai signalées sous le nom de purpuras aggravés.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
DU 7 FÉVRIER 1902

Le **baume (du père) Tranquille** est une préparation pharmaceutique anodine, très fréquemment employée en frictions ou en applications sur la peau. Cette huile médicamenteuse est considérée comme peu active en général, et l'on n'hésite guère à la manier largement aussi bien chez les enfants que chez les adultes.

L'observation rapportée par MM. Variot et Dufestel démontre que dans certaines circonstances le baume (du père) Tranquille appliqué sur la peau peut devenir très toxique. Ce sont ces circonstances que les deux auteurs s'efforcent de préciser, car elles doivent être présentes à l'esprit du médecin qui prescrit les préparations belladonées, s'il veut éviter des accidents.

Le début des accidents, chez un petit garçon de sept ans, a été marqué par une perte complète de la vision ou dilatation très grande des pupilles. Le lendemain grande crise de convulsions, délire, perte de connaissance. On intervient avec des injections de pilocarpine, une infusion de jaborandi et du café. Plus tard apparition d'une éruption de prurigo sur les membres.

Après cinq jours, détente des accidents, mais pendant la convalescence qui dure près d'un mois, on note une paralysie des membres inférieurs laquelle a d'ailleurs guéri. D'accord avec M. Gabriel Pouchet les auteurs pensent que les accidents toxiques ont été provoqués par un état spécial de la peau au niveau des articulations à la suite de frictions avec de la pommade salicylique; l'épiderme était ramolli et décapé et a facilité la pénétration du poison lors des frictions très prolongées par la mère.

Des médecins anglais ont observé des intoxications semblables chez des sujets qui avaient reçu des emplâtres belladonés sur la peau pendant plusieurs jours.

MM. Decloux et Lippmann présentent un malade atteint **d'ostéo-arthropathie hypertrophiante non pneumique**. Cet homme, âgé de cinquante ans, cordonnier, est entré le 13 décembre 1901 dans le service de M. le docteur Duguet à Lariboisière, pour une douleur vive localisée à la face interne du genou droit aux tendons de la patte d'oie. De suite l'attention est attirée par les déformations que présentent les extrémités du malade. En effet, les mains offrent un aspect caractéristique; elles ont conservé au niveau du carpe, des phalanges et des phalangines, leur forme normale, tandis que leurs phalangettes subitement se renflent, s'aplatissent, prenant l'aspect de baguettes de tambour; il en est de même, en plus exagéré encore, pour les orteils. Les ongles sont énormes, arrondis en verre de montre, il débordent en avant et sur les côtés la pulpe digitale. Les bras et avant-bras présentent peu de déformations; au contraire, les condyles fémoraux, les genoux, les plateaux tibiaux et surtout les tibias sur toute leur hauteur, jusqu'aux malléoles inclusivement, sont considérablement hypertrophiés et totalement déformés. Les masses musculaires du mollet sont molles et atrophiées. La tête peu atteinte ne présente qu'une saillie très marquée des bosses frontales. Les maxillaires sont normaux. Il n'existe aucune déviation des courbures vertébrales.

Ces déformations typiques rentrent dans la description de l'affection décrite par M. Marie dans la *Revue de médecine* de 1890, sous le nom d'« ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique ». Mais ici, l'examen le plus attentif n'a pu déceler aucune tare viscérale, aucun antécédent pulmonaire. Seul, un ictère émotif est signalé par le malade, lequel affirme avoir, dès sa naissance, présenté des déformations osseuses.

L'examen du sang, par les procédés usuels, ne décela aucune preuve de participation médullaire.

L'analyse très complète des urines note par contre une diminution de leur acidité et des principaux constituants.

Enfin, sur les épreuves radiographiques, les extrémités digitales, si déformées cependant, n'offrent pas traces d'ostéite hypertrophiante.

M. Vaquez présente une note sur le **syndrome de Babinski**, c'est-à-dire sur l'association des troubles pupillaires aux lésions de l'aorte. Voici le résumé exact de cette communication :

« Notre collègue, M. Babinski, a récemment attiré l'attention sur la fréquence des troubles pupillaires qui accompagnent les lésions de l'aorte. Jusqu'ici, on admettait que ces troubles caractérisés par de l'inégalité pupillaire étaient en rapport avec une compression des filets ou du ganglion cervical du grand sympathique et avaient une valeur égale pour le diagnostic à la paralysie du larynx causée par la compressiou du récurrent. M. Babinski ne s'oppose pas à cette explication, il la croit cependant assez exceptionnelle. Dans l'immense majorité des cas, la coexistence d'autres troubles de la pupille, notamment la perte du réflexe lumineux (signe d'Argyll-Robertson), et aussi l'impossibilité de la compression lorsqu'il n'y a aucune raison d'admettre une dilatation de l'aorte, le portent à invoquer une autre condition pathogénique. Pour lui, ce serait la syphilis qui expliquerait les troubles pupillaires aussi bien que la lésion de l'aorte.

Nous avons observé trois cas qui confirment pleinement les assertions de M. Babinski. Dans deux de ces cas la lésion aortique consistait en insuffisance valvulaire sans dilatation de la crosse. On notait également un myosis bilatéral très accentué avec signe d'Argyll-Robertson. D'autre part la perte des réflexes achilliens et rotuliens permettait d'admettre l'existence de tabes incipiens, malgré l'absence d'au-

tres signes. Dans le troisième cas où la lésion aortique était semblable, il y avait de l'inégalité pupillaire avec signe d'Argyll-Robertson. sans modification des autres réflexes. Ici la syphilis était avouée et le malade put être observé pendant deux ans.

Ainsi donc cette association des troubles pupillaires avec une lésion de l'aorte, à laquelle nous proposons de donner le nom de syndrome de Babinski, peut être une manifestation précoce du tabes, elle peut même exister en dehors de tout autre signe tabétique.

Elle est extrêmement importante à connaître, car elle nous incitera d'une part à rechercher soigneusement l'état des réflexes pour dépister un tabes incipiens, d'autre part elle nous renseignera sur la cause étiologique d'une lésion aortique d'origine inconnue, en nous faisant admettre la syphilis. Pour M. Babinski, en effet, ces troubles pupillaires ne peuvent relever que de cette infection.

Enfin, la connaissance du syndrome de Babinski dirigera notre conduite thérapeutique. Chez les malades qui en sont porteurs, nous devrons instituer le traitement spécifique qui, s'il ne réussit pas à coup sûr, nous permettra cependant, dans nombre de cas, d'agir plus efficacement sur la lésion. Qui sait si les résultats obtenus par le traitement ioduré longtemps prolongé chez certains aortiques, résultats sur lesquels Potain et d'autres auteurs ont insisté, ne concernent pas des malades semblables à ceux dont nous venons de rapporter l'observation? »

MÉDECINE PRATIQUE

Un nouveau traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.

Par M. R. Condamin (de Lyon).

Le traitement que propose M. Condamin (1), après l'avoir employé nombre de fois pendant huit ans, repose sur cette notion pathogénique : à savoir que « l'intoxication plus ou moins générale de l'organisme chez certaines femmes enceintes est la cause des vomissements incoercibles ». Il faut donc débarrasser cet organisme des toxines, par des injections sous-cutanées ou mieux intra-rectales de sérum artificiel, qui constituent un véritable lavage du sang, en laissant l'estomac au repos le plus absolu pendant huit à douze jours.

M. Condamin rapporte à ce sujet l'intéressante observation suivante :

« Il y a quelques années, on apportait à la salle Sainte-Thérèse une jeune femme qui avait un aspect cadavérique et était absolument incapable de se tenir debout, même soutenue. Depuis trois semaines, elle n'avait supporté aucun liquide, aucun aliment, et son médecin l'envoyait à la Charité pour qu'on la fît avorter au plus tôt, ayant épuisé toute la thérapeutique médicale d'usage en pareil cas. Cette jeune femme n'avait pas de température et je crus avoir affaire à une malade arrivée à la troisième période dite des accidents cérébraux. Son état me parut tellement grave que je n'osai provoquer immédiatement l'avortement : je lui fis administrer chaque jour 3 ou 4 litres de sérum artificiel en lavements de 300 grammes, fréquemment répétés, absolument comme s'il se fût agi d'une malade exsangue qu'il fallait remonter, suivant l'expression admise, avant de l'opérer. Je recommandai de ne rien administrer par la voie buccale. Dès le lendemain les urines étaient revenues plus abondantes et la malade parut alors commencer à se rendre compte de ce qui se passait autour d'elle. Continuation des lavements de sérum, parfaitement tolérés, les jours suivants, et le cinquième ou le sixième jour elle s'était tellement améliorée que je reculai la date de l'intervention.

Je prescrivis un potage à cette malade, mais elle refusa de le prendre, trouvant que son état s'était suffisamment amélioré par les lavements de sérum et surtout redoutant la réapparition des vomissements et des spasmes douloureux dans la région pylorique qui se produisaient à l'ingestion de la moindre quantité de liquide. L'amélioration continua et enfin le onzième jour la malade se décida à accepter un peu de nourriture qui fut très facilement tolérée; l'appétit revint insensiblement et elle rentra chez elle complètement guérie d'un état qui paraissait désespéré. »

On peut conclure de cette observation qu'il y a peut-être là une thérapeutique à innover et des enseignements à prendre. Il en est un surtout qui en découle très nettement, à savoir, qu'il faut attendre au moins huit jours ou plutôt douze jours avant de faire absorber quelques aliments à l'estomac convulsif. Dans d'autres circonstances M. Condamin a voulu, au bout de quatre ou cinq jours, quand la malade commençait à reprendre l'envie des aliments, faire absorber quelques boissons et il a pu constater que les vomissements revenaient. Aussi la formule de la thérapeutique qu'il propose lui semble pouvoir être ainsi établie :

1° Repos absolu de l'estomac, suppression complète de tout aliment liquide ou solide pendant huit à dix jours;

2° Injection quotidienne, par la voie rectale de préférence, de trois ou quatre litres de sérum artificiel. S'il se produit de l'intolérance rectale, ajouter quelques gouttes de laudanum aux lavements ou avoir recours à la voie hypodermique ;

3° Au bout de dix à douze jours permettre à la malade quelques gorgées de liquide et revenir insensiblement à l'alimentation ordinaire, tout en continuant encore pendant quelque temps le lavage du sang. L. R.

(1) *Lyon méd.*, fév. 1902, p. 145.

DOCUMENTS OFFICIELS

LOI RELATIVE A LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN FRANCE

Le Sénat vient d'adopter le projet de loi sur la santé publique, voté récemment par la Chambre. En voici le texte définitif :

TITRE PREMIER

DES MESURES SANITAIRES GÉNÉRALES

CHAPITRE PREMIER

Mesures sanitaires générales.

Article premier. — Dans toute commune, le maire est tenu, afin de protéger la santé publique, de déterminer, après avis du Conseil municipal et sous forme d'arrêtés municipaux portant règlement sanitaire :

1° Les précautions à prendre, en exécution de l'article 97 de la loi du 5 avril 1884, pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles, visées à l'article 4 de la présente loi, spécialement les mesures de désinfection ou même de destruction des objets à l'usage des malades ou qui ont été souillés par eux, et généralement des objets quelconques pouvant servir de véhicule à la contagion;

2° Les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances, des voies privées, closes ou non à leurs extrémités, des logements loués en garni et des autres agglomérations quelle qu'en soit la nature, notamment les prescriptions relatives à l'alimentation en eau potable ou à l'évacuation des matières usées.

Art. 2. — Les règlements sanitaires communaux ne font pas obstacle aux droits conférés au préfet par l'article 99 de la loi du 5 avril 1884.

Ils sont approuvés par le préfet, après avis du Conseil départemental d'hygiène. Si, dans le délai d'un an à partir de la promulgation de la présente loi, une commune n'a pas de règlement sanitaire, il lui en sera imposé un d'office par un arrêté du préfet, le Conseil départemental d'hygiène entendu.

Dans le cas où plusieurs communes auraient fait connaître leur volonté de s'associer, conformément à la loi du 22 mars 1890, pour l'exécution des mesures sanitaires, elles pourront adopter les mêmes règlements qui leur seront rendus applicables suivant les formes prévues par ladite loi.

Art. 3. — En cas d'urgence, c'est-à-dire en cas d'épidémie ou d'un autre danger imminent pour la santé publique, le préfet peut ordonner l'exécution immédiate, tous droits réservés, des mesures prescrites par les règlements sanitaires prévus à l'article 1er. L'urgence doit être constatée par un arrêté du maire et, à son défaut, par un arrêté du préfet, que cet arrêté spécial s'applique à une ou plusieurs personnes ou qu'il s'applique à tous les habitants de la commune.

Art. 4. — La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la présente loi sera dressée, dans les six mois qui en suivront la promulgation, par un décret du président de la République, rendu sur le rapport du ministre de l'Intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Elle pourra être revisée dans la même forme.

Art. 5. — La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées à l'article 4 est obligatoire pour tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence. Un arrêté du ministre de l'Intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, fixe le mode de la déclaration.

Art. 6. — La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingt et unième année.

Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure.

Un règlement d'administration publique, rendu après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, fixera les mesures nécessitées par l'application du présent article.

Art. 7. — La désinfection est obligatoire pour tous les cas de maladies prévues à l'article 4; les procédés de désinfection devront être approuvés par le ministre de l'Intérieur, après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Les mesures de désinfection sont mises à exécution, dans les villes de 20 000 habitants et au-dessus, par les soins de l'autorité municipale, suivant des arrêtés du maire approuvés par le préfet et, dans les communes de moins de 20000 habitants, par les soins d'un service départemental.

Les dispositions de la loi du 21 juillet 1856 et des décrets et arrêtés ultérieurs, pris conformément aux dispositions de ladite loi, sont applicables aux appareils de désinfection.

Un règlement d'administration publique, rendu après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France, déterminera les conditions que ces appareils doivent remplir au point de vue de l'efficacité des opérations à y effectuer.

Art. 8. — Lorsqu'une épidémie menace tout ou partie du territoire de la République ou s'y développe, et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, un décret du président de la République détermine, après avis du Comité consultatif d'hygiène de France, les mesures propres à empêcher la propagation de cette épidémie.

Il règle les attributions, la composition et le ressort des autorités et anministrations chargées de l'exécution de ces mesures, et leur délègue, pour un temps déterminé, le pouvoir de les exécuter. Les frais d'exécution de ces mesures, en personnel et en matériel, sont à la charge de l'Etat.

Les décrets et actes administratifs qui prescrivent l'application de ces mesures sont exécutoires dans les vingt-quatre heures, à partir de leur publication au *Journal officiel*.

Art. 9. — Lorsque, pendant trois années consécutives, le nombre des décès dans une commune a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne de la France, le préfet est tenu de charger le Conseil départemental d'hygiène de procéder, soit par lui-même, soit par la commission sanitaire de circonscription, à une enquête sur les conditions sanitaires de la commune.

Si cette enquête établit que l'état sanitaire de la commune nécessite des travaux d'assainissement, notamment qu'elle n'est pas pourvue d'eau potable de bonne qualité ou en quantité suffisante, ou bien que les eaux usées y restent stagnantes, le préfet, après une mise en demeure à la commune non suivie d'effet, invite le Conseil départemental d'hygiène à délibérer sur l'utilité et la nature des travaux jugés nécessaires. Le maire est mis en demeure de présenter ses observations devant le Conseil départemental d'hygiène.

En cas d'avis du Conseil départemental d'hygiène contraire à l'exécution des travaux ou de réclamation de la part de la commune, le préfet transmet la délibération du Conseil au ministre de l'Intérieur, qui, s'il le juge à propos, soumet la question au Comité consultatif d'hygiène publique de France. Celui-ci procède à une enquête dont les résultats sont affichés dans la commune.

Sur les avis du Conseil départemental d'hygiène et du Comité consultatif d'hygiène publique, le préfet met la commune en demeure de dresser le projet et de procéder aux travaux.

Si, dans le mois qui suit cette mise en demeure, le Conseil municipal ne s'est pas engagé à y déférer, ou si dans les trois mois il n'a pris aucune mesure en vue de l'exécution des travaux, un décret du président de la République, rendu en Conseil d'Etat, ordonne ces travaux dont il détermine les conditions d'exécution. La dépense ne pourra être mise à la charge de la commune que par une loi.

Le Conseil général statue, dans les conditions prévues par l'article 46 de la loi du 10 août 1871, sur la participation du département aux dépenses des travaux ci-dessus spécifiés.

Art. 10. — Le décret déclarant d'utilité publique le captage d'une source pour le service d'une commune déterminera, s'il y a lieu, en même temps que les terrains à acquérir en pleine propriété, un périmètre de protection contre la pollution de ladite source. Il est interdit d'épandre sur les terrains compris dans ce périmètre des engrais humains et d'y forer des puits sans l'autorisation du préfet. L'indemnité qui pourra être due au propriétaire de ces terrains sera déterminée suivant les formes de la loi du 3 mai 1841 sur l'expropriation pour cause d'utilité publique, comme pour les héritages acquis en pleine propriété.

Ces dispositions sont applicables aux puits ou galeries fournissant de l'eau potable empruntée à une nappe souterraine.

Le droit à l'usage d'une source d'eau potable implique, pour la commune qui la possède, le droit de curer cette source, de la couvrir et de la garantir contre toutes les causes de pollution, mais non celui d'en dévier le cours par des tuyaux ou rigoles. Un règlement d'administration publique déterminera, s'il y a lieu, les conditions dans lesquelles le droit à l'usage pourra s'exercer.

L'acquisition de tout ou partie d'une source d'eau potable par la commune dans laquelle elle est située peut être

déclarée d'utilité publique par arrêté préfectoral quand le débit à acquérir ne dépasse pas 2 litres par seconde. Cet arrêté est pris sur la demande du Conseil municipal et l'avis du Conseil d'hygiène du département. Il doit être précédé de l'enquête prévue par l'ordonnance de 23 août 1835. L'indemnité d'expropriation est réglée dans les formes prescrites par l'article 16 de la loi du 21 mai 1836.

CHAPITRE II

Mesures sanitaires relatives aux immeubles.

Art. 11. — Dans les agglomérations de 20000 habitants et au-dessus, aucune habitation ne peut être construite sans un permis du maire constatant que, dans le projet qui lui a été soumis, le conditions de salubrité prescrites par le règlement sanitaire prévu à l'article 1er sont observées.

A défaut par le maire de statuer dans le délai de vingt jours, à partir du dépôt à la mairie de la demande de construire dont il sera délivré récipissé, le propriétaire pourra se considérer comme autorisé à commencer les travaux.

L'autorisation de construire peut être donnée par le préfet en cas de refus du maire.

Si l'autorisation n'a pas été demandée ou si les prescriptions du règlement sanitaire n'ont pas été observées, il est dressé procès-verbal. En cas d'inexécution de ces prescriptions, il est procédé conformément aux dispositions de l'article suivant.

Art. 12. — Lorsqu'un immeuble bâti ou non, attenant ou non à la voie publique, est dangereux pour la santé des occupants ou des voisins, le maire, ou à son défaut le préfet, invite la Commission sanitaire prévue par l'article 20 de la présente loi à donner son avis :

1° Sur l'utilité et la nature des travaux;

2° Sur l'interdiction d'habitation de tout ou partie de l'immeuble jusqu'à ce que les conditions d'insalubrité aient disparu.

Le rapport du maire est déposé au secrétariat de la mairie à la disposition des intéressés.

Les propriétaires, usufrutiers ou usagers sont avisés, au moins quinze jours d'avance, à la diligence du maire et par lettre recommandée, de la réunion de la commission sanitaire et ils produisent dans ce délai leurs observations.

Ils doivent, s'ils en font la demande, être entendus par la commission, en personne ou par mandataire, et ils sont appelés aux visites et constatations de lieux.

En cas d'avis contraire aux propositions du maire, cet avis est transmis au préfet qui saisit, s'il y a lieu, le Conseil départemental d'hygiène.

Le préfet avise les intéressés quinze jours au moins d'avance, par lettre recommandée, de la réunion du Conseil départemental d'hygiène et les invite à produire leurs observations dans ce délai. Ils peuvent prendre communication de l'avis de la commission sanitaire déposé à la préfecture et se présenter, en personne, ou par mandataire, devant le Conseil; ils sont appelés aux visites et constatations de lieux.

L'avis de la commission sanitaire ou celui du Conseil d'hygiène fixe le délai dans lequel les travaux doivent être exécutés ou dans lequel l'immeuble cessera d'être habité en en totalité ou en partie. Ce délai ne commence à courir qu'à partir de l'expiration du délai de recours ouvert aux intéressés par l'article 13 ci-après ou de la notification de la décision définitive intervenue sur le recours.

Dans le cas où l'avis de la commission n'a pas été contesté par le maire, ou, s'il a été contesté, après notification par le préfet de l'avis du Conseil départemental d'hygiène, le maire prend un arrêté ordonnant les travaux nécessaires ou portant interdiction d'habiter, et il met le propriétaire en demeure de s'y conformer dans le délai fixé.

L'arrêté portant interdiction d'habiter devra être revêtu de l'approbation du préfet.

Art. 13. — Un recours est ouvert aux intéressés contre l'arrêté du maire devant le Conseil de préfecture dans le délai d'un mois à dater de la notification de l'arrêté. Ce recours est suspensif.

Art. 14. — A défaut de recours contre l'arrêté du maire ou si l'arrêté a été maintenu, les intéressés qui n'ont pas exécuté, dans le délai imparti, les travaux jugés nécessaires, sont traduits devant le tribunal de simple police, qui autorise le maire à faire exécuter les travaux d'office, à leurs frais, sans préjudice de l'application de l'article 471, paragraphe 15, du Code pénal.

En cas d'interdiction d'habitation, s'il n'y a pas été fait droit, les intéressés sont passibles d'une amende de 16 francs à 500 francs, et traduits devant le tribunal correctionnel qui autorise le maire à faire expulser, à leurs frais, les occupants de l'immeuble.

Art. 15. — La dépense résultant de l'exécution des travaux est garantie par un privilège sur les revenus de l'immeuble, qui prend rang après les privilèges énoncés aux articles 2101 et 2102 du code civil.

Art. 16. — Toutes ouvertures pratiquées pour l'exécution des mesures d'assainissement prescrites en vertu de la présente loi sont exemptes de la contribution des portes et feuêtres pendant cinq années consécutives à partir de l'achèvement des travaux.

Art. 17. — Lorsque, par suite de l'exécution de la présente loi, il y aura lieu à la résiliation des baux, cette résiliation n'emportera, en faveur des locataires, aucuns dommages et intérêts.

Art. 18. — Lorsque l'insalubrité est le résultat de causes extérieures et permanentes, ou lorsque les causes d'insalubrité ne peuvent être détruites que par des travaux d'ensemble, la commune peut acquérir, suivant les formes et après l'accomplissement des formalités prescrites par la loi du 3 mai 1841, la totalité des propriétés comprises dans le périmètre des travaux.

Les portions de ces propriétés qui, après assainissement opéré, resteraient en dehors des alignements arrêtés pour les nouvelles constructions, pourront être revendues aux enchères publiques, sans que les anciens propriétaires ou leurs ayants droit puissent demander l'application des articles 60 et 62 de la loi du 3 mai 1841, si les parties restantes ne sont pas d'une étendue ou d'une forme qui permette d'y élever des constructions salubres.

TITRE II

DE L'ADMINISTRATION SANITAIRE

Art. 19. — Si le préfet, pour assurer l'exécution de la présente loi, estime qu'il y a lieu d'organiser un service de contrôle et d'inspection, il ne peut y être procédé qu'en suite d'une délibération du Conseil général réglementant les déaitls et le budget du service.

Dans les villes de 20000 habitants et au-dessus, et dans les communes d'au moins 2000 habitants qui sont le siège d'un établissement thermal, il sera institué, sous le nom de bureau d'hygiène, un service municipal chargé, sous l'autorité du maire, de l'application des dispositions de la présente loi.

Art. 20. — Dans chaque département, le Conseil général, après avis du Conseil d'hygiène départemental, délibère, dans les conditions prévues par l'article 48, paragraphe 5, de la loi du 10 août 1871, sur l'organisation du service de l'hygiène publique dans le département, notamment sur la division du département en circonscriptions sanitaires et pourvues chacune d'une commission sanitaire; sur la composition, le mode de fonctionnement, la publication des tra-

vaux et les dépenses du Conseil départemental et des commissions sanitaires.

A défaut par le Conseil général de statuer, il y sera pourvu par un décret en forme de règlement d'administration publique.

Le Conseil d'hygiène départemental se composera de dix membres au moins et de quinze au plus. Il comprendra nécessairement deux conseillers généraux, élus par leurs collègues, trois médecins, dont un de l'armée de terre ou de mer, un pharmacien, l'ingénieur en chef, un architecte et un vétérinaire.

Le préfet présidera le Conseil, qui nommera dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations du Conseil.

Chaque commission sanitaire de circonscription sera composée de cinq membres au moins et de sept membres au plus, pris dans la circonscription. Elle comprendra nécessairement un conseiller général, élu par ses collègues, un médecin, un architecte ou tout autre homme de l'art, et un vétérinaire.

Le sous-préfet présidera la commission qui nommera dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations de la commission.

Les membres des Conseils d'hygiène et ceux des commissions sanitaires, à l'exception des conseillers généraux qui sont élus par leurs collègues, sont nommés par le préfet pour quatre ans et renouvelés par moitié tous les deux ans; les membres sortants peuvent être renommés.

Les Conseils départementaux d'hygiène et les commissions sanitaires ne peuvent donner leur avis sur les objets qui leur sont soumis en vertu de la présente loi que si les deux tiers au moins de leurs membres sont présents. Ils peuvent recourir à toutes mesures d'instruction qu'ils jugent convenables.

Art. 21. — Les Conseils d'hygiène départementaux et les commissions sanitaires doivent être sonsultés sur les objets énumérés à l'article 9 du décret du 18 décembre 1848, sur l'alimentation en eau potable des agglomérations, sur la statistique démographique et la géographie médicale, sur les règlements sanitaires communaux et généralement sur toutes les questions intéressant la santé publique, dans les limites de leurs circonscriptions respectives.

Art. 22. — Le préfet de la Seine a, dans ses attributions à Paris, tout ce qui concerne la salubrité des habitations et de leurs dépendances, sauf celle des logements loués en garni, la salubrité des voies privées closes ou non à leurs extrémités, le captage et la distribution des eaux, le service de désinfection, de vaccination et du transport des malades.

Pour la désinfection et le transport des malades, il donnera suite, le cas échéant, aux demandes qui lui seraient adressées par le préfet de police.

Il nomme une commission des logements insalubres composée de trente membres dont quinze sur la désignation du Conseil municipal de Paris. Par mesure transitoire, à chaque renouvellement par tiers de la commission qui fonctionne actuellement, le préfet nomme dix membres, dont cinq à la désignation du Conseil municipal.

Art. 23. — Le préfet de police a dans ses attributions : les précautions à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles visées par l'article 4 de la loi, spécialement la réception des déclarations, les contraventions relatives à l'obligation de la vaccination et de la revaccination, la surveillance au point de vue sanitaire des logements loués en garnis.

Il continuera à assurer la protection des enfants du premier âge, la police sanitaire des animaux, la police de la médecine et de la pharmacie, l'application des lois et règlements concernant la vente et la mise en vente de denrées alimentaires falsifiées ou corrompues, le fonctionnement du laboratoire municipal de chimie, la réglementation des établissements classés comme dangereux, insalubres ou incommodes, tant à Paris que dans les communes du ressort de la préfecture de police.

Le préfet de police sera assisté par le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine dont la composition actuelle est maintenue, savoir :

Le préfet de police, président;

Un vice-président et un secrétaire, nommés annuellement par le préfet de police sur la présentation du Conseil d'hygiène;

Vingt-quatre membres titulaires nommés par le ministre de l'intérieur sur la proposition du préfet de police et la présentation du Conseil d'hygiène;

Trois membres du Conseil général de la Seine élus par leurs collègues;

Quinze membres à raison de leurs fonctions : le doyen de la Faculté de médecine, le professeur d'hygiène de la Faculté de médecine, le professeur de médecine légale de la Faculté de médecine, le directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris, le président du comité technique de santé des armées, le directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, l'ingénieur en chef du service des eaux et de l'assainissement, l'inspecteur général de l'assainissement de l'habitation, le secrétaire général de la préfecture de police, l'ingénieur en chef des mines chargé du service des appareils à vapeur de la Seine, l'ingénieur en chef des ponts et chaussées chargé du service ordinaire du département, le chef de la deuxième division de la préfecture de police, l'architecte en chef de la préfecture de police, le chef du service sanitaire vétérinaire de la Seine et le chef du bureau de l'hygiène à la préfecture de police.

Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine remplira les attributions données au Conseil départemental d'hygiène par la présente loi dans l'étendue du ressort de la préfecture de police.

Les Commissions d'hygiène instituées à Paris et dans le ressort de la préfecture de police continueront à exercer leurs fonctions sous l'autorité du préfet de police, dans les conditions indiquées par les décrets des 16 décembre 1851, 7 juillet 1880 et 26 décembre 1893, et elles auront les attributions données aux commissions sanitaires de circonscription par la présente loi.

Le préfet de police continuera à appliquer dans les communes ressortissant à sa juridiction les attributions de police sanitaire dont il est actuellement investi.

Art. 24. — Dans les communes du département de la Seine, autres que Paris, le maire exerce les attributions sanitaires sous l'autorité, soit du préfet de la Seine, soit du préfet de police, suivant les distinctions faites dans les deux articles précédents.

Art. 25. — Le Comité consultatif d'hygiène publique de France délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie, les conditions d'exploitation ou de vente des eaux minérales, sur lesquelles il est consulté par le gouvernement.

Il est nécessairement consulté sur les travaux publics d'assainissement ou d'amenée d'eau d'alimentation des villes de plus de 5000 habitants et sur le classement des établissements insalubres, dangereux ou incommodes.

Il est spécialement chargé du contrôle de la surveillance des eaux captées en dehors des limites de leur département respectif pour l'alimentation des villes.

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France est composé de quarante-cinq membres.

Sont membres de droit : le directeur de l'assistance et de l'hygiène publique au ministère de l'Intérieur; l'inspecteur général des services sanitaires; l'inspecteur général adjoint

des services sanitaires; l'architecte inspecteur des services sanitaires; le directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'Intérieur; le directeur des consulats et des affaires commerciales au ministère des Affaires étrangères; le directeur général des douanes; le directeur des chemins de fer au ministère des Travaux publics; le directeur du travail au ministère du Commerce, des Postes et des Télégraphes; le directeur de l'enseignement primaire au ministère de l'Instruction publique; le président du Comité technique de santé de l'armée; le directeur du service de santé de l'armée; le président du Conseil supérieur de santé de la marine; le président du Conseil supérieur de santé au ministère des Colonies; le directeur des domaines au ministère des Finances; le doyen de la Faculté de médecine de Paris; le directeur de l'École de pharmacie de Paris; le président de la Chambre de commerce de Paris; le directeur de l'Administration générale de l'assistance publique à Paris; le vice-président du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine; l'inspecteur général du service d'assainissement de l'habitation de la préfecture de la Seine; le vice-président du Conseil de surveillance de l'asssistance publique de Paris; l'inspecteur général des écoles vétérinaires; le directeur de la carte géologique de France.

Six membres sont nommés par le ministre sur une liste triple de présentation dressée par l'Académie des sciences, l'Académie de médecine, le Conseil d'État, la Cour de cassation, le Conseil supérieur du travail, le Conseil supérieur de l'assistance publique de France.

Quinze membres seront désignés par le ministre parmi les médecins, hygiénistes, ingénieurs, chimistes, légistes, etc.

Un décret d'administration publique réglementera le fonctionnement du Comité consultatif d'hygiène publique de France, la nomination des auditeurs et la constitution d'une section permanente.

TITRE III

DÉPENSES

Art. 26. — Les dépenses rendues nécessaires par l'application de la présente loi, notamment celles causées par la destruction des objets mobiliers, sont obligatoires. En cas de contestation sur leur nécessité, il est statué par décret rendu en Conseil d'État.

Ces dépenses seront réparties entre les communes, les départements et l'État, suivant les règles fixées par les articles 27, 28 et 29 de la loi du 15 juillet 1893.

Toutefois, les dépenses d'organisation du service de la désinfection dans les villes de 20000 habitants et au-dessus sont supportées par les villes et par l'État dans les proportions établies au barème du tableau A annexé à la loi du 15 juillet 1893. Les dépenses d'organisation du service départemental de la désinfection sont supportées par les départements et par l'État dans les proportions établies au barème du tableau B.

Des taxes seront établies par un règlement d'administration publique pour le remboursement des dépenses relatives à ce service.

A défaut par les villes et les départements d'organiser les services de la désinfection et des bureaux d'hygiène et d'en assurer le fonctionnement dans l'année qui suivra la mise à exécution de la présente loi, il y sera pourvu par décrets en forme de règlements d'administration publique.

TITRE IV

PÉNALITÉS

Art. 27. — Sera puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal quiconque, en dehors des cas prévus par l'article 21 de la loi du 30 novembre 1892, aura commis une contravention aux prescriptions des règlements sanitaires prévus aux articles 1 et 2, ainsi qu'à celle des articles 5, 6 7, 8 et 14.

Celui qui aura construit une habitation sans le permis du maire sera puni d'une amende de 16 francs à 500 francs.

Art. 28. — Quiconque, par négligence ou incurie, dégradera des ouvrages publics ou communaux destinés à recevoir ou à conduire des eaux d'alimentation; quiconque, par négligence ou incurie, laissera introduire des matières excrémentitielles ou toute autre matière susceptible de nuire à la salubrité dans l'eau des sources, des fontaines, des puits, citernes, conduites, aqueducs, réservoirs d'eau servant à l'alimentation publique, sera puni des peines portées aux articles 479 et 480 du Code pénal.

Est interdit, sous les mêmes peines, l'abandon de cadavres d'animaux, de débris de boucherie, fumier, matières fécales et en général de résidus animaux putrescibles dans les failles, gouffres, bétoires ou excavations de toute nature autres que les fosses nécessaires au fonctionnement d'établissements classés.

Tout acte volontaire de même nature sera puni des peines portées à l'article 257 du Code pénal.

Art. 29. — Seront punis d'une amende de 100 francs à 500 francs, et, en cas de récidive, de 500 à 1000 francs, tous ceux qui auront mis obstacle à l'accomplissement des devoirs des maires et des membres délégués des commissions sanitaires en ce qui touche l'application de la présente loi.

Art. 30. — L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par la présente loi. Il est également applicable aux infractions punies de peines correctionnelles par la loi du 3 mars 1822.

TITRE V

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 31. — La loi du 13 avril 1850 est abrogée, ainsi que toutes les dispositions des lois antérieures contraires à la présente loi.

Les Conseils départementaux d'hygiène et les Conseils d'hygiène d'arrondissement actuellement existants continueront à fonctionner jusqu'à leur remplacement par les Conseils départementaux d'hygiène et les commissions sanitaires de circonscription organisées en exécution de la présente loi.

Art. 32. — La présente loi n'est pas applicable aux ateliers et manufactures.

Art. 33. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'organisation et de fonctionnement des bureaux d'hygiène et du service de désinfection ainsi que les conditions d'application de la présente loi à l'Algérie et aux colonies de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion.

Art. 34. — La présente loi ne sera exécutoire qu'un an après sa promulgation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(actes du 17 au 22 février 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 17 FÉVRIER, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Ch. Richet, Rémy et Desgrez; — (2e série) : MM. Blanchard, Gley et Broca (André).

3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Jalaguier, Walther et Wallich; — (nouveau régime) : MM. Lannelongue, Poirier et Lepage; — (2e partie, ancien régime) : MM. Fournier, Gaucher et Legry; — M. Cunéo, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Delens et Gosset; — (2e série) : MM. Terrier, Mauclaire et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Brissaud, Teissier et Bezançon; — M. Legueu, suppléant.

MARDI 18 FÉVRIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Thiroloix et Guiart.

2e (1re série) : MM. Mathias-Duval, Retterer et Chassevant ; — (2e série) : MM. Gautier, Launois et Langlois.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Schwartz, Bonnaire et Thiéry ; — (2e partie) :MM. Dieulafoy, Achard et Dupré ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Hartmann et Marion ; — (2e série) : MM. Le Dentu, Pozzi et Auvray ; — (2e partie) : MM. Raymond, Charrin et Gouget ; — M. Thoinot, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Quenu et Demelin.

MERCREDI 19 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Reclus et Cunéo.

2e *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Gariel, Remy et Retterer ; — *Salle Richet* (2e série): MM. Ch. Richet, Hanriot et Retterer.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Lannelongue, Broca (Aug.) et Potocki ; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* : MM. Kirmisson, Legueu et Gosset ; — (2e partie), MM. Landouzy, Wurtz et Widal ; — M. Jalaguier, suppléant.

JEUDI 20 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Farabeuf, Poirier et Faure.

2e *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Mathias Duval, Gariel et Gley ; — *Salle Velpeau* (2e série), : MM. Gautier, Rémy et Langlois.

3e oral, (1re partie, nouveau régime), *Salle Charcot* 1re série) : MM. Budin, Pozzi et Thiéry ; — (ancien régime), *Salle Nélaton* (2e série): MM. de Lapersonne, Bonnaire et Hartmann.

4e (ancien régime), *Salle Richet* : MM. Brouardel, Proust et Vaquez ; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 21 FÉVRIER, à une heure. — *Salle Richet* (1re série) : MM. Gariel, Gley et Legry ; — *Salle Thouret* (2e série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Richaud.

4e (nouveau régime) : MM. Pouchet, Widal et Wurtz ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Kirmisson, Mauclaire et Walther ; — (2e partie, 1re série) : MM. Hayem, Netter et Bezançon ; — (2e série) : MM. Landouzy, Thoinot et Teissier ; — M. Gosset, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich.

SAMEDI 22 FÉVRIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique* , épreuve pratique : MM. Cornil, Chantemesse et Hanriot.

2e (1re série) : MM. Mathias-Duval, Chassevant et Retterer ; — (2e série) : MM. Rémy, Gautier et Langlois ; — M. Faure, suppléant.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime) : MM. Gilbert, Méry et Launois.

5e (chirurgie, 1re partie), *Beaujon* : MM. Le Dentu, de Lapersonne et Quénu ; — (2e partie) : MM. Vaquez, Charrin et Gouget ; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Potocki et Demelin ; — M. Richaud, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — NOTES OBTENUES. — *Anatomie.* — Séance du 4 février 1902. — MM. Gaudeau, 13 + 12 = 25 ; Faure-Beaulieu, 9 + 11 = 20 ; Dupouy, 10 + 9 = 19 ; Manoussi, 7 + 12 = 19 ; Georget, 7 + 11 = 18 ; Le Meur, 9 + 8 = 17 ; Dalimier, 5 + 11 = 16 ; Le Louët, 6 + 8 = 14.

Pathologie. — Séance du 5 février 1902. — MM. Chiray, 10 + 13 = 23 ; Auburtin, 11 + 10 = 21 ; Pater, 9 + 9 = 18 ; Thuilleux, 9 + 7 = 16 ; Baillon, 9 + 6 = 15 ; Chapotin, 6 + 5 = 11 ; Christesco, 4 + 7 = 11 ; Debidour, 9 ; Bailleul, 8 ; Maringer, 5.

Guerre. — Par décision ministérielle du 5 février 1902, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour être détachés pendant les saisons thermales de 1902, savoir :

1° *Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains.* — M. Dubrulle, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital militaire de Belfort ; médecin chef ; — M. Lauza, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris ; — M. Béquin, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Bourges ; — M. Jeandidier, médecin aide-major de première classe au 69e d'infanterie.

2° *Hôpital militaire de Vichy.* — M. Carayon, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital militaire de Rennes ; médecin chef ; — M. Lambert, médecin-major de première classe à l'hospice mixte de Clermont-Ferrand ; — M. Loup, médecin-major de première classe aux salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Étienne ; — M. Haller, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris ; — M. Talon, médecin aide-major de première classe au 92e d'infanterie.

3° *Hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault.* — M. Le Rouvillois, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Versailles ; médecin chef ; — M. Melliès, médecin aide-major de première classe au 41e d'infanterie.

4° *Hôpital thermal de Barèges.* — M. Gorsse, médecin principal de deuxième classe, médecin chef de l'hôpital militaire de Bayonne ; médecin chef ; — M. Cluzant, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Toulouse ; — M. Vignol, médecin-major de première classe à l'hospice mixte de Tarbes ; — M. Humbert, médecin aide-major de première classe au 18e d'infanterie.

— Sont nommés dans le corps de santé des troupes coloniales, avec le rang que leur assignent leur grade et leur ancienneté :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin en chef de première classe de la marine Vincent.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins principaux de la marine Pascalis, Brou-Duclaud, Laurent, Arami, Fortoul et Clavel.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins de première classe de la marine Tréguier, Gouzien, Castagé, Daliot, de Biran, Durand, Pons, Flandrin, Laborde, Thomas, Duville, Leclerc, Martine, Vinas, Layet, Suard, Grognier, Recoules, Bousquet, Salanoue-Ipin, Carmouze, Berthier, Depied, Sevère, Bellard, Galbruner, Dérobert, Villette, Vivien, Guilloteau, Reboul, Mayol, Hagen, Sadoul, Dubois, Martel, Ilbert, Morel, Branzon-Bourgogne, Bonnescuelle de Lespinois, Gandelin, Bailly, Bourdon, Coppin, Hutre, Conan, Onimus, Lafaye de Michaux, Legendre, Lesueur-Florent, Pélissier, Emily, Ferrandini, Rigaud, Thirion, Lafaurie, Rousseau, Sarrat, Thoulon et Gallas.

La séparation de Doodica et Roodica. — Les deux sœurs siamoises dont les journaux politiques ont raconté l'étrange odyssée ont été opérées hier.

C'est M. Doyen qui a procédé à leur séparation. L'opération, qui semble avoir parfaitement réussi, n'a amené qu'une perte de sang insignifiante. Le pont charnu était formé par un cartilage unissant la partie inférieure des sternums et par le foie. Les deux péritoines communiquaient. Il y avait un ombilic à la partie inférieure du pont charnu, ombilic d'où partaient les deux veines ombilicales. Les deux sœurs sont vivantes, mais l'une d'elles, véritable squelette, ne vivra probablement pas longtemps.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 18. — JEUDI 13 FÉVRIER 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 13 FÉVRIER 1902. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

TRAITEMENT DE LA RUPTURE DU LIGAMENT ROTULIEN

AU MOYEN DU MASSAGE ET DE LA MOBILISATION PRÉCOCE

Par M. A. BRINTET (de Lyon).

La rupture du ligament rotulien n'est pas du domaine de la chirurgie courante et les observations de cette lésion sont suffisamment rares pour qu'il nous ait paru intéressant de publier le cas personnel que nous avons eu l'occasion de suivre. Une étude d'ensemble des moyens thérapeutiques employés pour la réparation de ce traumatisme nous a semblé le complément et la déduction pratique de l'observation suivante :

Mlle D..., seize ans, Lyon. Rien d'intéressant dans les antécédents. Le 20 mai 1900, en jouant au tennis, glisse et tombe sans se rendre compte de quelle façon. Impossibilité de se relever, pas de douleur au moment de la chute. Je vois la malade deux heures après l'accident et trouve la région du genou droit légèrement augmentée de volume; épanchement minime dans l'articulation, pas d'ecchymose, pas de douleur à la pression, la jambe est en demi-flexion sur la cuisse. Tout autre mouvement de flexion ou d'extension est impossible. La rotule est complètement luxée en dehors et repose sur le condyle externe du fémur; la face antérieure regarde en dehors. Elle est fixée dans cette situation. La place normale est vide. Le relâchement du triceps permet une remise en place facile, la rotule retrouve sa position normale. Tout est en ordre, lorsque la jeune malade fait un mouvement, reluxe sa rotule, cette fois en arrachant le ligament inférieur, probablement déjà fortement tiraillé. Pas de douleur. La rotule libre de toute attache inférieure, libre également de son attache externe, l'aileron rotulien interne ayant été arraché au moment de la luxation, remonte environ à 3 travers de doigt de sa situation normale. Pas d'arrachement osseux. Le tendon rotulien s'est rompu au niveau de ses attaches rotuliennes. On sent un vide au-dessous de la rotule, le doigt arrive sans peine jusqu'aux condyles, l'épanchement étant peu considérable.

Je relâche le triceps, j'abaisse la rotule, je l'entoure de bandes de diachylum. Enveloppement ouaté, huit du genou, deux attelles en bois immobilisent l'articulation. Élévation du membre et gouttière. Je revois la malade le lendemain, elle n'a pas souffert.

Le 24 mai, quatre jours après l'accident, j'enlève attelles, bandage, bande de diachylum, l'épanchement n'a pas augmenté, la rotule est en place. Pas de douleur, on sent parfaitement le vide au-dessous de l'angle inférieur de « l'os d'union ». Je fais une première séance de massage : effleurage très léger des régions avoisinant l'articulation, massage plus sérieux du triceps crural, en maintenant la rotule en bas. Application du bandage ouato-caoutchouté pour obtenir la résolution plus rapide de l'épanchement.

Le 25 mai, la malade ayant souffert de la bande en caoutchouc, après une seconde séance de massage, je reviens au pansement ouaté et huit du genou. Immobilisation dans la gouttière.

Le 27 mai la malade est placée sur la chaise longue. La rotule est fixée. A sa partie inférieure on sent un empâtement. Effleurage de la région rotulienne. Pression légère et massage de la région sous-rotulienne. Pression progressive sur les culs-de-sac latéraux. Massage. Malaxation du triceps déjà en voie d'atrophie. Une personne de l'entourage de la malade se charge avec beaucoup d'habileté de deux séances quotidiennes de massage.

Le 31 mai la rotule est toujours en bonne position.

Le 4 juin, 15 jours après le trauma, je commence de petits mouvements actifs et passifs. Un peu d'empâtement des culs-de-sac latéraux. La malade a pu fléchir légèrement d'elle-même la jambe sur la cuisse sans douleur. Le ligament rotulien ou les trousseaux fibreux de nouvelle formation maintiennent la rotule. On sent nettement la tension du tendon qui se produit au moment où l'on fait exécuter un mouvement à l'articulation. On pratique ces mêmes mouvements tous les jours avec amplitude croissante. Massage toujours continué.

Vingt jours après l'accident la malade peut marcher dans la chambre avec une genouillère lâche qui prend la moitié inférieure de la cuisse et la moitié supérieure de la jambe. Elle peut même marcher sans canne. Boiterie légère, le pied étant tourné un peu en dehors. La malade se sent solide. Léger œdème les jours suivants produit par l'appareil nouveau. J'ordonne des mouvements actifs et passifs le matin au lever et de temps en temps dans la journée, je fais enlever l'appareil pour permettre de légers mouvements de marche.

Le 11 juin, la malade peut descendre deux étages d'escalier; un mois environ après l'accident, elle reprend ses occupations. Je la revois à la fin du mois du juillet, elle ne porte plus de genouillère, marche sans boiterie, monte les escaliers sans fatigue. Pendant tout l'été la jeune fille reste à la campagne pouvant faire des promenades à pied prolongées et gravir des côtes sans éprouver aucune gêne.

Cet été dernier 1901, la marche est parfaite, la jeune fille ne se ressent aucunement de son accident, elle a pu faire de longues promenades à la campagne.

Nous venons de rapporter une observation de guérison d'une rupture du ligament rotulien par la méthode du massage et de la mobilisation pratiquée peu de temps après le traumatisme; nous essayerons dans l'étude suivante d'en tirer des conclusions pratiques et de comparer entre eux les divers modes de traitement.

L'anatomie actuelle a fait l'unification du système crural et quadriceps, rotule, ligament rotulien ne sont plus qu'un seul muscle avec un tendon d'attache inférieur et un os sésamoïde développé au milieu des fibres terminales de ce muscle; la rotule devenant « l'os d'union des tendons du quadriceps » (1), suivant la détermination de Karl Maydl. Qu'un traumatisme agisse immédiatement ou médiatement sur le système et y détermine une rupture, un arrachement ou une section nette, les moyens thérapeutiques seront les mêmes à employer pour une portion quelconque de l'ensemble. On pourrait donc faire un chapitre général de traitement des ruptures du « système tendineux du quadriceps crural », qui comprendrait les fractures de la rotule. Nous limiterons notre étude à l'attache inférieure du tendon.

Le traitement de la rupture du ligament rotulien comprend trois méthodes : la première immobilise après rapprochement des fragments et enferme le membre dans un appareil complexe, suranné, où il reste pendant des mois. Elle n'est heureusement plus aujourd'hui qu'une question historique, et les différentes statistiques auxquelles elle a donné lieu suffiront, pensons-nous, à la condamner. La deuxième méthode, est celle suivie par nous, c'est l'opposé complet de la précédente puisque l'agent thérapeutique est le mouvement. La dernière méthode du traitement opératoire réunit par une ligature les fragments divisés et complète la réparation par le massage et la mobilisation rapide.

I

Laissant de côté les cas très anciens de rupture du ligament rotulien, mal étudiés, mal définis. Nous arrivons immédiatement au siècle précédent où la question fait l'objet d'études de chirurgiens compétents.

Nélaton (2), en 1841, ayant observé quelques cas de rupture du ligament rotulien se préoccupe de deux points : rapprocher les deux bouts divisés, maintenir ces parties dans l'immobilité.

Boyer (3), dix ans après, immobilise aussi, place un bandage unissant, qu'il laisse deux mois au moins, et ce n'est qu'après cette longue période de repos qu'il commence à faire exécuter à la jambe de légers mouvements de flexion.

En 1851, Baudens (4) place le membre en extension sur plan incliné, un appareil spécial se chargeant de maintenir la rotule abaissée. Cependant Baudens reconnaît que l'immobilisation prolongée est un danger, puisqu'il imprime à partir du vingtième jour des mouvements de flexion et d'extension « pour prévenir dit-il, certaines adhérences encore tendres et capables de nuire ultérieurement aux fonctions articulaires ».

Le premier mémoire intéressant est celui de Binet [de Genève (1)]. Son travail s'appuie sur 22 observations. C'est dans cette étude que nous trouvons les premiers résultats de la thérapeutique. Ils sont peu encourageants, puisque sur ces 22 malades 13 guérissent avec de la raideur du membre et de la difficulté à marcher sur un plan incliné, 9 deviennent boiteux. Malgré ces résultats navrants, Binet immobilise. « L'appareil sera enlevé du trentième au quarantième jour... On imprimera alors à la jambe des mouvements de flexion. »

Bourguet (2), en 1860, ne fait que continuer le traitement de ses devanciers, et Demarquay (3), rendant compte de ce travail de Bourguet à la Société de chirurgie, approuve l'immobilisation.

Boinet (4), la même année, communique 2 observations, dont 1 guérison au bout de quatre mois.

La thèse de Cosmao-Dumenez (5) en 1865, sauf une observation de Demarquay, encore sans résultat net, ne donne aucune idée neuve sur la question et en particulier sur son traitement.

Nous laissons de côté le mémoire de Sistach, qui rentre dans la seconde partie de notre étude, pour dire quelques mots seulement d'une Revue générale de Sellier (6). Cet auteur réunit 31 cas, dont 1 personnel intéressant, le malade ayant guéri au bout de neuf mois : 11 malades guérissent à plus ou moins longue échéance, 12 sont simplement améliorés, 2 conservent de l'ankylose de leur articulation. Le reste concerne des cas douteux ou sans résultat. Sellier fait encore de l'immobilisation le point essentiel de son chapitre du traitement.

Un article de Blacher dans la *Gazette des hôpitaux* en 1875 se rapproche de la seconde méthode, nous l'analyserons dans notre second chapitre.

Rivington (7) dans le *Medical Times and Gazette* de 1877 nous signale un cas de guérison avec union ferme des bouts divisés, mais allongement. Son traitement consista en élévation du membre sur plan incliné, glace sur le genou, genouillère.

Il est intéressant, en terminant cet historique, de joindre à ces différents travaux la statistique très complète de Maydl (8) en 1883. Dans un long article sur les fractures de la rotule et les déchirures des principaux tendons musculaires du membre inférieur, cet auteur consacre tout un chapitre à la rupture du ligament rotulien.

Les observations qu'il rapporte, résumées dans des tableaux synoptiques, sont au nombre de 63. Nous y trouvons tous les faits parus jusqu'à cette époque.

Dix observations se terminent par la guérison; la durée du traitement ayant varié de quarante jours à dix-sept mois. 20 malades ont eu une guérison imparfaite et à longue échéance; les uns conservent une claudication plus ou moins marquée, les autres sont obligés de se servir de moyens d'appui. Dans 26 cas la guérison est douteuse ou le résultat non indiqué. Enfin 4 cas sont franchement mauvais.

Nous sommes déjà en 1883, vingt-cinq ans après le mémoire de Binet, et la statistique n'est guère plus consolante,

(1) Karl MAYDL. *Zeits. f. Chir.*, 1882, t. XVII.
(2) NÉLATON. *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. I, 1844.
(3) BOYER. *Traité des maladies chirurgicales*, 1851.
(4) BAUDENS. *Gaz. méd. de Paris*, 1851.

(1) BINET. Sur les ruptures du ligament rotulien, in *Arch. gén. de méd.*, 1858.
(2, 3, 4) BOURGUET, DEMARQUAY, BOINET. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1860.
(5) COSMAO-DUMENEZ. Th. de Paris, 1860.
(6) SELLIER. Th. de Paris, 1873.
(7) RIVINGTON. Ruptured ligamentum Patellæ, *Med. Times and. Gaz.*, 9 juin 1877.
(8) MAYDL. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1882-1883, t. XVII-XVIII.

puisque c'est à peu près une moyenne de *seize guérisons définitives pour cent cas*, après des mois de traitement.

A quoi attribuer ces résultats tardifs et même souvent très imparfaits ?

Il nous semble que la meilleure façon de critiquer cette méthode et de la condamner est d'en rapprocher la seconde partie de notre travail.

II

Elle se base, comme nous l'avons déjà indiqué dans notre plan général, sur des principes en opposition complète avec les précédents. Ici on laisse le membre au repos, on facilite les adhérences, on développe l'atrophie, on empêche la nutrition de se faire normalement; là, au contraire, on aide à la résorption de l'épanchement, on lutte contre la dénutrition et l'atrophie du muscle par des mouvements précoces.

Baudens (1), avons-nous vu, faisait imprimer des mouvements au membre lésé au bout du vingt-cinquième jour; seulement sa méthode n'avait eu que des critiques et point d'imitateurs.

Revenons au travail de Sistach (2), original, avec un mode de traitement nouveau et pour montrer les progrès de cette méthode, 4 observations se terminant par de bons résultats. Le premier cas est celui d'un homme qui ne peut souffrir aucun appareil pour une rupture du ligament rotulien avec arrachement d'une partie de l'épine tibiale. On place sa jambe simplement en extension continue sur plan incliné. Soixante jours après le malade échappe à la surveillance, se lève et est tout étonné de pouvoir marcher. Sa guérison est parfaite.

Le deuxième malade se rompt d'abord le ligament rotulien, puis se fracture la rotule. On ne l'emprisonne dans aucun appareil et il guérit très bien avec de la mobilisation.

La troisième observation est celle d'une rupture du ligament rotulien compliquée de fracture du fémur. On laisse la rotule libre, on place un simple « Scultet » pour la fracture de la cuisse. On masse la région. Soixante jours après le malade marche et guérit définitivement.

Le quatrième malade se rompt le ligament rotulien. Cinquante jours après il marche et sort de l'hôpital le lendemain.

Blacher (3) en 1875, dans une étude sur la rupture du ligament rotulien, rapporte 3 observations. La plus intéressante est un cas de rupture complète observée sur lui-même. Au bout de six semaines il marche et peut descendre un escalier. Il est partisan de la mobilisation et du massage qui, chez un de ses malades, triomphèrent de la raideur articulaire.

Le professeur Forgue (de Montpellier) nous a obligeamment fourni le résumé de 2 cas de rupture du ligament rotulien, qui furent traités simplement par le bandage ouato-caoutchouté et la mobilisation. Il y eut un peu de raideur dans un cas visant un arthritique ayant dépassé la cinquantaine, mais la mobilisation méthodique en a eu raison en moins de deux mois.

A ces quelques observations résumées, nous ajouterons celle de notre malade qui fut si rapidement à même de marcher et qui depuis n'a plus jamais rien ressenti au niveau de son genou.

Voilà, il nous semble, le « groupement » d'un certain nombre de cas suffisamment probants pour montrer l'excellence de la méthode du massage et de la mobilisation précoce. Mais il faut être bien persuadé que le point essentiel de cette thérapeutique réside dans la *précocité* du traitement. Si l'on place un appareil pour maintenir la rotule abaissée, qu'il soit simple et qu'on puisse l'enlever le plus rapidement et le plus facilement possible. Le meilleur des appareils dans ces cas de rupture, c'est la simple bande en toile ou en caoutchouc. Sachons bien que l'appareil « ne peut rien faire pour favoriser le retour des fonctions, mais qu'il peut tout pour l'empêcher » (1).

Heureusement, avec la chirurgie actuelle, on immobilise le moins possible, sachant trop combien le repos d'une articulation lésée est l'acheminement rapide vers l'ankylose.

En présence d'un malade atteint de rupture du ligament rotulien nous ferons un bon enveloppement ouato-caoutchouté du genou, à défaut de bande de caoutchouc nous placerons une bande de toile. Ce moyen aidera à abaisser la rotule, comprimera l'épanchement et permettra à l'articulation lésée d'avoir un repos suffisant entre chaque séance de massage.

Le troisième ou le quatrième jour, on commencera les premières séances d'effleurage du genou. Il va sans dire qu'il sera très léger, très superficiel, évitant la région du tendon. On le pratiquera toujours en remontant vers la cuisse. Mais d'emblée et à la première séance il faudra s'appliquer à masser le quadriceps crural. On ne se contentera pas de simples frictions, mais d'un pétrissage du muscle, d'un massage profond, bien entendu en maintenant ou en faisant maintenir la rotule abaissée. Quelques tapotements et hâchures compléteront et termineront cette séance. La durée devra être de dix minutes à un quart d'heure environ, une fois par jour. Mais dès le sixième ou septième jour il sera bon de répéter deux fois cette séance.

On y joindra, à partir environ du treizième jour, les mouvements actifs et passifs de l'articulation du genou, le malade les exécutera étendu sur un lit. Les mouvements seront d'abord légers puis progressivement on augmentera l'amplitude.

Nous avons été étonné de la facilité avec laquelle notre jeune malade a accepté ce traitement. Jamais à aucun moment, elle n'a accusé une douleur quelconque et nous sommes persuadé que, si nous avions laissé le genou dans l'immobilité complète, les premières tentatives de massage et surtout les premiers essais de mobilisation eussent été douloureux et mal supportés.

Il nous semble que le second chapitre de notre étude suffira pour condamner la première méthode, qui, espérons-le, sera reléguée au rôle de document historique.

III

Nous avons dit au début de ce travail que le troisième moyen susceptible d'être employé, consistait à réunir les tendons divisés par des fils métalliques.

On sait qu'actuellement on peut laisser des fils métalliques au milieu des tissus sans inconvénient et sans qu'on

(1) Baudens. Déjà cité.

(2) Sistach. Du traitement de la rupture du ligament rotulien par l'élévation et l'immobilité du membre sur un plan incliné, *Arch. gén. de méd.*, juillet 1870.

(3) Blachea. Étude sur la rupture du ligament rotulien, *Gaz. des hôpit.*, juin 1875.

(1) Lucas-Championnière.

soit obligé par une opération secondaire de les en retirer (1).

Cette suture des tendons rotuliens avait été proposée déjà depuis de nombreuses années; mais les chirurgiens qui avaient tenté cette opération étaient rares. Qui eût osé ouvrir l'articulation du genou avant la chirurgie aseptique?

En 1846, Renouard en avait parlé et avait préconisé cette méthode sanglante, toutefois sans faire prévaloir ce moyen sur l'immobilisation, combien moins « immédiatement » dangereuse!

Citons plus récemment alors les heureuses tentatives de Mac Burney et de Kauffmann. En 1880, Chaput suture le tendon tricipital. Uhde, Rivington, Hartmann suturent le tendon rotulien et obtiennent de très bons résultats.

La méthode de Lister (2) pour les fractures de rotule avait fait des adeptes et l'on ne reculait plus désormais à ouvrir le genou pour rapprocher à l'aide de fils solides les fragments osseux ou les débris de tendon.

On sait les excellents résultats que donnent les différentes sutures de la rotule dans les fractures de cet os. Les mêmes résultats peuvent être obtenus avec les fragments de tendon sous et sus-rotuliens.

M. Lucas-Championnière a eu l'extrême amabilité de nous communiquer une série d'observations très intéressantes de sutures du tendon rotulien.

C'est d'abord l'histoire d'un homme à qui, plusieurs mois après une rupture du tendon rotulien, il refait un tendon artificiel en suturant l'épine tibiale avec la rotule. Cet homme exerçait après son opération le métier de charretier-débardeur.

Le second malade est un enfant de treize ans qui s'était arraché, en sautant, le ligament rotulien au niveau de l'insertion tibiale. On passa un fil d'argent de l'épine tibiale dans la rotule, destiné à maintenir cet os abaissé et à l'aide de catgut on sutura le tendon aux parties molles. Le fil fort fit office de tendon, permettant à celui-ci de se refaire lentement, et le malade retrouva toute la souplesse de son genou.

De ces deux faits, nous pourrons rapprocher trois cas de sutures du tendon tricipital : deux malades guérissent rapidement avec un rapprochement des bouts divisés avec de gros fils d'argent; le troisième est intéressant parce qu'il prouve combien sont nombreux les moyens ingénieux pour obtenir une grande solidité des fragments.

Un malade se rompt le tendon tricipital au ras de la rotule; suture au gros fil, marche rapide; survient une attaque d'hystérie pendant laquelle le malade rompt à nouveau son tendon. M. Lucas-Championnière passe un gros fil au travers de la partie inférieure du muscle triceps et cette solide base sert de point d'attache à deux gros fils d'argent qui traversent la rotule. Le résultat fut très satisfaisant.

Aussi, nous écrivait le chirurgien : « Je n'hésiterai jamais, à proposer l'ouverture large du genou et l'opération de la suture avec fils métalliques. »

Peut-être le simple médecin praticien devra-t-il être moins catégorique, surtout celui qui exerce loin d'un centre, et nous conseillerons d'essayer d'emblée la méthode du massage et de la mobilisation.

Nous avons vu notre ancien maître, le professeur Tédenat, la pratiquer, il y a déjà quelques années, pour les fractures de la rotule, et les résultats qu'il obtenait étaient très satisfaisants. Les malades marchaient, accomplissaient des travaux pénibles avec des cals fibreux souvent bien allongés.

Ce sera, si nous voulons, le traitement des malades âgés et pusillamines qui redouteront l'intervention sanglante, mais aussi et surtout celui des malades ayant un épanchement articulaire peu considérable, une rotule mobile et qui pourra facilement descendre à sa place normale.

Nous réserverons la seconde méthode pour les cas complexes s'accompagnant d'arrachements osseux ou de fractures, d'un vaste épanchement, ou d'une rotule entraînée très haut par le quadriceps et résistant aux moyens d'abaissement. Nous nous rangerons à l'avis de Lucas-Championnière, réservant cette dernière méthode pour les jeunes sujets, qui recouvreront après la suture métallique la souplesse préalable de leur articulation, à condition, bien entendu, qu'on pratique également le massage et la mobilisation de la région opérée très peu de temps après l'intervention.

(1) Lucas-Championnière. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 15 août 1900.

(2) Lister. Sutures des fragments rotuliens au fil d'argent, *Brit. med.*, 1883.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(11 février 1902)

La question du **chloroforme**, actuellement en discussion à la Société de chirurgie, a été portée à la tribune de l'Académie par M. Huchard. Comme il fallait s'y attendre, c'est surtout de l'emploi du chloroforme chez les cardiaques qu'a parlé M. Huchard. Il a exprimé, à ce sujet, une opinion ferme et précise que nous enregistrons d'autant plus volontiers qu'elle s'accorde entièrement avec notre manière de voir et les résultats de notre pratique personnelle.

Souvent consulté sur la question de savoir si un cardiaque peut être anesthésié, M. Huchard n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Oui, dit-il, tous les cardiaques peuvent être anesthésiés par le chloroforme sans danger, pourvu toutefois qu'ils ne soient pas atteints d'œdème aigu du poumon ou qu'ils ne soient pas asystoliques dyspnéiques ou en état de toxhémie alimentaire. C'est, en effet, la dyspnée, qu'il s'agisse de la dyspnée de l'asystolique dont le cœur est en dégénérescence graisseuse, ou de la dyspnée toxi-alimentaire, qui constitue surtout la contre-indication du chloroforme. Mais les cardiaques atteints de lésions valvulaires, voire même ceux qui ont de l'angine de poitrine n'ont rien à craindre du chloroforme. M. Huchard cite l'exemple d'un malade atteint d'angine de poitrine qui avait une fissure anale. La dilatation forcée de cette fissure nécessitait l'emploi du chloroforme, et l'on sait que les opérations pratiquées dans ces régions exigent une anesthésie profonde et, partant, plus dangereuse. M. Huchard, consulté sur les dangers de l'anesthésie chloroformiqne dans ce cas, n'hésita pas à déclarer qu'elle était possible et sans dangers; M. Bouilly opéra dans ces conditions et tout se passa fort bien.

Au point de vue de l'emploi du chloroforme chez les cardiaques, le mode d'anesthésie a son importance; M. Huchard estime qu'il faut recourir à la méthode des doses petites et continues préconisées par M. Labbé. Il faut, dit-il, donner le chloroforme goutte à goutte, continuellement, sans intermittences, et aller jusqu'à l'anesthésie profonde et complète, car c'est une grande faute, dans ces cas, de ne pas endormir le malade complètement.

Telle est donc l'opinion de M. Huchard, c'est que le chlo-

roforme, bien donné, n'est pas dangereux chez les cardiaques.

Quand il se produit un accident mortel au cours de l'anesthésie chloroformique, ajoute M. Huchard, on cherche toujours des circonstances atténuantes, soit dans le chloroforme lui-même, soit chez l'opéré. Le chloroforme, dit-on, était impur. Ou bien l'opéré portait une tare qui a été méconnue et M. Huchard rappelle ici une observation qui a été communiquée à la Société de chirurgie : une femme qui était atteinte d'arthrite tibio-tarsienne d'origine gonococcique meurt sous le chloroforme; à l'autopsie on reconnaît chez elle l'existence d'une endocardite végétante. Cette endocardite végétante, pour M. Huchard, n'était autre qu'une endocardite infectieuse aiguë qui contre-indiquait formellement le chloroforme.

M. Huchard s'étonne quelque peu de l'étonnement des chirurgiens qui perdent, sous le chloroforme, des malades déjà presque morts de faim. Mort par le chloroforme, ou mort par la faim, c'est toujours la mort, dit-il.

Si donc M. Huchard se montre quelque peu réservé pour les circonstances atténuantes tirées du chloroforme ou de l'opéré, il attache une réelle importance aux circonstances aggravantes tirées du chloroformisateur. Il est incontestable que, lorsqu'il se produit des accidents, ce n'est pas toujours de la faute du chloroforme, ni de la faute de l'opéré, c'est souvent aussi, le plus souvent, pourrait-on dire, de la faute du chloroformisateur. Par un sentiment très honorable et très légitime, quand il arrive une catastrophe, le chirurgien et son entourage ne paraissent avoir rien de plus pressé que de dégager la responsabilité de l'aide que donnait le chloroforme.

Mais, en cette matière, il faut avoir le courage de voir juste et M. Huchard, après M. Reynier et d'autres, a eu raison de placer la discussion sur ce terrain et d'engager un peu la responsabilité de l'anesthésiste. La mortalité par le chloroforme est plus élevée à l'hôpital qu'en ville, parce qu'en ville ce sont des chloroformisateurs de profession qui interviennent, tandis qu'à l'hôpital, ce sont trop souvent des chloroformisateurs d'occasion. Expliquons-nous : ainsi que l'a fort bien dit M. Reynier, les internes passent volontiers aux externes et ceux-ci aux stagiaires le soin de donner le chloroforme. Parfois même, la compresse passe en plusieurs mains. Eh bien, les choses ne devraient pas se passer ainsi, et la fonction du chloroformisateur est assez importante, assez grave pour qu'elle ne soit pas confiée au premier venu, c'est-à-dire à un débutant n'ayant pas l'expérience ni l'habitude de l'anesthésie. Étant interne en chirurgie, M. Huchard a eu l'occasion de voir trois morts par le chloroforme et il rappelle ainsi un de ces cas qui a été publié, en 1867, dans la *Gazette des hôpitaux* : c'était dans le service de Broca ; il opérait un malade; un externe donnait le chloroforme ; à un certain moment, Broca s'arrêta et dit : « Tenez, Messieurs, voici quelque chose de particulièrement intéressant. » Tout le monde tendit l'oreille et les yeux, tout le monde y compris le chloroformisateur qui forcément se relâcha un peu dans l'attention qu'il devait porter à la respiration et au pouls du malade. Quand il y revint, il était mort, si bien que, comme le dit M. Huchard, le réflexe du chloroformisateur est certainement plus dangereux que celui de l'opéré, parce qu'il le précède et le produit.

Où et comment les élèves apprennent-ils la chloroformisation? Comment enseigne-t-on la pratique de l'anesthésie? Telle est la question que pose M. Huchard qui reste convaincu que 90 fois sur 100 les accidents de la chloroformisation sont dus au chloroformisateur. Il est bon d'appeler sur ce sujet toute l'attention de MM. les chefs de services chirurgicaux.

M. Huchard termine son intéressante communication par les conclusions suivantes :

1° Les accidents par le chloroforme ne sont pas plus fréquents chez les cardiaques que chez les autres malades;

2° Les affections cardiaques ne constituent donc pas une contre-indication à l'emploi du chloroforme, à condition qu'il ne s'agisse pas de dyspnée asystolique, de dyspnée toxi-alimentaire ou de symphyse péricardique;

3° Le mode d'anesthésie qu'on doit employer, d'une façon générale et surtout chez les cardiaques, est celui qui repose sur les doses petites et continues;

4° La formule de Sédillot, qui dit que le chloroforme pur et bien donné ne tue pas, reste vraie.

Cette communication a été écoutée avec un vif intérêt et plusieurs membres ont demandé la parole. La discussion est donc ouverte et la question de la chloroformisation va être traitée simultanément à l'Académie et à la Société de chirurgie.

M. Berger, le premier, a pris la parole pour confirmer pleinement l'opinion émise par M. Huchard sur l'emploi du chloroforme chez les cardiaques. Il estime, en effet, comme son collègue que le chloroforme n'est pas plus dangereux chez les cardiaques à condition toutefois qu'il soit bien surveillé et donné avec les plus grandes précautions. C'est donc sans crainte que M. Berger donne le chloroforme à des cardiaques atteints de lésions organiques, pourvu qu'ils ne soient pas cachectiques, mais il a toujours soin, en pareil cas, de prévenir son aide chargé du chloroforme et de lui recommander la plus grande surveillance et les plus grandes précautions.

Quel est le moyen d'avoir une bonne chloroformisation? Il faut que le début de l'anesthésie marche très régulièrement. Une chloroformisation est une intoxication, une expérience physiologique qui demande une surveillance et une attention, non pas de toutes les minutes, mais de toutes les secondes.

Il importe de ne pas avoir d'alertes, surtout chez les cardiaques. Il importe aussi, en cas d'accidents, d'agir immédiatement.

M. Berger redoute surtout le chloroforme chez les sujets au cœur gras, chez les faibles, les vieillards: Le chloroforme est surtout redoutable en cas de symphyse cardiaque. M. Berget a perdu un malade dans ces conditions.

En résumé, pour tout ce qui touche à l'emploi du chloroforme chez les cardiaques, MM. Huchard et Berger se trouvent absolument d'accord sur tous les points.

M. Berger revient sur d'autres points touchés par M. Huchard. La qualité du chloroforme, sans doute, joue un grand rôle, et celui des hôpitaux laisse beaucoup à désirer, sinon comme préparation, au moins comme conservation. C'est pourquoi l'on voit les accidents et les alertes survenir, dans certains services, par séries. La qualité irritante du chloroforme sur la muqueuse laryngée a une très grande importance.

Sans doute, le chloroformisateur de profession demandé par M. Huchard serait préférable ; il ne serait pas nécessaire que ce chloroformisateur fût médecin. Sédillot employait un coutelier qui n'a jamais eu d'accidents. Toutefois il ne semble pas que dans les pays où l'on se sert de chloroformisateurs attitrés, comme en Angleterre, les accidents soient moins fréquents qu'en France.

M. Berger ne saurait oublier que tout en étant chirurgien et chirurgien des plus soucieux de ses devoirs envers les malades, il est aussi professeur et professeur non moins soucieux de ses devoirs envers ses élèves. Or ces élèves, comment apprendraient-ils à donner le chloroforme, s'ils ne le donnaient à l'hôpital? Que deviendraient-ils plus tard, livrés à eux-mêmes, s'ils s'étaient contentés de regarder faire le chloroformisateur? M. Berger est donc d'avis qu'on fasse donner le chloroforme par des élèves, mais à la condition de les bien instruire de la gravité et de l'importance

de cette mission, de leur bien apprendre la technique de l'anesthésie, l'extrême nécessité d'une attention soutenue, d'une surveillance de tous les instants, de leur bien expliquer les modes de réaction du sujet soumis au chloroforme et enfin les moyens de parer immédiatement au moindre incident de l'anesthésie. Souhaitons que tous les chirurgiens comprennent, comme M. Berger, leurs devoirs envers les malades et les élèves.

M. Armand Gautier a fait une très importante communication sur un nouvel agent, le **méthylarénate disodique, ou sel arsenical B, ou arrhénal** qui a tous les avantages du cacodylate et est absolument dépourvu de toxicité. Cette première communication, qui doit être suivie de plusieurs autres, a trait uniquement à l'emploi de cet agent dans le paludisme.

M. Richelot a présenté un malade opéré, dans son service, par M. Morestin d'un **épithélioma de la région carotidienne.** Il s'agissait d'un homme de cinquante-cinq ans qui portait une tumeur énorme occupant tout un côté du cou, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la clavicule. On diagnostiqua un cancer primitif de la région et non un cancer ganglionnaire secondaire. C'est pourquoi l'opération fut décidée; elle fut pratiquée par M. Morestin qui fut obligé d'enlever tout le sterno-mastoïdien, de réséquer la jugulaire interne, le nerf pneumogastrique, de disséquer les carotides primitive et externe, d'enlever la glande sous-maxillaire. Malgré ces délabrements étendus, le malade ne présente aucun trouble fonctionnel, va très bien depuis six mois qu'il a été opéré et se passe fort aisément de sterno-mastoïdien, de jugulaire interne, et de pneumogastrique.

A la fin de la séance, M. Mossé (de Montpellier) est revenu sur l'emploi de la **pomme de terre dans le traitement du diabète.**

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Sur un mode particulier de dissémination de la diphtérie. — MM. Leighton et Newton citent les faits suivants observés par eux à Montclair et dans les environs de cette petite ville. Dans cette agglomération, on put compter, au cours d'une épidémie, 49 cas de diphtérie, dont 32 à Montclair, qui n'a que 1400 habitants. Une laiterie unique fournissait le lait à toute la population. Or les cas observés étaient échelonnés sur le parcours de distribution des laitiers. L'établissement fut l'objet d'une visite minutieuse et il fut reconnu pour être parfaitement bien tenu. On préleva des cultures dans la gorge de chacun des cinquante employés. Tous étaient sains, à l'exception de deux hommes qui souffraient un peu de la gorge et dont l'exsudat renfermait des bacilles diphtériques, ainsi que l'examen bactériologique le révéla. Cette constatation faite, on essaya de remonter jusqu'à la source de la contamination du lait.

Le Bureau d'hygiène avait décrété l'interdiction de reprendre les flacons vides provenant des habitations infectées avant la guérison des sujets atteints de diphtérie; de plus, ces flacons devaient être l'objet d'une désinfection spéciale. Pendant l'hiver, on laissait ces récipients s'accumuler et on les stérilisait en masse. Une semaine environ avant l'apparition des premiers cas à Montclair, deux employés avaient été chargés de procéder à la stérilisation du stock de flacons septiques de l'hiver précédent. Ils s'acquittèrent de cette tâche dans l'espace d'une journée et, le soir même, reprirent leurs fonctions habituelles. Il fut établi que ces deux hommes étaient précisément ceux qui avaient fourni à l'examen une culture fertile de bacilles diphtériques. La marche de l'infection, du flacon au consommateur, est si nette qu'elle peut se passer de commentaires. L'épidémie d'ailleurs, qui cependant battait son plein, s'arrêta net dès qu'on eut fermé la laiterie.

C'est là un mode de transmission de la diphtérie qu'il est bon de signaler, car il est facile, dès qu'il est établi, d'arrêter la marche du fléau. (*Pediatrics*, 25 déc. 1901.) A. H.

THÉRAPEUTIQUE

Action de la lécithine sur les hématies. — MM. H. Stassano et F. Billon (de Paris) ont repris les expériences de Danilewsky concernant l'action de la lécithine sur les hématies en injectant chez le lapin (de préférence dans les veines) une émulsion à 1/10 d'ovo-lécithine pure dans la solution physiologique. Outre qu'ils ont dénombré les globules rouges et dosé l'hémoglobine, comme l'auteur russe, ces expérimentateurs ont mesuré la résistance et le volume des hématies, estimant que cette méthode est beaucoup moins sujette à erreurs. Il résulte de leurs observations très nombreuses que grâce à l'absorption de la lécithine par les hématies (par leur élément nucléaire, bien défini chez les vertébrés inférieurs ou diffus chez les mammifères) il se produit une augmentation très nette de la résistance de ces éléments du sang ainsi que de leur volume. De plus, ces expériences confirment ce fait signalé pour la première fois par Danilewsky, à savoir que l'augmentation du nombre des hématies est corrélative de l'augmentation du poids des animaux traités par la lécithine.

MM. H. Stassano et F. Billon ont encore noté, à la suite des injections intra-veineuses de l'émulsion de lécithine dans la solution physiologique, une augmentation constante du nombre des leucocytes après chaque injection. Cette hyperleucocytose s'établit immédiatement, augmente jusqu'au lendemain et décline ensuite très lentement. (Soc. de biol., 8 février 1902.) L. G.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour six places de médecin.* — Le jury est provisoirement composé de MM. A. Renault, Aud'houi, Landrieux, A. Fournier, A. Petit, Bouchard, Robin, Huchard, Klippel, Landouzy, Roques, Schwartz.

— *Concours de l'Internat.* — Notes obtenues. — *Anatomie.* — Séance du 7 février 1902. — MM. Cauchoix, 10 + 11 = 21; Roland, 9 + 10 = 19; Béal, 7 + 10 = 17; Dromard (René), 6 + 11 = 17; Jardry, 8 + 9 = 17; Francoz, 4 + 9 = 13; Lemaire (Jules), 5 + 8 = 13; Prunier, 4 + 8 = 13; Delapchier, 3 + 5 = 8.

Séance du 8 février 1902. — MM. Bourguignon, 9 + 13 = 22; Lebar, 11 + 11 = 22; Dobrovitch, 9 + 10 = 19; Lœderich, 9 + 10 = 19; Ambrosi, 4 + 12 = 16; Bresard, 6 + 9 = 15; Mougeot, 6 + 7 = 13; Muller, 5 + 7 = 12; Vermeil, 3 + 6 = 9.

Séance du 10 février. — MM. Villaret, 10 + 11 = 21; Verliac, 8 + 12 = 20; Hébert, 7 + 12 = 19; Jeannel, 6 + 11 = 17; Mlle Maugeret, 6 + 10 = 16; MM. Leenhardt, 7 + 9 = 16; Burgaud (Victor), 7 + 7 = 14; Chevallier, 4 + 9 = 13.

Pathologie. — Séance du 7 février 1902. — MM. Le Play, 11 + 11 = 22; Lévy (Fernand), 11 + 9 = 20; Ollier, 6 + 12 = 18; Brissy, 8 + 9 = 17; Boudréaux, 8 + 9 = 17; Tassin, 9 + 8 = 17; Chaix, 7 + 8 = 15; Rodocanachi, 8 + 7 = 15; Leroux, 4 + 5 = 9.

Séance du 10 février 1902. — MM. Cantonnet, 13 + 11 = 24; Ricou, 10 + 13 = 23; Capette, 9 + 12 = 21; Cerise, 9 + 10 = 19; Omiécinski, 8 + 9 = 17; Herbinet, 9 + 6 = 15; Dreyfus, 8 + 6 = 14; Feuillié, 7 + 5 = 12.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 19. — SAMEDI 15 FÉVRIER 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 15 FÉVRIER 1902. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

La lutte contre l'alcoolisme par les médecins.

Ce qu'elle doit être.

Par M. H. TRIBOULET, médecin des hôpitaux.

Dans un numéro de ce journal (1), du mois de septembre, j'ai fait paraître quelques pages sur le même sujet, et j'ai eu soin de subdiviser le titre en deux sous-titres : 1° la lutte contre l'alcoolisme, CE QU'ELLE EST (partie traitée d'abord); 2° CE QU'ELLE DOIT ÊTRE (partie à traiter maintenant).

La première partie de mon sujet était bien définie par moi : LA LUTTE. CE QU'ELLE EST. — « Je vais passer en revue *ce qu'à ma connaissance* les médecins ont fait, en France, contre l'alcoolisme; » et, en terminant, j'ajoutais : « Je ne puis prétendre à donner une énumération *complète* des travaux accomplis dans le domaine scientifique, et dans celui de la pratique, par la plume, par la parole, par l'exemple et par les actes. C'est avec un réel regret que, par insuffisance documentaire, il me faut renoncer au plaisir de citer tous ceux qui furent, ou qui sont à l'œuvre. »

J'ai reçu plusieurs lettres de confrères, bien involontairement oubliés, qui, très aimablement, m'ont fait connaître, les uns leur opinion scientifique sur le sujet, les autres les résultats pratiques dus à leur initiative privée (œuvres, fondations). Ainsi qu'on devait le prévoir, et je suis heureux de le proclamer hautement, l'œuvre anti-alcoolique médicale est considérable déjà, et plus qu'on ne le croit communément.

Certains confrères, non moins aimables, mais d'esprit plus chagrin, se déclarent, sinon mécontents, du moins très peu satisfaits de l'effort médical qu'ils jugent parfaitement médiocre et insuffisant ; ils me disent que j'ai été trop élogieux pour nos co-lutteurs, et que je me contente vraiment de bien peu. J'offre en réponse à ces censeurs sévères les dernières lignes de mon premier texte : « Est-ce à dire que toutes les indications soient fournies? que tous les efforts soient tentés? Assurément non. Ma pensée est de montrer *simplement, sans critique,* ce que peuvent provoquer et réaliser les volontés médicales unies. »

Sans critique, ai-je dit. Dans mon premier travail — de pure énumération — j'envisage la lutte anti-alcoolique accomplie, en simple chronologiste : je dis ce qu'elle a été, CE QU'ELLE EST.

Dans cette deuxième partie du sujet, la *critique* devient de mise. Il est évident, au premier coup d'œil, sans même approfondir, que le résultat obtenu par l'action médicale dans la lutte anti-alcoolique est fort loin de ce qu'il devait être. Quelle en est la cause? Je la vois nettement dans notre insuffisance *quantitative*, et *qualitative*.

Insuffisance quantitative. — Voici quelques chiffres. Si on les croit inexacts, et faits pour forcer les contrastes, je m'empresse de déclarer qu'ils ne peuvent pécher que par excès — et que je les ai certainement majorés.

Pour le congrès anti-alcoolique de 1899 (c'était le VIIe, rappellerai-je), on a recueilli l'adhésion de 110 médecins français, alors qu'il y avait, à l'étranger, 90 adhésions médicales. C'est-à-dire que pour un congrès tenu *chez nous, parmi nous*, il y avait presque autant de médecins adhérents étrangers que français!

Les chiffres nous montrent encore que, pour 1900-1901, il y a 70 à 80 médecins inscrits dans la ligue nationale ; qu'il y en a 200, environ, dans l'Union française anti-alcoolique, et, quand nous porterions à 500 le chiffre probable des adhérents actuels, en France, qu'est-ce, je le demande, que ce nucléole, dans un corps médical de 15 à 20000 membres? Qu'est-ce que cette proportion militante de 500/15000 soit de 1/30?

Insuffisance qualitative. — Le corps médical comprend parmi ses membres les plus hautes personnalités de l'anti-alcoolisme — quelques *unités*; quelques *centaines* d'adhérents à la lutte, les uns très ardents, les autres, plus ou moins passionnés et actifs; et enfin des MILLIERS d'indifférents.

Voilà ce qu'il faut reconnaître dès l'abord, et je conclus que s'il n'y a guère, et surtout, que des abstentions parmi les médecins, au lieu de la mobilisation en majorité, sinon en masse, c'est que notre organisation actuelle est bien défectueuse ; j'établis aussi par anticipation, mais comme conclusion forcée, que c'est pour cela que notre action sur le public est et reste médiocre.

Voyons donc CE QUE DOIT ÊTRE, pour la lutte anti-alcoolique : *a.* l'*organisation médicale* (instruction et éducation du médecin); *b.* l'*action médicale sur le public* (instruction et éducation du public).

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 7 sept. 1901, p. 985.

I

A. **Organisation médicale.** — Cette organisation doit comprendre l'*instruction* et l'*éducation* du médecin en anti-alcoolisme.

I. Instruction. — Le premier devoir de tout médecin c'est d'étudier la littérature médicale anti-alcoolique. Qui veut s'instruire le peut aisément ; la bibliographie est colossale, et variée à souhait : science pure (chimie, anatomo-pathologie, clinique); morale (science sociale, etc.). Il faut le reconnaître, la plupart d'entre nous ont des notions théoriques fort satisfaisantes : nous savons, ou nous pouvons savoir que, *scientifiquement* je l'ai dit, je le répète à dessein, *aucun alcool n'est bon*; que, *scientifiquement, tous les alcools sont mauvais*, c'est-à-dire nuisibles à la santé. Ces vérités on les accepte bien... théoriquement. Mais pour s'en pénétrer au point de se faire une conviction intime, ferme, inébranlable, au point surtout de désirer que cette conviction diffuse chez les autres, pour leur plus grand bien, ce n'est pas assez de l'instruction théorique, il faut mettre en œuvre la toute-puissance de l'éducation.

II. Éducation. — Il semble, *a priori*, que tout médecin soit inscrit, comme d'office, dans les rangs de l'armée anti-alcoolique. Connaissant mieux que quiconque l'étendue et la nature du mal à combattre, le médecin est son ennemi désigné ; voilà le champion de la première comme de la dernière heure contre ceux qui veulent nuire aux autres ou à eux-mêmes ; voilà le guide assuré pour ceux qui veulent bien faire ; voilà le bon berger, pasteur de l'humanité, dont les brebis de Panurge sont toujours prêtes à suivre le vice et les vicieux...

Phrases flatteuses pour nous, mais vaine rhétorique, pure illusion. L'apparence est fort loin de la réalité. Une petite enquête morale, un examen de conscience nous révélera rapidement la tare foncière : l'absence de conviction, qui fait l'inertie. Par des raisons d'ordre matériel ou moral, relevant le plus souvent du seul intérêt personnel, de l'égoïsme le plus parfait, le corps médical dans son ensemble se fait souvent remarquer, quand on approfondit sa conduite, dans le cas particulier, par une insuffisance d'énergie et d'activité quasi totale. Des raisons invoquées en est-il une qui soit justifiable ?

Je m'abstiens de faire allusion, bien entendu, à ceux d'entre nous qui consomment ou qui vendent, et qui sont habituellement l'objet de plaisanteries faciles ; mais, en dehors de ces victimes du devoir non professionnel, quelques médecins convaincus se trouvent retenus, arrêtés dans la voie de saine réaction. Neutralisés par des exigences sociales : parents, amis, médecins de producteurs, d'industriels, de débitants, de consommateurs influents, ils jugent plus prudent, dans leur intérêt direct, de s'abstenir de tout commentaire sur la question. C'est encore explicable, sinon plausible.

Où l'étude psychologique du médecin devient plus piquante, c'est quand on veut comprendre pourquoi des gens instruits, convaincus et désintéressés, se tiennent obstinément en dehors de la lutte.

« Tout a été dit sur l'alcoolisme ; les gens savent *parfaitement* à quoi s'en tenir sur cette question, et ceux qui s'alcoolisent le font à bon escient ; par conséquent, il est inutile de *perdre* encore *son temps* sur ce sujet. »

Voici la phrase qu'un de mes collègues n'a pas hésité à me lancer un jour où je lui parlais de la nécessité plus que jamais pressante, pour le corps médical, d'intervenir contre l'alcoolisme.

Combien, malheureusement, parmi nous, parlent et raisonnent encore ainsi ! J'y vois, je le répète, l'expression d'un état d'esprit où il n'est pas malaisé de prouver que l'égoïsme tient la plus grosse part.

Tout a été dit. Traduisez : la question est pour nous médecins, maintenant, d'un médiocre intérêt scientifique ; c'est un sujet banal, rebattu, dont les effets sont usés pour les orateurs comme pour l'auditoire.

D'ailleurs, ce n'est pas à proprement parler un sujet médical ; il s'agit surtout de prêcher, de catéchiser : est-ce là notre rôle ? Nous avons tant à faire, et de plus important !...

A la bonne heure les sujets d'actualité ! *Trois* personnes, par an, meurent asphyxiées par les émanations d'un poêle mobile ; *un* enfant est intoxiqué par un vernis à l'aniline : aussitôt, médecins — et public — de crier haro ! sur poêles et vernis. Cependant, par milliers, des êtres humains meurent physiquement et moralement par l'alcool ; les médecins contemplent et se taisent, à la grande satisfaction du public que les récriminations à ce sujet effarouchent, et qui nous en veut beaucoup d'être dérangé dans ses petites habitudes.

Il est inutile de perdre son temps, disait mon interlocuteur. Ici encore la traduction du texte est facile, et le médecin, tout comme le vulgaire, met au service de l'apathie égoïste native toute la série des arguments qui semblent justifier le far niente. Interrogez votre entourage confraternel, et voici ce que vous observerez couramment. Le confrère vous protestera de ses convictions profondes ; il reconnaîtra l'étendue du péril, la nécessité de le conjurer ; il vous initiera même, d'ordinaire, aux secrets de sa participation *secrète*. « Je prêche d'exemple, vous dira-t-il ; je ne manque pas une occasion de sermonner les coupables ; mais, entre nous, je trouve inutiles, souvent puériles, ridicules, les associations, les ligues contre l'alcoolisme ; je n'aime pas, d'ailleurs, engager ma liberté. Ne me parlez pas de ces petites chapelles dont les conciles ne servent qu'à mettre en évidence, à pousser telle ou telle personnalité, etc. »

Je ferais tout un chapitre de ces phrases creuses à la faveur desquelles beaucoup de parleurs infatigables masquent leur essoufflement moral rapide ; le plus grand nombre redoutant assez la courbature pour préférer le repos préalable.

Le même égoïsme s'exprime encore par un travers bien pernicieux : la *crainte du ridicule*, ce mal français qui « avarie » parfois les meilleurs, et les conduit à la stérilité, ou à l'avortement moral. Il y a — qui s'en douterait — des sujets distingués, en médecine, et des sujets vulgaires ; l'alcoolisme est de ces derniers. Ridicule, un peu « naïf » qui s'en occupe. Si nous sommes naïfs, que sont donc ceux qui n'hésitent pas, par crainte du ridicule, à se prêter à des contradictions vraiment humiliantes pour le bon sens, et dans le genre de celle-ci ?

— La *morphine* tue le corps et la pensée. — Ne devenez pas morphinomanes. Au nom de la science, de la morale, des intérêts sacrés de l'humanité et de la famille, nous vous le défendons.	— L'*alcool* tue aussi l'intelligence et la matière. — Ne m'en veuillez pas, ne me trouvez pas ridicule, si je vous dis — en passant — ne vous alcoolisez pas... je ne vous le répéterai plus.

<table><tr><td>— Nous ferons tout pour vous en empêcher.</td><td>— D'ailleurs, alcoolisez-vous, si cela vous plaît ; je ne ferai rien pour combattre votre penchant pervers...</td></tr></table>

Voilà, à bien peu de chose près, la logique de nos raisonnements.

Fausse honte, indifférence, paresse ou apathie morale ; que les raisons que j'invoque soient ou non les bonnes ; qu'il y en ait de meilleures ; un fait reste avéré, c'est que notre insuffisance qualitative aboutit à cette insuffisance quantitative : la participation en minorité lamentable du corps médical à la lutte anti-alcoolique, puisque, je le répète, à peine un trentième d'entre nous s'y intéresse, puisqu'il serait facile de prouver qu'à peine un centième y prend réellement part.

Ce que doit être *l'organisation médicale* (*instruction et éducation*). — Y a-t-il un remède à cet état de choses? une amélioration possible? Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Mais, pour amener tous les membres de notre corporation au niveau intellectuel et moral voulu, il ne suffit pas de compter sur l'excellence innée de chacun de nous : pour lui faire comprendre en quoi l'alcoolisme n'est pas seulement une question d'intérêt majeur ou mineur, dans un bilan d'études ; pour lui faire bien saisir son rôle chaque jour prédominant en pathologie individuelle, et surtout sociale, il faut, *dès son entrée dans la carrière*, attirer l'attention de l'étudiant sur la question de l'alcoolisme ; il faut, dans nos écoles, un enseignement anti-alcoolique.

Cet enseignement qu'ont réclamé Ruyssen et Legrain, qu'a commencé Debove, il faut le faire passer de l'état de projet ou d'ébauche, à réalisation. On ne voit pas pourquoi chaque génération scolaire n'aurait pas sa série de leçons sur le sujet, et pourquoi les jeunes docteurs ne posséderaient pas tous les articles de foi d'un dogme anti-alcoolique.

L'enseignement par les écrits, par la parole, on le trouvera toujours aisément, mais il faut plus, il faut des actes, et, parmi ceux-ci, il en est un qu'on doit réclamer comme le premier exemple animé de la vertu, comme de la vraie morale en action. Cette vraie preuve de conviction, cet argument vainqueur en matière d'anti-alcoolisme, c'est pour les nouveaux venus dans la carrière, de trouver leurs anciens *groupés*, *associés*.

En matière de groupement médical, notre corporation a tout à faire, en France. Je dis : en France, car, à l'étranger, on a commencé à agir dans le sens que nous indiquons. Puisque nous sommes en arrière, imitons les bons exemples, et suivons du moins le progrès là où il se montre. C'est de la Belgique que nous vient la lumière, en reflet, d'ailleurs, de ce qui se passe en Angleterre, en Allemagne et en Suisse. Nos voisins ont reconnu que la documentation éparse, que les efforts isolés ne donnaient qu'un rendement insuffisant. Justifiant la devise nationale « L'union fait la force », ils se sont associés. « Nous ne concevons, nous dit le docteur Bienfait [de Liège (1)], qu'un moyen de remplir les desiderata, *mais il est bon*, c'est d'organiser une Société médicale de tempérance. »

Cette association s'attachera à répandre les idées anti-alcooliques dans le corps médical par divers moyens, discours, conférences, etc. ; mais, surtout, par la rédaction d'un journal périodique, trimestriel, par exemple, qui sera envoyé régulièrement au plus grand nombre possible de médecins. Cette société *manque* en France, on peut l'établir facilement, et il est urgent de le faire. Cette idée arrive à son heure, ce qui le prouve, c'est qu'elle a pleinement réussi en Belgique. La Société médicale de tempérance belge a compté dès la première année de sa fondation 135 membres, presque autant que le total des ligueurs médicaux de France, où, toute proportion gardée, nous devrions en relever près de 1 000. A titre documentaire pour ceux que l'idée pourrait attirer, voici les bases principales du règlement de cette Société :

Art. I. — La Société, ouverte à toute personne exerçant l'art de guérir, se propose d'étudier à fond et sous toutes ses faces la question de l'alcoolisme, de répandre par la plume et par la parole le résultat de ses études, et enfin de *mettre en pratique* les idées qu'elle défend.

Art. II. — Les membres ne prescriront l'alcool que d'une façon passagère, et seulement dans les cas où ils le jugeront indiqué d'une façon formelle...

Art. IV. — Les membres *effectifs* déclarent s'abstenir complètement de toutes boissons distillées (rhum, cognac, eau-de-vie, etc.), et ne font qu'un usage très modéré de boissons fermentées (vin, bière).

« Il faut, ajoute le docteur Bienfait, qu'une société de médecins pratiquant la tempérance organise avant tout une propagande active et bien conçue parmi tous les membres du corps médical. »

A qui l'honneur et le mérite de fonder une telle société chez nous?

Pour en revenir à ce qui concerne l'étudiant, il lui faut, dès le premier jour, être initié à l'existence d'un anti-alcoolisme militant ; et pour cela, il faut le diriger de bonne heure vers les œuvres de propagande. Sa participation devra être double : passive (il se laisse enrôler) ; active (il fait des recrues dans les milieux scolaires). C'est encore de Belgique que nous vient l'exemple. Dans une brochure de M. G. de Leener, *Les étudiants et l'alcool* (Bruxelles, 1900), je trouve les statuts de l'association belge de tempérance des étudiants et anciens étudiants. Elle me paraît le complément moral de ce qui est, en pratique, une institution comme celle des restaurants coopératifs d'étudiants, tels que nous les fait connaître une fondation toute récente à Paris (1).

II

B. **Action médicale sur le public** (*instruction et éducation du public*). — Sur quel milieu doit porter notre action? Le public est fait d'un mélange d'ignorants qu'on peut instruire ; d'hésitants qu'on peut convaincre. Avec un premier lot de convertis on entraînerait sûrement la masse des indifférents qui se nuisent, et qui nuisent aux autres par pure inconscience. Comment convaincre? Ici encore par l'*instruction*, assurément ; mais bien davantage par l'*éducation*. On peut affirmer que le succès ne saurait appartenir qu'à l'emploi de ces deux moyens d'action judicieusement combinés.

(1) Dr A. Bienfait. Rôle du médecin dans la lutte contre l'alcool, *C. R. du VIIe Congrès* (U. F. A., 5, rue de Latran), 1900, t. II, p. 241.

(1) Tout ce que nous envisageons ici à titre de généralités s'applique, est-il besoin d'y insister, aussi bien à l'élément civil qu'au corps de santé de l'armée et de la marine. Le rôle d'éducateurs futurs des médecins militaires nécessite au premier chef un enseignement anti-alcoolique dans nos Écoles de Lyon et de Bordeaux.

I. Instruction. — Tout mal vient d'ignorance, et l'alcoolisation du public le prouve d'une façon surévidente. La croyance dans la nécessité des stimulants (à forme alcoolique neuf fois sur dix); les propriétés merveilleuses, pour la santé et pour la force, que le vulgaire attribue à ses toxiques quotidiens, sont autant d'articles d'erreur qu'il est de notre devoir de combattre et de détruire.

Pour cela, un des moyens les plus simples semble consister à mettre à la portée de tous les vérités les plus saisissantes par la voie des publications. Est-ce là un moyen bien efficace? Moins, peut-être, qu'on ne le croit.

Des ouvrages anti-alcooliques ont commencé et continuent à se répandre dans les bibliothèques des écoles, des lycées, des mairies, des centres de réunions populaires; eh bien, à ceux qui attachent une importance décisive à ces publications, je me hâte de dire : Ne comptons pas sur les écrits pour réaliser un travail d'assainissement efficace. Le livre, la brochure est toujours un peu comme un plaidoyer dans lequel l'écrivain est à la fois juge et partie : sa bonne foi reste toujours un tantinet suspecte. Dans la masse des intelligences frustes qui liront, à côté de quelques sujets de choix, recrues faciles, il y aura la majorité réfractaire des médiocres et des nuls, sans compter les intéressés, qui feindront de ne pas comprendre. Les médecins ont beau imprimer que tout alcool est inutile et nuisible, ils ont beau le prouver, le gros public, l'immense majorité des gens ne verra, ou ne voudra voir que ceci :

Les médecins parlent bien de ce qui est mauvais, nuisible; mais... « si on nous donnait du bon ! »

Sincèrement, je le répète, il n'y a guère à gagner sur ce terrain, par nos écrits (1).

Je ne suis nullement un détracteur de l'instruction populaire, même à tous ses degrés et dans tous les milieux, mais, un grand conducteur d'hommes a dit : « Après le pain, le premier besoin du peuple, c'est l'éducation. » Et, dans le sujet spécial qui nous occupe, c'est l'*éducation* du public que j'estime avant tout nécessaire. Son influence prime de beaucoup celle de l'instruction si étendue qu'on la suppose.

II. Éducation du public par les médecins. — Par les écrits, on s'adresse à l'intelligence, et on peut la redresser. Mais est-ce le plus puissant moyen de combattre l'alcoolisme? Je ne le crois pas — aucun médecin ne le croit non plus. L'alcoolisme n'est pas un vice de l'intellect, c'est une dépravation de l'instinct, une habitude vicieuse. Si on devient alcoolique c'est peut-être par perversion de l'ouïe, à force d'entendre vanter les vertus imaginaires des philtres de santé et de force; c'est peut-être par perversion de la vue, dans les milieux sociaux où boire est bien porté; il faut donc parler et écrire à l'encontre de ces déviations des sens intellectuels. Mais il est évident, pour tout médecin, que l'influence hiérarchique suprême dans le vice appartient à un sens beaucoup moins noble que les précédents, celui du goût et de ses déviations par habitudes vicieuses.

Si nous admettons la force irrésistible du « qui a bu, boira » nous en revenons à demander l'éducation du goût par prohibition de l'excitant funeste qui provoque le besoin morbide irréfrénable.

(1) Je parle ici, bien entendu, des seuls ouvrages de bibliothèques à format de livres sérieux; j'ai déjà dit et je rappellerai tout ce qu'on doit attendre des imprimés de vulgarisation : romans, brochures volantes, placards imprimés, qui ressortissent avant tout à l'influence éducatrice.

Le médecin doit entrer dans tout le détail que comporte un tel sujet. Il s'agit de diététique, et il me semble que ne nous resterait-il qu'un rôle, ce serait celui de diriger le régime de nos concitoyens dans le seul sens que nous savons normal : celui de l'abstention. Les médecins peuvent pour cela s'adresser au public; soit à *titre officiel*, soit à *titre privé*. Voyons et comparons l'influence de ces deux moyens d'action.

I. *Influence médicale officielle*. — Pour agir sur l'opinion publique, il suffit souvent de procéder par indications affirmatives et négatives bien catégoriques; si celles-ci partent de haut, les gens se soumettent plus ou moins vite. Il ne serait même pas impossible de pousser affirmations et négations à leurs conséquences extrêmes, à la restriction, à la prohibition même, en ce qui concerne l'usage des boissons alcooliques. Mais encore faut-il s'en occuper. Or, on ne s'en occupe pas, ou guère.

Les médecins au pouvoir, les hautes assemblées médicales ont un rôle prédominant à jouer dans la question : il est aisé de reconnaître, à simple examen, que les uns et les autres sont loin de donner ce qu'on peut attendre d'eux.

J'ai dit ce que quelques-uns de nos confrères élus députés ou sénateurs, et surtout ce que quelques conseillers généraux ou quelques maires avaient tenté contre l'alcoolisme. En cherchant bien, on trouve au Sénat, et à la Chambre, parmi les médecins, trois ou quatre sénateurs, et *un* député qui ont élevé la voix en faveur des mesures prohibitives et restrictives indispensables.

De sorte que voilà au Parlement au moins *cinq* médecins favorables à la bonne cause!

Or, au 20 janvier 1901, on relève l'existence de 42 sénateurs médicaux, et celle de 53 députés-médecins, au moins de titre. Sur ces 95 personnalités médicales, 4 au moins, 5 au plus, se sont occupés d'anti-alcoolisme.

C'est quelque peu faible, et on peut, à ce sujet, rappeler le mot de Piron pour l'Académie française : « Ils sont là-dedans quarante qui ont de l'esprit comme quatre; » ainsi pouvons-nous dire : « Ils sont là-dedans quatre-vingt-quinze qui ont de la conviction comme cinq! »

Où est-il le Caton moderne qui ouvrirait toutes les séances par un infatigable : *Delendum est alcohol*?

Mais non, pas un qui juge que la chose en vaille la peine! Des médecins qui savent, et qui ne parlent pas, à tout prix, fût-ce au prix de leur mandat : c'est vraiment une triste chose!

Par-dessus la tête des 500 exploiteurs intéressés de l'alcool et des alcoolisés, c'est droit à nos confrères, qui devraient être si loin de son atteinte, que va cette rude apostrophe de Brieux :

« Ils ne parviennent pas à trouver une heure pour parler de ces trois dieux farouches (alcool, tuberculose, syphilis), auxquels l'Égoïsme et l'Indifférence font chaque jour de terribles, d'épouvantables sacrifices humains. Ils n'ont pas de loisirs pour combattre la Trinité féroce qui supprime chaque jour des milliers d'existences.

L'alcoolisme!

Il faudrait interdire la fabrication des poisons et restreindre le nombre des débitants, mais comme on a peur des gros distillateurs qui sont riches et puissants, et des petits débitants qui sont les maîtres du suffrage universel, on s'endort la conscience en se lamentant sur l'immoralité de la classe ouvrière, et en faisant des petites brochures ou des sermons. Fumistes! »

L'un des nôtres, sortant du rôle de comparse auquel se laissent réduire les médecins dans nos deux Assemblées, pourrait pourtant bien poser dans un ministère la question sous son vrai jour. L'alcool, dites-vous, est indispensable pour équilibrer d'un appoint de 500 millions le budget annuel; mais le chiffre voulu n'est atteint, vous le savez pertinemment, qu'au prix de sacrifices matériels et moraux effroyables. La masse n'a jamais compris encore que vos 500 millions sont faits, chaque année, des pires désastres dans la petite ou moyenne épargne, de maladies, d'infirmités, de morts à l'infini. Ce n'est plus même, avec vous, la formule de voleurs de grands chemins. — Ce que vous demandez, ce que vous prenez — c'est la bourse ET la vie!

Est-il vrai que vos 500 millions représentent des milliers de vies humaines?

Les ministres l'ignorent-ils?

Les médecins-élus du suffrage l'ignorent-ils?

S'ils le savent, de quel nom qualifier leur complicité?

Ils le savent, mais, admettons — cela vaut mieux — qu'ils l'ignorent. Apprenons-leur tout cela, et réclamons de ces dilettanti du devoir : 1° la limitation des débits, 2° la prohibition de la vente des produits déclarés toxiques par les *autorités* compétentes.

Je rappelle les considérants de l'Académie invoqués par Vaillant, et voici des conclusions, empruntées à Magnan et à Legrain, qui se recommandent à toute la sollicitude de nos confrères des deux Chambres : 1° 7 asiles spéciaux pour le traitement des alcooliques devraient être créés en France : 1 pour le département de la Seine et 6 régionaux : 1 dans le nord, 2 à l'ouest, 1 au sud-ouest, 1 au centre et 1 à l'est. — 2° Des sociétés d'abstinence et des sociétés de patronage consolideraient au dehors la réforme salutaire commencée à l'asile. — 3° Des établissements de consommation pour les abstinents compléteraient l'ensemble des moyens curatifs de l'alcoolisme. — 4° Quelques articles additionnels ajoutés à la loi du 30 juin 1838, permettraient la séquestration des buveurs d'habitude et leur maintien pendant le temps nécessaire à leur guérison. — 5° Le Conseil supérieur de l'assistance publique émet les vœux : *a.* qu'un impôt plus élevé frappe la production totale de l'alcool en France; que, par suite, se trouve supprimé le privilège des bouilleurs de cru; *b.* qu'un dégrèvement complet, si c'est possible, soit effectué sur le vin, le cidre, la bière, le thé, le café, le sucre; *c.* que le droit des licences des cabarets soit quadruplé; *d.* que les licences ne soient accordées à l'avenir qu'à des conditions déterminées (honorabilité des tenanciers; chiffre de la population); *e.* que la vente des boissons spiritueuses soit prohibée dans les prisons, dans les cantines des travaux de l'État et des municipalités, dans les cantines de l'armée; *f.* qu'une application plus rigoureuse soit faite des lois répressives de l'ivresse.

Les *autorités* médicales compétentes, à leur tour, ont à faire plus qu'elles n'ont fait jusqu'ici. L'Académie de médecine a presque constamment été à la hauteur de son mandat. Grâce à la présence de certaines personnalités éminentes, l'alcoolisme se maintient assez couramment à ses ordres du jour; mais, étant donné l'importance des Bulletins que publie cette société savante, et leur diffusion par publicité dans la grande Presse, il serait à désirer qu'on adjoignît au programme de chaque séance une sorte de chronique de l'alcoolisme, et celle-ci comprendrait, entre autres choses, comme l'a demandé Fernet, le bulletin de la mortalité hebdomadaire par l'alcool. C'est assurément un des arguments les plus frappants pour les lecteurs.

Les *sociétés médicales* se désintéressent de la question, ou à peu près; et cette quasi-indifférence s'explique en quelque sorte. Pour les trop courtes séances d'une société, comme celle des hôpitaux, par exemple, les programmes sont si chargés de questions scientifiques diverses, qu'on trouve à peine les minutes supplémentaires nécessaires aux discussions d'intérêt professionnel, à plus forte raison la question de l'alcoolisme est-elle sacrifiée. Et pourtant, sur ce point, notre Société des hôpitaux a de bien bonne besogne à accomplir (1). Parmi les mesures urgentes à prendre, je vois, au passage, les questions successives : 1° de la désalcoolisation thérapeutique des malades et diététique du personnel, suivant les indications fournies par Jacquet; 2° de l'éducation du public hospitalier par les affiches, par les brochures de propagande, par les conférences aux convalescents et aux infirmiers et infirmières; 3° des œuvres d'utilité immédiate :

a. Telle que celle du placement médical dans les asiles spéciaux de buveurs. A l'heure actuelle, rien n'est difficile pour nous, compliqué et incertain pour le malade, comme le placement d'un alcoolique : à l'état aigu il va à Sainte-Anne; chronique, il reste chez lui... ou dans la rue;

b. Telle qu'une œuvre complémentaire indispensable qui s'occuperait de l'avenir de ces sujets. L'alcoolique guéri a particulièrement besoin de conseils, d'avis, de secours moral : à qui peut-il s'adresser mieux qu'au médecin? C'est nous seuls, presque, qui pouvons être ses répondants quand nous lui permettons de rentrer dans la vie courante (2).

Voilà, en énumération rapide, incomplète et limitée forcément aux indications dominantes, ce qu'ont à réaliser plus spécialement ceux d'entre nous qui ont charge d'un service public (bureaux de bienfaisance, dispensaires, sociétés ouvrières, asiles, hôpitaux, etc.); leur rôle est de faire l'éducation du public et de lui porter secours et assistance.

II. *L'initiative médicale privée.* — Cette initiative s'affirmera par des *écrits*, par des *paroles*, par des *actes*. Sous l'un ou l'autre de ces trois modes, le médecin peut beuucoup, pourvu qu'il ne craigne pas de mettre sa personnalité en avant, dût-il être plus souvent ainsi à la peine qu'à l'honneur. Voyons dans quelle mesure on peut réaliser par ces moyens un maximum d'utilité.

ÉCRITS. — Et d'abord des écrits didactiques, savants, à allures techniques, il n'en faut pas parler. Ces écrits vont des médecins aux médecins; à la rigueur encore s'adressent-ils à une élite curieuse, d'ailleurs déjà convaincue, d'ordinaire. Comme le répète volontiers le professeur Folet (de Lille), « moins de cirrhose, de sclérose, de néphrite, etc. » C'est avec des termes plus usuels qu'on devra se faire comprendre dans les publications de propagande. C'est aux médecins de composer des textes simples et clairs, vraiment rédigés à l'usage du public, et variant avec les divers milieux qu'il s'agit de convaincre.

Le médecin militant, écrivain ou orateur, doit réunir en sa seule personne une foule de qualités précieuses, et il faut que ces diverses qualités soient développées avec mesure : notre documentation évitera les allures trop savantes, quasi

(1) Toutes les considérations qui suivent s'appliquent également aux diverses *Sociétés médicales*.

(2) Dr PORNAIN. Assistance et traitement des alcooliques; colonies familiales, *Progrès méd.*, 1900.

pédantesques, disent les malveillants; notre texte ou nos phrases éviteront les façons qui sentent le prône et le sermon, et avant tout le parti pris. L'écueil c'est de remplacer le médecin par une sorte de prédicateur religieux ou politique.

On ne saurait croire combien de gens des mieux intentionnés sont arrêtés dans leur zèle à bien faire et à bien dire par les contradictions des hommes de science — et plus encore par les exagérations doctrinales — si ces assertions ne reposent pas sur un vrai fond scientifique.

D'autre part, quel danger il y a à codifier d'une façon insuffisamment explicite et sans méfiance des interprétations à côté intéressées !

Je sais des textes rédigés par des médecins des plus instruits, philanthropes avérés, qui, réglementant l'usage du vin, parlent de la consommation *possible* d'un litre par jour. Le public n'ira pas à la recherche des restrictions; les gens ont lu qu'*un* litre de vin par jour peut être admis, ils l'admettent, et je vous laisse à penser ce qu'il en peut advenir pour un tas de débilités, de détraqués et même d'individus antérieurement sains qui se soumettent à un tel régime.

Ce que demande la conscience publique est net; les points sur lesquels il faut lui donner satisfaction, les voici, mis en évidence par le texte d'un abonné du *Relèvement social* en 1898 ou 1899 :

« Monsieur,

J'ai l'honneur de recourir à votre intermédiaire pour vous prier de vouloir bien appeler l'attention des honorables promoteurs de la campagne anti-alcoolique sur les points suivants :

Pour tout homme de bonne foi, il ne fait pas de doute que l'alcool absorbé en *trop grandes* quantités produit une désorganisation du corps et l'abrutissement de l'âme, mais ce qui est beaucoup plus délicat, c'est de savoir à partir de quelles limites la quantité est *trop grande*. En d'autres termes, a-t-il été fait des expériences vraiment scientifiques et concluantes sur les divers points suivants :

1° A partir de quelle dose d'alcool absorbée dans les vingt-quatre heures a-t-on la certitude qu'une partie au moins de cet alcool n'est pas assimilée par l'organisme ?

Y a-t-il lieu de distinguer si l'alcool a été absorbé en une seule fois ou en deux ou trois (c'est-à-dire aux repas)? S'il a été absorbé à l'état d'eau-de-vie ou de boisson fermentée, de vin, de cidre ou de bière?

Peut-on établir si on est capable d'une plus grande somme de travail en ne buvant que de l'eau ou une certaine quantité de boisson fermentée? et, si une certaine quantité de boisson fermentée augmente la capacité de travail physique en dépassant cette dose, quels sont les résultats obtenus ?

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'extrême importance pratique de cette étude, car tout le monde, par exemple, est convaincu qu'on a plus de force pour travailler en buvant du bon cidre qu'en buvant de l'eau, et qu'une nourrice fournit du meilleur lait à l'enfant en ayant une *bonne boisson* qu'en buvant de l'eau;

3° La plupart des personnes qui ne font usage d'aucune boisson fermentée ni d'eau-de-vie, ont l'habitude de boire, soit du lait, soit du thé ou du café. N'est-ce point la reconnaissance implicite que notre organisme se trouve bien d'un stimulant quelconque qui tantôt lui est fourni par l'alcool ingéré sous forme de vin, de cidre, de bière, tantôt lui est fourni par les infusions de thé, café ou autres substances plus ou moins analogues ?

Je serais très heureux si des réponses précises pouvaient être données, d'ici quelque temps au moins, à ces diverses questions; à mon sens, ces questions sont d'une importance capitale pour notre pays et pour beaucoup d'autres. Pour réussir dans la campagne anti-alcoolique, il importe autant d'éviter les excès contre que pour, etc... »

Ce texte, ainsi que je disais, nous montre bien toutes les conditions de la tâche à remplir. Il y a lieu — et c'est un travail qui nous incombe entièrement, à nous médecins — il y a lieu de fixer un certain nombre de données scientifiques, à la fois *positives, définitives*, si possible, et aussi *simples* que *précises*.

Veut-on un exemple d'affirmation médicale catégorique? Je signale ces conclusions qu'un de nos confrères, le docteur Morin a rédigées pour le Ve Congrès de la Société française de la Croix-Bleue à Saint-Etienne, en septembre 1901 (1) :

1° *Le vin est un médicament actif, et, comme tel, il a des contre-indications nettes*;

2° *Le vin chez un buveur modéré n'a plus la valeur thérapeutique qu'il a chez un abstinent*;

3° *Pour les anciens buveurs ou les enfants de buveurs — quel que soit leur âge — le vin est toujours contre-indiqué*;

4° *Tant que la croissance n'est pas terminée, le vin est nuisible dans l'alimentation régulière*;

5° *Dès que le système nerveux est touché, le vin agit sur lui comme un poison.*

Nous nous occupons ici de l'alcool, en général. Je ne veux pas aborder à la légère, et en passant, la brûlante question de l'*usage du vin*. Toutefois, je rappelle que certains médecins tiennent ce produit en forte suspicion, et lui attribuent, tel Lancereaux, des conséquences pathologiques quasi spécifiques (œnilisme). Le docteur Dor [de Lyon (2)] pense que, dans la région où il observe, certains troubles nerveux, notamment l'amblyopie, relèvent plus du vin que de l'alcool, des eaux-de-vie, liqueurs et boissons similaires.

Quoi qu'il en soit, tout ce qui vient d'être dit s'applique, *a fortiori*, à l'alcool, et ce n'est pas un de nos moindres devoirs que de ramener le sentiment de bon nombre de confrères, et celui du public à une juste mesure en ce qui concerne l'usage des boissons distillées et fermentées (3). L'alcool est un médicament-poison; il doit être réservé à des indications thérapeutiques que nous devons préciser. Il est bon de signaler que des guérisons rapides et parfaites sont obtenues — toutes proportions gardées — aussi bien sans alcool, sinon mieux, qu'avec alcool. Il y a lieu de signaler le danger de l'emploi inconsidéré des préparations à base d'alcool, à base de vin, chez les convalescents, chez les femmes grosses, chez les nourrices, chez l'enfant; car nous avons sur la conscience, nous, le corps médical de ces vingt dernières années, plus d'un cas d'alcoolisation par voie thérapeutique.

Voilà ce qu'il faut faire savoir au public; mais ne comptons pas sur les ouvrages didactiques que le public ne lit pas. Pour avoir prise sur elles, il faut sacrifier au goût littéraire des masses. La science est pour la plupart de nos

(1) Je rappelle ce que je disais dans mon premier article. Je suis convaincu que la Croix-Bleue, société d'abstinence totale, doit renfermer un certain nombre de médecins français. Voici qui le prouve.

(2) L. Dor. Cong. de Saint-Étienne, 1897.

(3) Ce que le docteur Baret (de Sillé-le-Guillaume) attaque spirituellement sous le titre d'*alcoolisme* médico-pharmaceutique.

contemporains ce qu'en offrent les chroniques de vulgarisation scientifique des journaux politiques, aussi est-ce par le journal que doivent parler les éducateurs en anti-alcoolisme. Je n'en veux pour preuve que le retentissement des articles récents de Daremberg dans le *Journal des Débats* (août et septembre 1901). Un succès de ce genre, c'est une victoire en bataille rangée dans notre lutte. C'est un exemple à suivre. J'y vois encore un avantage, celui d'attaquer et de vaincre une habitude par une habitude. Tous les jours, petits et grands achètent leur journal ; et boivent en lisant, ou lisent en buvant ; tous les jours, l'imprimé quotidien doit attaquer l'alcool. A nous de trouver le journal, qui accueille nos revendications ; à nous d'en créer un, si les autres nous sont fermés.

Avis. Affiches. — Parmi les écrits, comme parmi les discours, les plus courts sont parfois les meilleurs, et ainsi peut se plaider la supériorité de l'affiche, de la simple bande sur la page imprimée.

Pour le professeur Folet, et ses arguments sont des meilleurs (système de la contre-réclame), la propagande par affiches est un de nos bons moyens d'action. Ce maître convaincu a mis depuis longtemps ses projets à exécution. Toutes les sociétés antialcooliques ont composé des placards explicites (affiches de l'U. F. A.) ; bien des médecins en ont également rédigé (avis de Le Gendre), etc., tous sont excellents. Ce qui reste insuffisant c'est leur répartition, leur dispersion ; il s'agit que *tous veuillent* bien contribuer à la tâche d'assainissement. Ceux d'entre nous qui ont charge d'un service public (bureaux de bienfaisance, dispensaires, sociétés ouvrières, asiles, hôpitaux), sont des mieux placés pour l'œuvre en question. C'est par leur fermeté et par leur persévérance qu'on obtiendra quelque progrès, en dépit des obstacles, et ils ne manquent pas (1) !

En cette matière, concision, brièveté, laconisme même, sont des éléments de la plus haute valeur pratique. A ce titre, j'appelle l'attention des textes ci-contre empruntés à l'œuvre populaire des sanatoriums antituberculeux.

« Le plus grand fournisseur de la tuberculose est l'alcoolisme ; »

« La porte du cabaret (2) conduit à l'hôpital ; »

« Point d'excès, point de médecin ; » etc.

Puisque j'invoque ici l'action auxiliaire des ligues antituberculeuses, je ne saurais trop insister sur la valeur de l'argument : tuberculose-alcool. S'il est permis d'agiter devant les foules certains épouvantails, comme devant les enfants, n'est-ce pas celui des ogres monstrueux qui dévorent par milliers les grands enfants inconscients dont se compose la foule ?

Mais pour que les écrits aient une valeur certaine, *il faut* qu'ils soient nombreux, innombrables ; il faut qu'ils pénètrent partout (institutions privées, institutions d'État) ; *il faut* que leur distribution soit approuvée en haut lieu ; il faut forcer les résistances, même les plus intéressées. Ce qu'aucun de nous ne peut obtenir seul : l'appui des pouvoirs publics, une *association médicale* l'obtiendrait.

(1) Voici un exemple entre tant d'autres. A propos de l'affichage des *Avis* anti-alcooliques dans les hôpitaux, l'Assistance publique — *que l'alcoolisme ruinera* — eh bien ! l'Assistance reste inerte, impassible. Elle veut bien — encore n'en a-t-il pas toujours été ainsi — ne pas supprimer ce que nous commençons, mais son personnel, non stylé, nous est presque toujours hostile et ne nous est jamais, en tout cas, d'aucun secours.

(2) J'ajouterai et du café.

Conférences. — *Scripta manent, verba volant.*

Contrairement à ce proverbe, les paroles ont en anti-alcoolisme plus de force que les écrits. C'est que le texte conserve toujours un certain air d'impersonnalité, d'anonymat ; même dans les mieux rédigés, la conviction ne s'affirme pas toujours, ni pour tous. Parler c'est forcément donner un peu de soi-même, parfois beaucoup, surtout si le discours s'adresse à des collectivités.

Notre rôle, notre devoir, à nous qui savons, qui voyons et qui prévoyons pire, c'est de parler ; la conférence est chose d'une valeur immense, mais il ne devrait pas n'être question que de ces conférences isolées, où les mêmes apparaissent toujours sur la brèche, mais de séries de conférences pour tous les âges, pour les deux sexes, pour les gens de toute condition (1), et des conférences ainsi réglementées ne peuvent venir que d'une société nombreuse, puissante, où une organisation parfaite peut permettre la division du travail (2).

Fondations anti-alcooliques. — Écrits, paroles, phrases pleines ou creuses, ne sont pas la vraie formule anti-alcoolique. Celle-ci doit s'inspirer encore d'un proverbe latin : *Non verba, sed acta.* Œuvres de Legrain, à Paris ; de Sorel, au Havre ; de Lande, à Bordeaux ; œuvres de Marseille, de Lyon, de Saint-Étienne, de Rouen, pour ne parler que des grandes villes ; œuvres de nos centres ruraux, dont le cercle populaire de tempérance de La Salle (Gard) nous fournit un exemple parfait, grâce à l'impulsion du docteur Malzac ; cercles de la Sarthe, cercles de Pontarlier, cercles répartis, en un mot, au hasard de la dissémination des grandes volontés pour le bien, dont notre pays est si prodiguement pourvu ; ces œuvres, voilà les modèles à imiter, à reproduire à l'infini. Restaurants de tempérance à demeure ; roulottes suivant l'ouvrier pour lui fournir le *nécessaire* (aliment) en place du *superflu* (alcool) ; cercles de tempérance, avec leurs bibliothèques, leurs jeux, leurs salles de réunion, leurs conférences, avec leurs bars de tempérance ; maisons du soldat, maisons du marin ; voilà les créations dignes d'occuper au premier chef la sollicitude du médecin, hygiéniste par devoir, s'il ne l'est par vocation. Ce n'est peut-être ni vous, ni moi, isolément, qui créerions rien de semblable ; mais ce que nous ne savons pas réaliser, nous pouvons aider les autres à le commencer et à l'entretenir ; et celà, je le répète, je le clame, par l'union de toutes les bonnes volontés dans une association médicale anti-alcoolique.

Toutes ces fondations, ces œuvres anti-alcooliques que nous avons déjà obtenues de l'initiative privée, rares, éparses, de trop minime importance parce que les admirables promoteurs que nous avons mentionnés sont eux-mêmes peu nombreux, et plus riches en bonne volonté qu'en ressources de temps et d'argent, ces œuvres il faut les avoir nombreuses, groupées, imposantes et, pour cela, il faut l'initiative collective.

(1) Nos confrères de l'armée ne restent pas en arrière dans ce mouvement, et quelques séries de conférences, comme celles qu'a instituées M. le médecin-major Rudler au 42e d'infanterie, peuvent être considérées comme de la plus haute influence éducatrice.

(2) Ai-je besoin de rappeler les heureux effets de la combinaison des divers moyens d'action entre eux ? Rien ne prépare mieux une conférence, ne la termine mieux et n'en souligne plus avantageusement les passages utiles que la présence d'affiches, que la distribution de textes imprimés et que l'emploi de projections. Tous moyens qui, réunis, représentent du temps et de l'argent, au delà des ressources isolées, et que peut procurer le groupement, l'association.

IL FAUT des établissements de tempérance, des cabarets d'alimentation et de boissons hygiéniques ; IL FAUT des écrits médicalement anti-alcooliques; IL FAUT des conférences médicales anti-alcooliques... mais pour obtenir tout cela, IL FAUT du temps et de l'argent.

Pour avoir beaucoup de temps et d'argent, IL FAUT solliciter un peu de chacun, et c'est par la seule association que peut se constituer réellement un sérieux fonds de réserve. *Au point de vue matériel*, la conclusion de tout ce que j'ai écrit se formule en un seul désideratum :

IL FAUT *une association médicale anti-alcoolique*.

Au point de vue moral, c'est à la même formule que j'aboutis encore. Pour qu'une œuvre soit considérée du public, IL LUI FAUT, en France, du moins, c'est indispensable, IL LUI FAUT gagner l'appui des pouvoirs publics; IL FAUT avoir la sanction des sociétés savantes, or, appui et sanction ne se donnent pas à tel ou tel, à vous ou à moi, isolément; mais à coup sûr on hésiterait à les refuser à une puissante association, qui, d'ailleurs, saurait se charger de les conquérir.

Pour arriver à éveiller chez les dirigeants exploiteurs, et dans la masse exploitée quelques échos favorables, les médecins ont fort à faire. Jusqu'à ce jour, il se sont presque uniquement contentés de constater, de voir, quelquefois de prévoir. Ils pensent beaucoup, peut-être, écrivent beaucoup assurément; trop, je crois; parlent un peu, pas assez; et n'ont... presque rien fait. L'alcoolisme est, pour 1902, plus discuté peut-être qu'au siècle voisin; dans le monde médical, est-il plus efficacement combattu? Je ne le crois pas.

J'y vois une conséquence fâcheuse de nos habitudes doctrinales : le médecin apprend beaucoup ; professe et enseigne volontiers; il pose les indications thérapeutiques, et puis, manquant de temps ou de goût pour la chose, c'est-à-dire de volonté, dans le cas particulier, il s'en remet le plus habituellement à des aides du soin d'appliquer le traitement.

Avec le poète nous nous demandons :

La Foi qui n'agit pas est-ce une Foi sincère?

Or la foi médicale n'est guère active, et je crains qu'à défaut de sincérité, elle manque, du moins, d'énergie.

Pour faire passer dans le public les idées médicales que faut-il? Il faut, d'abord, une CONVICTION profonde. Sans elle, le discours reste froid; la parole, sans émotion, ne porte pas. Cette conviction, quelques-uns l'ont d'instinct, médecins ou non, d'ailleurs, et ceux-là, dans quelque milieu qu'ils se trouvent, sont de précieux apôtres; d'autres peuvent l'acquérir, et rien ne saurait être plus efficace dans ce sens que l'influence morale qui se dégagerait d'une association des bonnes volontés médicales (1).

Avec l'association médicale, c'est le recrutement assuré pour l'apostolat anti-alcoolique de nos jours si pauvrement doté.

Au sein d'une Association que d'hésitants deviendraient actifs! que de convictions ignorées se révéleraient!

Une association rappellerait les « indifférents » à la notion du devoir. Alors que l'évangélisation nous apparaît comme un devoir inhérent à la situation même des médecins que nous avons énumérés (ministres, sénateurs, députés, confrères à tous les degrés de la hiérarchie sociale ou officielle), alors qu'à envisager le nombre, et parfois même l'importance de ceux que nous avons crus désignés comme dirigeants du mouvement anti-alcoolique, on pouvait s'attendre à voir faire bien et beaucoup; d'où vient que les résultats de LA LUTTE TELLE QU'ELLE EST soient cependant si minimes? C'est, je l'affirme, qu'aucun de ceux sur qui nous croyions pouvoir compter ne s'est senti dans la nécessité de se montrer à la hauteur morale de sa situation.

Les titres de gloire ou de gloriole dont se parent ou dont on pare les gens n'ont plus rien à prouver dans une association médicale anti-alcoolique. Il n'est ici qu'un argument valable, la *conviction*, et c'est uniquement sur les degrés de celle-ci que se fonde la hiérarchie. « Qu'il soit humble praticien campagnard, ou prince de la science, le médecin remplit toujours un rôle primordial dans la société » (Dr Bienfait). J'ajoute qu'il ne le joue bien, ce rôle, que s'il a le feu sacré de la conviction, et que c'est par notre conviction anti-alcoolique, à nous médecins, que la lutte sera ce qu'ELLE DOIT ÊTRE.

Pour réformer l'esprit de la foule, il lui faut l'*éducation*, et puisque j'ai cité précédemment le mot de Danton, je parodierai sa phrase célèbre pour les éducateurs. Pour terrasser l'alcoolisme, notre plus grand ennemi de l'intérieur, que nous faut-il à nous médecins, gardiens de la santé et de la morale publique : DE LA CONVICTION, ENCORE DE LA CONVICTION, TOUJOURS DE LA CONVICTION!

(1) Une telle association représente véritablement l'école d'éducation du médecin par enseignement réciproque. Le médecin doit réunir en sa seule personne une foule de qualités rares, et qui, d'ordinaire, se trouvent réparties chez des personnalités différentes : science, conviction, abnégation, instinct de prosélytisme. Où trouver nos qualités complémentaires mieux que chez nos collègues associés?

MÉDECINE PRATIQUE

Pour prendre sans répugnance de l'huile de ricin.

Rosenberg (de Berlin) recommande, dit la *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux* (fév. 1902), quand on veut administrer de l'huile de ricin, de faire boucher avec les doigts le nez du malade et après avoir essuyé les lèvres de boire un peu de limonade pour chasser de la cavité buccale les restes d'huile qui adhéraient à la muqueuse. Alors seulement on peut respirer par le nez. Ce serait l'odeur de l'huile de ricin qui expliquerait la répugnance du malade. Par le procédé de Rosenberg, l'huile de ricin serait très bien acceptée et tolérée.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(12 FÉVRIER 1902)

Encore le **chloroforme** : M. Delorme ne partage pas l'opinion de plusieurs de ses collègues et de M. Huchard sur l'innocuité relative du chloroforme chez les cardiaques. Dans sa pratique chirurgicale, il n'a perdu qu'un seul malade par cet agent anesthésique, et ce malade était atteint d'insuffisance aortique. Il considère donc le chloroforme comme plutôt dangereux chez les cardiaques.

M. Schwartz compte quatre accidents mortels, dont un seul lui paraît imputable au chloroforme lui-même, trois de ces malades, en effet, étaient cachectiques, épuisés et étaient opérés, pour ainsi dire *in extremis*, l'un de hernie ombilicale étranglée, les deux autres d'étranglement interne. Nous savons tous que ces malades se trouvent plus exposés que d'autres aux dangers de la chloroformisation. Le quatrième cas de M. Schwartz se rapporte à un malade qui avait une angine de Ludwig et 200 grammes de sucre dans les urines. M. Schwartz, s'était d'abord refusé à l'endormir pour l'opérer, puis il finit par céder aux supplications du malade. A peine avait-il respiré quelques bouffées de chloroforme qu'il mourut par arrêt brusque de la respiration. Tout ce qu'on fit pour le ranimer resta sans résultat.

Comme M. Reynier, M. Schwartz estime qu'il ne faut confier le chloroforme qu'à des aides expérimentés. C'est tou-

jours un de ses internes qu'il charge de ce soin. Il attache aussi une grande importance à la nécessité d'avoir du chloroforme pur. Mais quelques précautions qu'on prenne, il faudra toujours compter avec les cas de mort toujours possibles et inévitables par syncope due au réflexe laryngé. Pour M. Schwartz, l'éther est plus offensif dans ses suites que le chloroforme, mais il est moins dangereux immédiatement.

M. Delbet revient sur l'anesthésie mixte par le bromure d'éthyle et le chloroforme. Pendant le temps qu'il remplaçait M. Richelot à Saint-Louis, il a employé ce mode d'anesthésie en usage dans ce service. Il n'en a pas été autrement satisfait; il a remarqué que l'anesthésie chloroformique ne suivait pas immédiatement l'anesthésie au bromure d'éthyle. En outre, presque tous les malades présentaient consécutivement de l'ictère, avec des pigments biliaires dans l'urine. Il lui a donc semblé que le bromure d'éthyle était un toxique pour la cellule hépatique. Au cours de cette discussion, M. Lucas-Championnière a dit, avec beaucoup de raison, selon nous, qu'il fallait surtout surveiller la respiration et que, s'il était difficile de surveiller à la fois la respiration et la circulation, il valait beaucoup mieux négliger cette dernière pour ne s'attacher qu'à la première. Tout cela est parfaitement juste. Eh bien! ce n'est pas du tout l'avis de M. Delbet, qui professe au contraire qu'il faut surtout surveiller la circulation et qui, en cas d'alerte, s'en rapporte surtout au pouls. Il attache aussi une grande importance à la pupille. Si, après s'être contractée, celle-ci se dilate sans que le malade se réveille, c'est pour M. Delbet un signe de mort imminente.

Comme beaucoup de ses collègues, M. Routier, après avoir essayé l'éther, est revenu au chloroforme, l'éther lui paraissant favoriser trop souvent des congestions pulmonaires : pendant un certain temps il a fait préalablement des injections atropo-morphiniques, il y a renoncé ayant cru remarquer que les malades vomissaient plutôt davantage. Au point de vue de la pureté du chloroforme, M. Routier a fait appel à plusieurs chimistes compétents; ils ne lui ont pas appris grand'chose, mais ce qu'il a observé dans la pratique c'est qu'en général, en ville, les anesthésies sont très régulières, tandis que souvent à l'hôpital les malades s'endorment mal ou ne s'endorment pas du tout et ont de la bronchorrée. Le mode d'administration joue un grand rôle et on ne saurait trop apprécier un bon anesthésiste.

M. Routier ne craint pas de chloroformiser les cardiaques. Il a opéré d'appendicite un jeune homme qui avait une telle insuffisance aortique qu'il consulta M. Huchard avant de l'endormir. M. Huchard déclara que ce malade pouvait être endormi. Il le fut et tout se passa très régulièrement. M. Routier n'a pas de chloroformisateur attitré, il confie le chloroforme à un externe, mais il préside toujours lui-même au début de l'anesthésie, il parle au malade, l'encourage, le rassure, lui annonce ce qu'il va ressentir. C'est là une excellente précaution qu'il faut toujours avoir. Il fait donner le chloroforme par doses petites et continues, suivant le précepte de M. Labbé. Rarement, chez des enfants ou des réfractaires, il emploie des doses massives au début, à la manière de Saint-Germain. Telle est la manière de faire de M. Routier; il a eu souvent des alertes, c'est à la respiration artificielle qu'il a recours pour les conjurer. Il n'a eu qu'un cas de mort qui a été le résultat d'une faute de son aide, sur laquelle il préfère ne pas insister.

M. Richelot vient répondre aux attaques dont a été l'objet le procédé mixte au bromure d'éthyle et au chloroforme, procédé qui lui donne, sinon une sécurité absolue, au moins la sécurité la plus complète. L'avantage qu'il trouve au bromure d'éthyle, c'est d'engourdir la muqueuse laryngée et de la rendre plus tolérante pour le chloroforme. Il pense se mettre ainsi plus sûrement à l'abri de la syncope par réflexe laryngé. Il est bien évident qu'aucun procédé ne saurait empêcher le chloroforme de donner le coup de grâce à un mourant. M. Richelot insiste sur ce fait qu'il ne donne le bromure d'éthyle que dans le but de rendre la muqueuse laryngienne plus tolérante pour le chloroforme, mais c'est toujours celui-ci qui endort le malade. Enfin, M. Richelot n'a jamais vu les ictères dont a parlé M. Delbet.

M. Morestin, l'assistant de M. Richelot, a fait en même temps deux services, celui de M. Richelot et celui de M. Michaux; dans le premier, on se servait du procédé mixte, dans le second on ne se servait que du chloroforme. Or, suivant M. Morestin, les anesthésies étaient aussi calmes dans le service de M. Richelot qu'elles étaient turbulentes dans celui de M. Michaux.

M. Michaux proteste énergiquement et convie M. Richelot à venir voir lui-même comment se passent les anesthésies dans son service.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

M. Picqué fait un rapport sur un cas d'**exstrophie de la vessie** opérée par M. Estor selon le procédé de Maydl, procédé qui consiste dans l'abouchement des deux uretères dans le rectum avec conservation des sphincters uretéraux. Le résultat de l'opération a été très bon en ce double sens qu'on a obtenu la suppression de la vessie douloureuse et infectée et la suppression de l'incontinence.

Parmi les présentations, signalons un jeune artilleur qui a très simplement guéri d'un **traumatisme grave de l'œil** (M. Delorme); un malade guéri de **troubles cérébraux graves d'origine traumatique** par huit ponctions du canal rachidien (M. Rochard); un homme auquel a été pratiquée l'**ablation du pylore et d'une partie de l'estomac** (M. Schwartz); un malade guéri d'une névralgie faciale par la **destruction du ganglion de Gasser** (M. Gérard Marchant).

Parmi plusieurs pièces anatomiques présentées, signalons un **énorme fibrome utérin** pesant 33 kilogs, enlevé par M. Guinard chez une femme de quarante et un ans, qui est morte, dans la nuit, de shock. Pour l'ablation de cette colossale tumeur, le suspenseur de Reverdin a été très utile.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(6 février 1902)

La discussion est encore ouverte parmi les neurologistes sur l'**action d'une section complète de la moelle cervicale sur les réflexes tendineux des membres inférieurs**, les uns affirmant que toute section complète de la moelle détermine une paraplégie flaccide, les autres soutenant que cette règle n'est pas absolue et qu'il est possible avec cette lésion d'observer une paraplégie spasmodique.

Le professeur Brissaud apporte deux nouveaux faits : c'est d'abord celui d'une paraplégie flaccide survenue brusquement chez un malade porteur d'une pachyméningite tuberculeuse cervicale et à l'autopsie duquel on a constaté, outre les lésions de pachyméningite, un foyer de myélite transverse apoplectiforme. C'est ensuite celui d'une jeune femme ayant reçu un coup de couteau au niveau des vertèbres dorsales. Cet accident fut suivi d'une paraplégie flaccide immédiate avec anesthésie et troubles sphinctériens. Mais bientôt à cette phase initiale de flaccidité succéda une phase de contracture avec exagération des réflexes. Cependant, l'autopsie a démontré la disparition à peu près complète de tissu médullaire au niveau de la plaie médullaire.

Le professeur Raymond et M. Cestan font une importante communication sur ce même sujet. Il faut distinguer d'après eux **les sections rapides et les sections lentes de la moelle.** Ils apportent, en effet, les pièces fort rares de deux tumeurs médullaires, sarcomes angiolithiques ayant comprimé et détruit la moelle au niveau du septième segment dorsal. Or, pendant toute la durée de la maladie, treize années dans un cas, cinq années dans le deuxième, la paraplégie a été spasmodique jusqu'au moment de la mort. Ces deux faits, analogues à un fait semblable publié déjà par Senator, sont une véritable expérience de physiologie, car c'est lentement, en plusieurs années, par un facteur exclusivement mécanique que la moelle a été détruite. Ils démontrent que la moelle lombaire séparée progressivement de l'encéphale peut récupérer son autonomie et que dans ce problème si controversé de la section transverse de la moelle, on doit prendre en considération un nouvel élément, la rapidité du mécanisme destructeur.

M. Souques présente un malade atteint de plusieurs déformations congénitales intéressant la main gauche et sur-

tout les muscles pectoraux droits. Il existe en effet chez ce jeune homme une **disparition à peu près complète des muscles pectoraux droits**, avec aplatissement de la cage thoracique par disparition du relief de ces muscles, avec atrophie de l'extrémité externe de la clavicule ; le méplat ainsi créé est surtout visible lorsque le malade met les deux poings sur les hanches. Il est possible que cette disparition du grand pectoral ait été déterminée par une énergique pression, chez le fœtus, du bras contre la cage thoracique.

MM. Dupré et Pagniez montrent à la Société deux malades fort intéressantes. C'est d'abord une jeune fille de seize ans, fille d'alcoolique, avec stigmates mentaux de puérilisme et infantilisme : tous ces troubles physiques et intellectuels ont augmenté, en même temps que survenait, il y a quelques mois, un léger œdème du visage. L'absence du corps thyroïde a permis de rattacher cet infantilisme physique et mental à une **dystrophie thyroïdienne** ; il a été en effet rapidement amélioré par l'ingestion de corps thyroïde en nature.

La deuxième malade est un cas vraiment exceptionnel et unique. Il concerne une jeune femme prise, il y a dix-huit mois, à la suite de couche, d'une faiblesse progressive généralisée. La malade marche avec difficulté, ne peut se soulever toute seule, ne peut même mâcher les aliments avec force ; selon l'expression de M. Dupré, c'est une véritable masse gélatiniforme ; au surplus, il existe une hypotonie très marquée de tous les segments du corps. Quelle peut être donc cette singulière affection ? Les réflexes tendineux, la sensibilité, les réactions électriques, l'état mental sont tout à fait normaux. On ne saurait incriminer ni la maladie d'Addison, ni la myopathie, ni l'hystérie, ni la paralysie asthénique d'Erb. La maladie a progressé malgré tout traitement, malgré l'isolement, car cette myasthénie pouvait être vraiment de nature hystérique ou tout au moins mentale. Au surplus, les membres de la Société de neurologie n'ont pu éclaircir la nature de cette singulière affection, qui doit garder encore la définition symptomatique donnée par MM. Dupré et Pagniez, **myasthénie généralisée avec hypotonie**.

Le signe de Babinski consiste dans l'extension du gros orteil par le chatouillement de la plante du pied. On sait qu'il est caractéristique d'une altération de la voie pyramidale. Cependant quelques auteurs l'ont signalé dans d'autres circonstances. M. Lortat-Jacob présente une enfant de neuf ans et demi, atteinte de **polynévrite avec troubles des réactions électriques et offrant cependant le signe de Babinski**. Ce signe est très net à gauche, moins net à droite. Or l'examen électrique pratiqué par M. Huet a démontré que l'extenseur du gros orteil avait une contractilité électrique, surtout à gauche, bien moins altérée que celle des autres muscles de la jambe, en particulier que celle des muscles postérieurs. L'extension du gros orteil par chatouillement de la plante est donc causée par action de prédominance du muscle extenseur de ce doigt sur les muscles fléchisseurs. M. Babinski a fait une remarque semblable dans des névrites des membres inférieurs et a adopté la théorie que vient d'exprimer M. Lortat-Jacob.

M. Chipault, en se basant sur six observations, donne une description de **névralgies radiculaires par méningopathies localisées**. Ces névralgies sont caractérisées par de l'hyperesthésie siégeant sur le territoire d'une ou plusieurs racines rachidiennes, accompagnées de crises douloureuses, paroxystiques avec points douloureux fixes particuliers et parfois de tics. Ces névralgies sont indépendantes de toute affection médullaire, en particulier du tabes. Elles ont été consécutives une fois à un traumatisme vertébral léger, trois fois à du rhumatisme, deux fois à la syphilis. Quatre cas ont été opérés, ce qui a permis de constater le mécanisme pathogénique des douleurs, c'est-à-dire l'existence d'adhérences intra-arachnoïdiennes, avec aspect scléreux et cicatriciel des méninges, englobant les racines médullaires. Une simple libération de ces racines s'est montrée dans un cas insuffisante pour amener la disparition des crises douloureuses. Chez les trois autres malades, on a donc pratiqué la résection intra-durale des racines, avec un résultat, il est vrai, incomplet dans un cas, dû à ce fait que la résection n'a pas porté sur la totalité des racines englobées dans les adhérences ; mais les deux autres malades sont complètement guéris, l'un depuis huit ans et l'autre depuis deux ans.

Il résulte de plusieurs avis exprimés dans la précédente séance que les formes de tabes à évolution bénigne sont aujourd'hui beaucoup plus fréquentes qu'autrefois. Il y a donc lieu de se demander avec M. le professeur Brissaud si cette maladie n'a pas varié avec les époques, comme bien d'autres maladies, et si **la thérapeutique plus complète d'aujourd'hui n'est pas pour quelque chose dans l'atténuation des accidents du tabétique**. Dans ce but, MM. Maurice Faure et Constensoux ont parcouru les observations collectionnées dans le service de rééducation institué à la clinique Charcot par M. le professeur Raymond en 1896, et aussi les observations recueillies au cours de deux voyages d'études aux eaux de Lamalou, où passent annuellement 4 à 5 000 malades, pour la plupart tabétiques.

Voici le résultat d'une enquête rapide et limitée aux points essentiels :

La forme ordinaire du tabes, de nos jours, n'est pas une forme à évolution progressive et fatale. Dans la plupart des cas, la maladie procède par étapes, chaque étape étant caractérisée par un accident nouveau ou par un retour d'accidents anciens, des périodes de rémission plus ou moins longues et complètes séparant ces étapes. Très souvent le malade s'arrête à la troisième ou quatrième étape et la rémission est définitive ou à peu près. Le sujet est alors plutôt un infirme qu'un malade.

Cet infirme peut dans beaucoup de cas redevenir un homme à peu près normal. Parmi les thérapeutiques usuelles deux au moins ont une action nette sur cette régression des accidents tabétiques. Ce sont :

1° *La cure de Lamalou*, qui paraît tendre à arrêter le tabes après un petit nombre d'étapes, et qui amène l'atténuation des accidents déjà constitués.

2° *La rééducation motrice*, qui permet aux malades de retrouver la coordination des mouvements et par suite de se mouvoir, de reprendre leurs occupations, de vivre de la vie commune et de conserver un état moral et un état général satisfaisants.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Sont nommés dans le corps de santé des troupes coloniales, avec le rang que leur assignent leur grade et leur ancienneté :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe de la marine Rey, Batterel, Arnould, Mesny, Condé, Damian, Reboul, Nouaille-Degorce, Rapuc, Pellan, Binard, Erdinger, Camus, Ruelle, Mesny, Lamort, Jacob, Daniel, Micholet, Abbatucci, Ascornet, Mathis, Brachet, Aynès, Delabaude, Guitard, Roquemaure, Laffay, Renault, Chagnolleau, Paucot, Charézieux, Le Strat, Portes, Chartres, Prouvost, Féraud, Pichon, Jouvenceau. Creignou, L'Herminier, Chaumanet, Barot, Vallet, Vivie, Sambuc, Broquet, Cavazza, Cartron, Nédellec, Marty, Martin, Erdinger, Plomb et Augé.

Marine. — MM. les élèves du service de santé Ségalen et Marin, reçus docteurs en médecine devant la Faculté mixte de Bordeaux, ont été nommés à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe dans le corps de santé de la marine.

M. le médecin principal Raffaëlli est désigné pour embarquer sur le *Bouvet*.

— Un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de Rochefort s'ouvrira dans ce port le 1er avril 1902. (Remplacement de M. le docteur Tribondeau.)

Conférences de clinique thérapeutique. — *Hôpital Necker.* — M. H. Huchard a commencé ses conférences de clinique thérapeutique et de thérapeutique physiologique, avec présentation de malades, aujourd'hui vendredi 14 février, à l'amphithéâtre Laënnec de l'hôpital Necker, et les continuera les vendredis suivants, à dix heures très précises.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 20. — MARDI 18 FÉVRIER 1902. 75e ANNÉE. MARDI 18 FÉVRIER 1902. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Paris, le 17 février 1902.

La question du chloroforme et de la chloroformisation se discute à la fois à la tribune de l'Académie, et à la Société de chirurgie. C'est que nulle question n'est plus palpitante, nous dirons même plus angoissante. Un chirurgien prudent, instruit, consciencieux peut, jusqu'à un certain point, répondre de ce qu'il fait, il peut mesurer, doser son action, savoir s'arrêter à temps, ou aller de l'avant suivant l'indication; mais l'anesthésie reste et demeure la menace toujours présente pendant l'acte opératoire. Car, si la réalisation de ce danger est exceptionnelle, elle n'en reste pas moins le point noir de la chirurgie. On comprend donc les préoccupations qui agitent en ce moment le corps chirurgical. C'est une vieille, et toujours actuelle question qui revient et reviendra tant que l'innocuité de l'anesthésie ne sera pas un fait accompli.

Pour bien apprécier les dangers de l'anesthésie chloroformique, il y a trois facteurs à envisager : le malade, le chloroforme et le chloroformisateur.

Il n'entre pas dans nos intentions d'étudier, dans cette courte note, les indications et contre-indications du chloroforme tirées de l'état du malade, de la nature de l'affection, de la résistance du sujet, de ses tares morbides, etc. Ce sont questions longues et complexes, dont la solution nécessite une longue pratique et une grande expérience clinique. C'est dans cet ordre d'idées que M. Huchard, à l'Académie, vient, et avec raison, rassurer les chirurgiens sur les dangers de l'anesthésie chloroformique chez les cardiaques. D'ailleurs les accidents chloroformiques chez les malades gravement atteints, chez ceux que le chirurgien n'opère que contraint et forcé, ne sont pas en réalité les accidents pour lesquels la discussion s'est à nouveau allumée. Ce qui impressionne et tourmente le chirurgien, ce sont ces cas de mort par chloroforme chez des personnes jeunes, saines, robustes en apparence et atteintes d'affections souvent légères. Rien ne faisait prévoir la mort; il s'agissait d'un simple curetage, d'une cure radicale de hernie, de l'ablation d'un hygroma, d'une simple incision d'abcès, et la mort est venue brutale, le plus souvent dès les premières bouffées de chloroforme. La discussion actuelle ne donnera sur ce point aucune explication, n'amènera aucun éclaircissement, et personne ne pourra prévoir d'avance le malade marqué pour la mort chloroformique, mort que l'autopsie la plus minutieuse est le plus souvent incapable à expliquer.

Restent les questions du chloroforme et du chloroformisateur.

Un bon chloroforme est indispensable pour obtenir une anesthésie régulière. Cette vérité est si évidente que les chimistes se sont ingéniés à l'envi pour produire un chloroforme chimiquement pur. On connait les réactions auxquelles il ne doit pas donner lieu, et les moyens de déceler sa pureté sont nombreux. On sait qu'il doit être de préparation récente, conservé à l'abri de l'air et de la lumière. Et malgré cela, il arrive que, de temps en temps, on met à la disposition du chirurgien un chloroforme qui tue, quel que soit le chloroformisateur, quel que soit le malade.

C'est là une vérité indiscutable. Ce chloroforme meurtrier nous est de temps en temps servi dans les hôpitaux de Paris. La mort par chloroforme arrive par périodes, soit dans un même hôpital, soit dans plusieurs hôpitaux à la fois. Mais non seulement il y a des morts, mais il y a des « alertes » nombreuses qui précèdent et accompagnent les cas mortels. Il y a des périodes, où il est impossible d'avoir une chloroformisation régulière, sans que quelque complication vienne entraver la marche normale de l'anesthésie. Tel chirurgien citait dernièrement à la Société de chirurgie le cas de 3 malades, consécutivement endormis, par trois chloroformisateurs différents, avec une surveillance de tous les instants, et chez tous trois, on fut obligé de recourir à la respiration artificielle. Là, il n'y avait à incriminer ni la prédisposition des malades, ni la maladresse des chloroformisateurs. Ce mauvais chloroforme, qui chimiquement est peut-être parfait, physiologiquement est détestable. Souvent on le reconnaît dès les premières bouffées, il est fréquemment d'odeur désagréable et âcre ; aussi, les malades se révoltent et sont pris de toux quinteuse opiniâtre; ils asphyxient facilement, alors que l'anesthésie n'est même pas complète. Endormez dix malades avec ce chloroforme ; dix fois on obtiendra les mêmes résultats défavorables. Nous ne savons comment est préparé le chloroforme des hôpitaux de Paris. Mais il est incontestable que souvent il est de mauvaise qualité, et parconséquent dangereux. La Société des chirurgiens des hôpitaux, justement émue, vient de nommer une commission chargée d'étudier la « chloroformi-

sation dans les hôpitaux ». Nous émettons le vœu qu'elle mette au premier plan de ses travaux la question de la qualité du chloroforme.

Reste la question du chloroformisateur. Ici les opinions sont diverses. Les uns veulent un chloroformisateur spécial à chaque service, uniquement destiné aux anesthésies; les autres ne reconnaissent nullement la nécessité de cette nouvelle création. Ceux-ci nous paraissent avoir absolument raison.

Sans doute, le chef de service a besoin, au début de chaque année, de mettre en main le chloroforme à ses nouveaux élèves, d'en surveiller attentivement et toujours la bonne administration. Mais il a le devoir de leur apprendre la chloroformisation, comme il a le devoir de leur apprendre à être propres et aseptiques. Un élève aux mains sales est aussi dangereux et plus dangereux qu'un anesthésiste inexpérimenté. On frémit en songeant que les 9/10 des docteurs qui se trouvent aux prises avec les nécessités de la pratique, n'ont jamais endormi un malade! Avec le chloroformisateur spécial des hôpitaux, il n'y aura plus un seul médecin ayant appris à donner le chloroforme! Quoi qu'on en puisse dire, il y a moins de danger à faire donner le chloroforme par un élève quelconque, sous la surveillance directe d'un aîné et sous la surveillance immédiate du chirurgien, que de lancer dans la pratique un médecin qui n'a jamais mis sous le nez d'un malade une compresse imbibée de chloroforme!

Un bon chloroformisateur évitera bien des ennuis au chirurgien; avec lui, les alertes seront rares, mais les morts subites, dès les premières inhalations, seront aussi fréquentes. Nous comprenons que, pour sa tranquillité et sa commodité, le chirurgien ait, dans sa pratique personnelle, un chloroformisateur attitré, mais il a le devoir à l'hôpital de ne pas en avoir et d'instruire ses élèves, quoi qu'on en puisse dire, pour le plus grand bien de la généralité des malades.

MALFORMATIONS MAXILLO-DENTAIRES DANS L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Par le docteur A. Brunet (de Paris).

En me proposant aujourd'hui de reprendre cette question si controversée des stigmates dystrophiques du système maxillo-dentaire dans l'hérédo-syphilis, je vais me placer sur le terrain purement pratique. Envisagée à ce point de vue, la question présente un grand intérêt, et la connaissance précise de la valeur réelle de certaines malformations dentaires hérédo-syphilitiques est considérable.

Pour bien étudier et bien établir la valeur diagnostique des stigmates dentaires, si nombreux et si variés, que l'on trouve chez les hérédo-syphilitiques, deux recherches s'imposent. Il faut d'abord nous demander si la syphilis héréditaire a seule la propriété de produire ces lésions, puis nous discuterons de l'importance plus ou moins grande qu'il faut attacher à tel ou tel stigmate. Le premier côté de la question est de beaucoup le plus facile à résoudre; les nombreux travaux et les remarquables observations de Magitot, du professeur Fournier et de tant d'autres ont fait définitivement la lumière sur ce point. Et l'on peut affirmer que la syphilis héréditaire (contrairement à la théorie de Parrot) n'est pas la cause unique des malformations dentaires. En effet, ces malformations ou érosions sont des lésions banales, communes, de simples lésions de nutrition, susceptibles de dériver de toutes les causes diverses qui amènent une perturbation pendant la période de nutrition et de formation des organes. Mme Sollier, dans sa thèse inaugurale (Paris 1887), basée sur 100 observations, a observé chez les idiots et les arriérés quelques-uns des stigmates que l'on rencontre aussi chez les hérédo-syphilitiques : nanisme, gigantisme, chute tardive des dents de lait, retard de la deuxième dentition, sillons longitudinaux, etc., érosions (plus fréquentes sans convulsions qu'avec convulsions). Dernier fait très important, et qui est en contradiction avec la doctrine éclamptique de Magitot, pour qui l'érosion dentaire serait d'origine éclamptique et s'observerait chez des sujets ayant été atteints, dans leur première enfance, des convulsions de quelque nature qu'elles fussent. Théorie un peu trop absolutiste. Du reste, toutes les maladies de la période infantile : fièvres éruptives, coqueluche, rachitisme, scrofule, entérite, mauvaise hygiène, sont aussi susceptibles de produire l'érosion, mais pour cela il faut absolument que la dent soit en voie de calcification au moment de la pyrexie.

De ce rapide aperçu des affections qui peuvent produire l'érosion, il ressort qu'il est impossible d'attribuer à l'hérédo-syphilis seule le pouvoir de créer des malformations du système maxillo-dentaire. Nous devons alors nous demander si, parmi les nombreuses variétés de l'érosion ou autres malformations maxillo-dentaires, nous pouvons trouver des lésions qui, par leur fréquence dans l'hérédo-syphilis et leur rareté au cours des autres affections, soient de bons symptômes de présomption de l'influence syphilitique; ou bien existe-t-il une dystrophie dentaire pathognomonique de l'affection causale?

Des dystrophies des maxillaires, aucune ne vaut que par son association à d'autres lésions ou à des signes d'anamnèse. Le palais ogival, en effet, est un stigmate fréquent de dégénérescence, et le prognathisme soit de la mâchoire supérieure, soit de la mâchoire inférieure, sont des signes de bien peu d'importance.

Il n'en est pas de même de certaines malformations dentaires. Et l'érosion de la première grosse molaire inférieure nous fournit, au point de vue du diagnostic de la syphilis héréditaire, un signe de grande valeur. Il est prouvé, et de nombreuses observations en font foi, que la première grosse molaire, surtout la première grosse molaire inférieure, est de toutes les dents celle qui est le plus souvent atteinte par la syphilis héréditaire.

Une raison anatomo-physiologique, d'une importance capitale, à notre avis, nous explique cette grande fréquence de l'érosion de la première grosse molaire inférieure chez les hérédo-syphilitiques : la première grosse molaire inférieure de la seconde dentition est la seule dent dont l'ossification commence *in utero* : cette dent, en effet, est ossifiée et couverte de son chapeau de dentine au sixième mois de la vie intra-utérine. Et qui dit érosion dit « lésion contemporaine de l'époque de formation de la dent et la conséquence d'une interruption momentanée survenue dans le processus de dentification à l'époque où se constitue la dent ». L'érosion de la grosse molaire est donc une affection fœtale, héréditaire, reconnaissant pour cause une diathèse capable d'agir pendant la vie intra-utérine. Or, la syphilis peut revendiquer à juste titre, pour sienne, la propriété d'exercer une influence nocive et destructive dans le courant de la vie intra-utérine. Aussi, l'érosion de la première grosse molaire inférieure, chez un sujet chez qui les autres dents sont

indemnes de toute altération, est, pour nous, un signe pathognomonique de la syphilis héréditaire.

La dent d'Hutchinson et la dent en tournevis des incisives médianes supérieures, dont l'ossification commence vers le premier mois après la naissance, peuvent être considérées déjà comme de sérieux symptômes de présomption de l'influence hérédo-syphilitique.

Que conclure?

C'est qu'un examen sérieux du système dentaire et une connaissance précise de la valeur de certains de ces stigmates peuvent rendre de grands services au praticien.

En effet, son attention éveillée et désirant arriver à un diagnostic certain, le clinicien devra alors, par un bon interrogatoire et un examen général du malade, rechercher les signes qui peuvent confirmer et enlever le doute sur la morbidité spécifique et contagieuse, c'est-à-dire les nombreux stigmates qu'on a l'habitude d'observer chez les hérédo-syphilitiques, et les signes d'anamnèse.

Il ne lui restera plus enfin qu'à faire œuvre de thérapeute, et, dans quelques cas, c'est un examen minutieux du système dentaire qui lui aura permis d'instituer une thérapeutique spécifique, toujours bienfaisante, quand elle est donnée à temps.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
DU 14 FÉVRIER 1902

Une bonne partie de la séance a été consacrée par M. Pierre Marie à la présentation de plusieurs malades de son service de Bicêtre, atteints, à un degré plus ou moins accentué, des symptômes de la **paralysie spasmodique syphilitique**, forme de myélopathie syphilitique extrêmement fréquente, puisqu'elle vient, à ce point de vue même de la fréquence, immédiatement après le tabès. M. Marie s'est attaché à éclaircir certaines particularités de la démarche de ces malades, particularités qui justement leur donnent un aspect toujours identique. En effet, à bien considérer les choses, et M. Marie put le démontrer sur tous les sujets amenés par lui à la Société médicale, ce qui empêche les malades atteints de paraplégie spasmodique de marcher, ce n'est pas la spasmodicité seule, c'est surtout, c'est avant tout, la paralysie des muscles fléchisseurs du membre inférieur. Cette paralysie est aussi remarquable par sa systématisation que par sa constance; l'action du psoas est toujours diminuée d'une façon plus ou moins marquée, la flexion de la cuisse sur le bassin s'exécute ou très difficilement ou, du moins, avec beaucoup moins de force que chez un individu normal. De même il existe un degré assez prononcé d'affaiblissement pour la flexion du genou et pour la flexion dorsale du pied, mais cet affaiblissement est généralement beaucoup moindre que celui du psoas.

M. Marie, en examinant méthodiquement la motilité des membres inférieurs, a trouvé un bien curieux trouble de l'adduction des cuisses. On constate en effet, chez les malades atteints de paraplégie spasmodique syphilitique, que souvent, lorsqu'on leur ordonne de serrer l'un contre l'autre les genoux, on peut presque sans effort écarter avec la main les deux genoux de 7 à 8 centimètres; une fois cet écartement obtenu, on ne peut aller plus loin, la force de résistance du malade s'y opposant; l'adduction des cuisses n'est donc affaiblie qu'au contact et non dans son ensemble; il est probable que c'est à la paralysie du pectiné que doit être rapporté ce phénomène. Les sphincters présentent aussi des troubles très spéciaux. Il ne s'agit pas, à proprement parler, d'incontinence des sphincters; le malade a très bien la sensation qu'il va uriner ou déféquer; ce qui lui manque c'est le pouvoir de retenir; il sent fort bien que l'acte va s'accomplir, mais s'il n'a pas à sa portée immédiate un urinal on un bassin, il n'a pas le temps d'en demander un que déjà il est souillé. Ce n'est donc pas d'incontinence qu'il faut parler, mais d'*envie impérieuse*, et c'est là un caractère très prononcé pour le diagnostic de la paraplégie spasmodique syphilitique. Pour terminer ce qui a trait à la symptomatologie de cette variété de paraplégie, on doit ajouter que des troubles de la sensibilité y sont rares, que des troubles génitaux y sont fréquents, portant, dit l'auteur, « aussi bien sur le *libido* que sur la *potentia coeundi.* » Tous ces symptômes présentent un caractère de constance tel qu'ils donnent à ces malades un aspect vraiment spécial et contribuent à faire un type clinique bien tranché d'une affection qui au, point de vue anatomo-pathologique, paraît d'abord défier toute systématisation.

Un autre malade, présenté par M. Launois, est curieux lui aussi. C'est un homme d'une trentaine d'années chez lequel on constate des **varices de siège rare** (abdomen et cou) et un état cyanotique particulier. Cela est probablement le fait d'une compression de la veine cave supérieure et le résultat d'une circulation collatérale. On pourrait — hypothèse vraisemblable au même titre que la précédente — invoquer une altération des parois du vaisseau survenue à la suite d'une maladie infectieuse antérieure, et ayant déterminé une diminution du calibre du tronc de la veine cave supérieure. On ne peut, au point de vue pathogénique, que faire des suppositions plus ou moins plausibles.

M. Georges Guillain, à propos d'un malade qu'il présente, étudie **la névrite ascendante dans l'étiologie de la syringomyélie**.

« Le malade que nous vous présentons, dit-il, est âgé de cinquante ans et hospitalisé dans le service de M. Pierre Marie. Cet homme se fit, en 1881, une piqûre dans la paume de la main gauche à la suite de laquelle survint un vaste phlegmon diffus qui fut incisé. Quelques mois après se développa une amyotrophie de la main et de l'avant-bras. L'observation de ce malade fut rapportée en 1880 par Mme Déjerine-Klumpke, dans sa thèse, comme un exemple de névrite ascendante. M. Déjerine examina ce malade en 1894 et constata aussi la progression de la névrite ascendante. En 1896, une déformation thoracique est apparue et s'est accentuée dans la suite. Aujourd'hui, on constate chez cet homme une scoliose extrêmement développée, une déformation thoracique considérable, une atrophie musculaire de la main, de l'avant-bras, du bras, de l'épaule à gauche, des troubles trophiques sur ce membre, des troubles de la sensibilité avec thermo-anesthésie existant sur les deux membres supérieurs et sur le tronc. Les réflexes des membres inférieurs sont exagérés. Le diagnostic de syringomyélie s'impose.

Nous avons observé, avec M. Pierre Marie, un autre malade chez lequel une syringomyélie au début paraît consécutive à un phlegmon de l'aisselle. Quelques observations recueillies dans la littérature médicale, telles que celles d'Eulenburg, de Schlesinger, sont comparables aux précédentes.

La syringomyélie, envisagée au point de vue de la pathologie générale, est une modalité anatomo-pathologique qui

peut être amenée par des facteurs multiples. Parmi ces facteurs, l'infection doit être prise en considération. Cette infection peut se faire par la voie des nerfs périphériques. Des faits cliniques et expérimentaux montrent que des microbes ou des toxines (streptocoques, virus rabique, toxine tétanique) peuvent atteindre la moelle par les nerfs et les racines.

Si l'on a décrit déjà, au point de vue clinique, la phase radiculaire des névrites ascendantes, les faits de syringomyélies consécutives à des infections périphériques, permettent de leur décrire une phase dernière, la phase médullaire. »

MM. Pierre Marie et Guillain rapportent un fait de **céphalée de la période secondaire de la syphilis rapidement améliorée par la ponction lombaire.**

MM. Mosny et Beaufumé présentent un malade atteint de **lipomatose localisée au tronc et principalement au thorax.** Il s'agit d'adipose sous-cutanée diffuse avec tuméfactions lipomateuses bilatérales, symétriques au niveau des régions mammaires, sous-ombilicale, dorso-cervicale et dorso-lombaire. Les muscles des membres sont amaigris et les attaches des mains et des pieds remarquablement fines. Cette lipomatose est absolument indolente. Les régions particulièrement riches en ganglions lymphatiques sont indemnes. La formule hématique est à peu près normale. Les urines ne dénotent qu'une très notable diminution de l'urée.

Ce cas ne se rapporte ni à l'adipose douloureuse de Dercum, ni à l'adéno-lipomatose.

Il semble plutôt s'agir d'une maladie nerveuse spéciale, à laquelle peut s'appliquer la théorie du métamérisme spinal.

MÉDECINE PRATIQUE

Les frictions au savon noir dans la péritonite tuberculeuse.

Une intéressante discussion, que rapporte la *Gazette hebdomadaire*, vient d'avoir lieu à ce sujet à la Société de médecine berlinoise (1), à l'occasion de la présentation de trois fillettes par M. Baginsky.

Ces trois fillettes ont été atteintes de péritonite tuberculeuse et guéries au moyen de frictions abdominales au savon noir. Sous l'influence de ces frictions, l'exsudat s'est résorbé, la fièvre est tombée, en même temps que l'état général, fort compromis, s'améliorait.

M. Baginsky ne rejette pas systématiquement la laparotomie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse, mais il estime qu'avant d'en arriver à l'ouverture du ventre il y a lieu d'essayer de tous les autres moyens médicaux, notamment des frictions au savon noir.

M. Cassel rappelle que la péritonite tuberculeuse n'a pas toujours un pronostic fâcheux, et qu'elle peut guérir non seulement sous l'influence de divers modes de traitement non sanglants, mais encore spontanément. Toutefois, ce sont là des faits exceptionnels; aussi, quand la fièvre persiste malgré tous les moyens, quand l'épanchement ne rétrocède pas, et sértout s'il augmente et que l'émaciation fait des progrès, il ne faut pas hésiter à faire la laparotomie, qui donne des succès même dans les cas paraissant désespérés.

M. Lassar rapproche des effets favorables obtenus par M. Baginsky, avec le savon noir, dans la péritonite tuberculeuse, ceux que lui a donnés le même produit dans l'épididymite avec épanchement dans la vaginale. Il se sert à cet effet d'un mélange à parties égales de savon noir et de pommade à l'iodure de potassium, qu'il applique sur le scrotum pendant un bain, seul moyen d'éviter l'irritation des téguments. La même méthode lui a fourni de bons résultats dans les goitres légers.

M. Senator pense aussi qu'avant de confier le patient au chirurgien, on doit essayer les autres moyens de traitement, dont le plus efficace lui a paru être le savon noir. Il associe cette substance à de l'iodoforme, et l'incorpore à un poids égal de vaseline ou d'axonge afin d'en diminuer l'effet irritant sur la peau. Les succès qu'on obtient de la sorte ne sauraient être attribués à ce que les enfants reçoivent à l'hôpital une nourriture plus substantielle que chez eux, car il a vu les applications de savon noir réussir aussi chez des enfants de la classe aisée, qu'une bonne nourriture avait été jusque-là impuissante à guérir.

M. Baginsky déclare que, pous éviter l'irritation des téguments, il n'emploie qu'une petite quantité de savon noir, mais il pratique des frictions énergiques jusqu'à ce que cette substance soit entièrement résorbée.

(1) 22 janvier 1902.

La levure de bière en thérapeutique.

M. Durand (de Caluire) vient de publier une intéressante étude d'ensemble (1) sur les applications de la levure de bière en thérapeutique.

Se gardant d'une généralisation trop hâtive et retenant seulement les faits cliniques indiscutables, il arrive aux conclusions suivantes :

« 1° Dans les furoncles, anthrax et toutes les dermatoses suppurées d'origine interne, comme l'impétigo, les folliculites sycosiformes, les orgelets, la levure de bière donne des résultats merveilleux et c'est là, suivant nous, dit M. Durand, sa véritable indication; elle agit dans ce cas comme un antiseptique interne d'une grande puissance.

2° Elle modifie aussi d'une façon très heureuse nombre de troubles gastro-intestinaux d'origine infectieuse (gastro-entérite infantile, fièvre typhoïde) en atténuant la virulence des sécrétions intestinales par une action pour ainsi dire topique.

3° Enfin, en applications locales, elle peut constituer dans certains cas un véritable pansement antiseptique (écoulements vaginaux, angines, suppurations cutanées, brûlures).

Nous n'essayerons pas, ajoute-t-il, de discuter quel peut être le mode d'action physiologique des ferments constitutifs de la levure de bière. Il y aurait là matière à des recherches bactériologiques intéressantes.

En restant sur le terrain purement clinique, nous constatons que ces ferments paraissent avoir une action élective sur les micro-organismes de la suppuration et particulièrement sur le staphylocoque doré, agent pathogène de la furonculose. Dans ce cas, leur action est exceptionnellement rapide et comparable à celle des sérums anti-toxiques et particulièrement du sérum anti-diphtérique.

Se comporteraient-ils de même à l'égard des agents streptococciques? A ce propos, il serait peut-être intéressant d'essayer l'action de la levure sur les angines diphtériques associées où le sérum de Roux est souvent si peu efficace.

Quoi qu'il en soit, la thérapeutique trouve actuellement dans la levure un agent antiseptique puissant susceptible de modifier heureusement nombre d'états infectieux.

Quant au mode d'administration, la pharmacie a trouvé actuellement des procédés spéciaux de dessiccation de la levure qui en fait un produit stable, d'une conservation indéfinie, mieux supportée par l'estomac, sans altérer en rien le pouvoir fermentescible.

(1) *Lyon méd.*, 1902, n° 6.

Les levures sèches se présentent sous forme d'une poudre de couleur marron, insoluble, mais facile à délayer dans un liquide quelconque.

On l'administre soit en poudre délayée dans de l'eau ou une boisson gazeuse qui en masque la saveur un peu fade, soit en cachets, soit en comprimés.

A l'intérieur, elle se prend à la dose moyenne de trois cuillerées à café par jour ; en lavements, à la dose d'une bonne cuillerée à bouche délayée dans 150 grammes d'eau bouillie.

Il est toujours bon, avant d'employer une levure sèche, de s'assurer de sa valeur comme ferment en la délayant dans une solution sucrée et en l'exposant à une température de 25 à 35 degrés.

Si le produit est bon, la fermentation doit s'établir rapidement. Les levures à fermentation tardive ne possèdent qu'un ferment affaibli et ne sauraient donner de bons résultats. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 24 FÉVRIER AU 1er MARS 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 24 FÉVRIER, à une heure. — 2e, *Salle Béclard* : MM. Ch. Richet, Rémy et Broca (André).

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Pasteur* : MM. Lannelongue, Lepage et Cunéo ; — M. Gley, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Mauclaire et Broca (Aug.) ; — (2e série) : MM. Terrier, Reclus et Gosset ; — (2e partie) : MM. Fournier, Teissier et Legry ; — M. Walther, suppléant.

MARDI 25 FÉVRIER, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Charrin et Guiart.

2e, *Salle Charcot* : MM. Mathias-Duval, Chassevant et Langlois.

3e (oral, 2e partie, ancien régime), *Salle Pasteur* : MM. Dieulafoy, Hutinel et Vaquez ; — M. Achard, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Schwartz et Marion ; — (2e série) : MM. Le Dentu, Hartmann et Auvray ; — (2e partie) : MM. Proust, Raymond et Dupré ; — M. Gouget, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin ; — M. Retterer, suppléant.

MERCREDI 26 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Lannelongue, Delens et Poirier.

2e, *Salle Pasteur* : MM. Gariel, Ch. Richet et Retterer.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Mauclaire, Remy et Wallich ; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Kirmisson, Jalaguier et Legueu ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Wurtz et Widal ; — M. Bezançon, suppléant.

JEUDI 27 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Poirier, Hartmann et Auvray.

2e, *Salle Pasteur* : MM. Gautier, Gley et Launois.

2e (2e partie, ancien régime), *Salle Béclard* : MM. Mathias Duval, Retterer et Chassevant.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Le Dentu, Thiéry et Potocki ; — (ancien régime), *Salle Nélaton* : MM. Schwartz, Faure et Demelin ; — M. Thiroloix, suppléant.

VENDREDI 28 FÉVRIER, à une heure. — 2e, *Salle Corvisart* (1re série) : MM. Gariel, Gley et Bezançon ; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Broca (André).

4e (nouveau régime), *Salle Thouret* : MM. Hayem, Wurtz et Richaud ; — M. Teissier, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Broca (Aug.) et Legueu ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Jalaguier et Gosset ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Netter et Thoinot ; — M. Widal, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Desgrez, suppléant.

SAMEDI 1er MARS, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Hanriot et Renon.

2e (2e partie, ancien régime), *Salle Pasteur* : MM. Mathias-Duval, Launois et Desgrez.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Salle Béclard* (1re série) : MM. Raymond, Vaquez et Thiroloix ; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Gilbert, Gouget et Jeanselme ; — M. Méry, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Potocki ; — M. Quenu, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — NOTES OBTENUES. — *Anatomie.* — Séance du 14 février 1902. — MM. Guillaume (Louis), 12 + 11 = 23 ; Camus, 10 + 10 = 20 ; Dehérain, 9 + 11 = 20 ; Rabier, 5 + 11 = 16 ; Daversin, 7 + 8 = 15 ; Gratiot, 6 + 9 = 15 ; Reulos (Marcel), 5 + 10 = 15.

Séance du 15 février 1902. — MM. Trémolières, 11 + 11 = 22 ; Roussy, 9 + 11 = 20 ; Bouchez, 9 + 9 = 18 ; Pillet, 8 + 9 = 17 ; Sourdille, 8 + 9 = 17 ; Caldaguès, 6 + 10 = 16 ; Giroux, 7 + 9 = 16 ; Handelsmann, 10 + 6 = 16 ; Mettey, 5 + 9 = 14 ; Vaubourdolle, 4 + 7 = 11.

Pathologie. — Séance du 13 février 1902. — MM. Alquier, 12 + 10 = 22 ; Papin, 10 + 8 = 18 ; Blairon, 8 + 9 = 17 ; Claude, 12 + 4 = 16 ; Claret, 7 + 8 = 15 ; Marsan, 6 + 7 = 13 ; Mignon, 4 + 5 = 9.

Séance du 14 février 1902. — MM. Klein (Robert), 9 + 9 = 18 ; Rendu, 10 + 8 = 18 ; Ramond, 9 + 8 = 17 ; Jamet, 7 + 9 = 16 ; Bour, 8 + 7 = 15 ; Lafosse, 8 + 7 = 15 ; Violle, 7 + 6 = 13 ; Barbé, 3 + 9 = 12 ; Dupuy (Pierre), 5 + 6 = 11 ; Reulos (Aug.), 5 + 4 = 9.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la sixième semaine, 1 047 décès au lieu de 881 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1 087. Cette augmentation de la mortalité porte sur les affections de l'appareil respiratoire, qui, d'ailleurs, restent encore au-dessous de la normale.

La fièvre typhoïde a causé 13 décès, au lieu de 9 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 8.

La variole a causé 3 décès, au lieu de 5, 6, 7 et 6 pendant les semaines précédentes (la moyenne est de 2). La rougeole a causé 8 décès, au lieu de 9 pendant la dernière semaine et au lieu de la moyenne 7 ; la scarlatine a causé 1 décès, au lieu de 2 pendant la cinquième semaine et au lieu de la moyenne 3 ; la coqueluche a causé 14 décès, au lieu de 9, 10, 10 et 14 pendant les semaines précédentes (la moyenne est 2) ; la diphtérie a encore causé 16 décès, au lieu de 11 pendant la dernière semaine (la moyenne est 9). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est en diminution pour la fièvre typhoïde (70), la scarlatine (42) et la diphtérie (124). Il est stationnaire pour la variole (33). Tous ces chiffres, excepté celui de la scarlatine, sont d'ailleurs supérieurs à la moyenne des cinq années précédentes (fièvre typhoïde, 42 ; variole, 22 ; scarlatine, 61 ; diphtérie, 72).

La diarrhée infantile a causé 22 décès de 0 à 1 an, au lieu de 20 pendant la semaine précédente et de la moyenne 24.

En outre, 36 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies des organes de la respiration ont causé 192 décès, au lieu de 147 pendant la semaine précédente et au lieu de 246, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 17 décès (au lieu de la moyenne 20) ; bronchite chronique, 13 (au lieu de la moyenne 36) ; pneumonie, 38 (au lieu de la moyenne 55) ; les autres maladies de l'appareil respiratoire, 124 (au lieu de la moyenne 135), dont 46 sont dus à la congestion pulmonaire et 56 à la bronchopneumonie. En outre, 7 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 215 décès ; la méningite tuberculeuse, 15 décès ; la méningite simple, 25 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 72 décès ; les maladies organiques du cœur, 74 ; le cancer a fait périr 59 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 3 décès ; la cirrhose du foie, 16 ; la néphrite, 29 ; enfin, 44 vieillards sont morts de débilité sénile.

Consultations externes données dans les hôpitaux et hospices. — I. CONSULTATIONS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE GÉNÉRALES. — Tous les jours, dimanches et fêtes compris, dans les établissements ci-après (entrée du public de 8 h. à 9 h. du matin) :

1° ADULTES. — *Hôtel-Dieu* : médecine, M. J. Renault; chirurgie, M. Marion. — *Pitié* : médecine, M. Claude; chirurgie, M. Michon. — *Charité* : médecine, M. Legry; chirurgie, M. Launay. — *Saint-Antoine* : médecine, M. Macaigne; chirurgie, M. Thiéry. — *Necker* : médecine, M. Teissier; chirurgie, M. Legueu. — *Cochin* : médecine, M. Aviragnet; chirurgie, M. Rieffel. — *Beaujon* : médecine, M. Bruhl; chirurgie, M. Lyot. — *Lariboisière* : médecine, M. Gouget; chirurgie, M. Beurnier. — *Tenon* : médecine, M. Lamy; chirurgie, M. Savariaud. — *Laënnec* : médecine, M. Enriquez; chirurgie, M. P. Riche. — *Bichat* : médecine, M. Soupault; chirurgie, M. Chevalier. — *Andral* : médecine seulement, M. Dufour. — *Broussais* : médecine, M. Caussade; chirurgie, M. Auvray. — *Boucicaut* : médecine, M. F. Bezançon; chirurgie, M. Demoulin. — *Saint-Louis* : chirurgie seulement, M. Guillemain. — *Salpêtrière* : chirurgie seulement, M. O. Lenoir, assistant de consultation-suppléant (la consultation n'a lieu que les lundis, jeudis et dimanches).

2° ENFANTS. — *Enfants-Malades*. — Médecine : lundi, 9 h., M. le professeur Grancher; mardi, 9 h., M. Comby; mercredi, 9 h., M. Richardière; jeudi, 9 h., M. Variot; vendredi, 10 h., M. Moizard; samedi, 9 h., M. Marfan; dimanche, 9 h., à tour de rôle par les six médecins. — Chirurgie : lundi, mardi, jeudi, samedi, 10 h., M. Lannelongue; mercredi, vendredi, 9 h., M. Brun; dimanche, 9 h., à tour de rôle par les deux chirurgiens.

Bretonneau. — Médecine : lundi, mercredi, vendredi, 9 h., M. Sevestre; mardi, jeudi, samedi, 9 h., M. Josias; dimanche, à tour de rôle par les deux médecins. — Chirurgie : tous les jours, 9 h., M. Félizet.

Trousseau. — Médecine : lundi, mercredi, vendredi, 9 h., M. Netter; mardi, jeudi, samedi, 9 h., M. Louis Guinon; dimanche, 9 h., à tour de rôle par les deux médecins. — Chirurgie : tous les jours, 9 h., M. le professeur Kirmisson.

Hérold. — Médecine : lundi, mercredi, vendredi, 9 h., M. H. Barbier; mardi, jeudi, samedi, 9 h., M. Jeanselme; dimanche, 9 h., à tour de rôle par les deux médecins. — Chirurgie : tous les jours, 9 h., M. Albarran.

Enfants-Assistés. — Médecine : lundi, mercredi, vendredi, 10 h., M. Hutinel. — Chirurgie : mardi, jeudi, samedi, 10 h., M. Jalaguier.

Tenon. — Chirurgie : tous les jours, 9 h., M. Broca.

II. CONSULTATIONS POUR MALADIES SPÉCIALES. — FEMMES ENCEINTES. — Tous les jours, à 9 h. : *Hôtel-Dieu*, M. Champetier de Ribes; *Pitié*, M. Lepage; *Charité*, M. Maygrier; *Saint-Antoine*, M. Bar; *Beaujon*, M. Ribemont-Dessaignes; *Lariboisière*, M. Bonnaire; *Tenon*, M. Boissard; *Boucicaut*, M. Doléris; *Saint-Louis*, M. Auvard; *Maternité*, M. Porak; *Baudelocque*, M. le professeur Pinard; *Tarnier*, M. le professeur Budin.

GYNÉCOLOGIE (maladies des femmes). — *Pitié* : mercredi, 9 h., M. P. Dalché. — *Saint-Antoine* : mardi, vendredi, 9 h., M. Siredey; mercredi, 9 h., M. Monod; samedi, 9 h., M. Blum. — *Necker* : lundi, vendredi, 9 h., M. le professeur Le Dentu; mercredi, samedi, 9 h., M. Routier. — *Cochin* : lundi, mercredi, vendredi, 8 h. 1/2, M. Bouilly. — *Lariboisière* : jeudi, 10 h., M. Landrieux; mardi, samedi, 9 h., M. Bonnaire. — *Bichat* : lundi, vendredi, 9 h., M. Picqué. — *Saint-Louis* : dimanche, 9 h., M. Richelot. — *Broca* : tous les jours, 9 h., M. le professeur Pozzi. — *Maternité* : mardi, samedi, 10 h., M. Charrin. — *Baudelocque* : mardi, 9 h., M. le professeur Pinard.

MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — *Saint-Louis* : lundi matin, 9 h., M. Hallopeau; soir, 2 h., M. le professeur Fournier; — mardi matin, 9 h., M. Balzer; soir, 1 h., M. Danlos; — mercredi matin, 9 h., M. du Castel; soir, 1 h., M. de Beurmann; — jeudi matin, 9 h., M. de Beurmann; soir, 1 h., M. Hallopeau; — vendredi matin, 9 h., M. Danlos; soir, 1 h., M. Balzer; — samedi matin, 9 h., M. le professeur Fournier; soir, 1 h., M. du Castel; — dimanche matin, 9 h., à tour de rôle par les six médecins. — *Ricord* : mardi, vendredi, 10 h., M. Alex. Renault; — mercredi, samedi, 10 h., M. Queyrat; — lundi, jeudi, 10 h., M. Humbert; — dimanche, 10 h., à tour de rôle. — *Broca* : lundi, mercredi, vendredi, 8 h., M. Brocq; — mardi, jeudi, samedi, 8 h., M. Thibierge. — *Pitié* : lundi, vendredi, 9 h., M. Darier. — *Saint-Antoine* : lundi, mercredi, samedi, 9 h. 1/2, M. Gaucher. — *La Rochefoucauld* : lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, M. Jacquet.

MALADIES DES YEUX. — *Hôtel-Dieu* : tous les jours, 9 h., M. le professeur de Lapersonne. — *Lariboisière* : tous les jours, 9 h., M. Doléris. — *Bichat* : lundi, 9 h., M. Picqué.

MALADIES DES VOIES URINAIRES. — *Necker* : mardi, jeudi, samedi, 8 h. 1/2, M. le professeur Guyon. — *Beaujon* : lundi, jeudi, samedi, 9 h., M. Bazy. — *Lariboisière* : tous les jours, 9 h., M. Hartmann. — *Bichat* : mercredi, 9 h., M. Picqué.

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME. — *Laënnec* : mardi, M. Reclus.

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES. — *Salpêtrière* : lundi, 8 h., M. Charpentier; mardi, 8 h. 1/2, M. le professeur Raymond; mercredi, 9 h. 1/2, M. Déjerine; vendredi, 10 h., M. Deny; samedi, 10 h., M. J. Voisin; dimanche, 8 h., M. Charpentier. — *Hôtel-Dieu* : mercredi, 9 h., M. Brissaud; samedi, 9 h. 1/2, M. Ballet. — *Pitié* : mercredi, 10 h., M. Babinski. — *Saint-Antoine* : mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, M. Gilles de la Tourette. — *Necker* : jeudi, 10 h., M. Cuffer.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES. — *Saint-Antoine* : mardi, jeudi, samedi, dimanche, 8 h. 1/2, M. Lermoyez. — *Lariboisière* : lundi, mardi, vendredi, 9 h., M. P. Sébileau. — *Hôtel-Dieu* : mardi, vendredi, 4 h., M. le professeur Duplay. — *Bichat* : mercredi, 8 h. 1/2, M. Picqué. — *Tenon* (pour enfants seulement) : mercredi et samedi, 9 h. 1/2, M. Broca.

GOITRES. — *Lariboisière* : mercredi, 10 h., M. Duguet.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES. — *Necker* : mercredi, 9 h. 1/2, M. Barth.

MALADIES DU CŒUR. — *Hôtel-Dieu* : jeudi, 10 h. 1/2, M. Muselier. — *Necker* : vendredi, 9 h. 1/2, M. Huchard. — *Laënnec* : samedi, 10 h., M. Merklen; mercredi, 9 h. 1/2, M. Barié.

MALADIES DU THORAX ET DE L'ABDOMEN. — *Beaujon* : jeudi, 10 h. 1/2, M. le professeur Debove; mercredi, 9 h. 1/2, M. Tuffier. — *Laënnec* : lundi, 10 h., M. le professeur Landouzy.

MALADIES DE L'ESTOMAC, DU TUBE DIGESTIF ET DE LA NUTRITION. — *Pitié* : samedi, 9 h., M. Robin. — *Necker* : lundi, 9 h., M. Rendu. — *Andral* : mercredi, 8 h., M. Mathieu.

MALADIES PROFESSIONNELLES (intoxication provenant de certaines professions) ET MALADIES DU FOIE. — *Laënnec* : jeudi, 10 h., M. Hirtz.

MALADIES DES DENTS. — *Hôtel-Dieu* : lundi, vendredi, 9 h., M. Pietkiewicz. — *Pitié* : mardi, vendredi, 9 h., M. Ferrier. — *Charité* : mardi, samedi, 9 h., M. Cruet. — *Saint-Antoine* : mardi, vendredi, 18 h., M. Gaillard. — *Necker* : lundi, vendredi, 9 h., M. Brochard. — *Beaujon* : mardi, samedi, 9 h. 1/2, M. Aguilhon de Sarran. — *Lariboisière* : lundi, vendredi, 10 h., M. Rodier. — *Tenon* : mardi, jeudi, 9 h., M. Richer. — *Saint-Louis* : mardi, samedi, 9 h., M. Combe. — *Enfants-Malades* (pour enfants seulements) : lundi, vendredi, 9 h. M. Galippe. — *Bretonneau* : lundi, vendredi, 10 h. 1/2, M. Quendot. — *Trousseau* : mardi, vendredi, 9 h., M. Jarre. — *Hérold* : lundi, vendredi, 9 h., M. Morrond. — *Enfants-Assistés* : lundi, vendredi, 9 h. 1/2, M. Thomas.

ORTHOPÉDIE. — *Hôtel-Dieu* : mercredi, 10 h., M. le professeur Kirmisson.

BANDAGES. — *Hôtel-Dieu* : mardi, samedi, 10 h., M. Beurnier.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 21. — JEUDI 20 FÉVRIER 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 20 FÉVRIER 1902. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

DE LA POSITION DU MALADE DANS LES OPÉRATIONS SUR LA TÊTE ET LE COU

Par M. H. MORESTIN,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

La marche d'une opération peut être singulièrement facilitée ou contrariée suivant l'attitude imposée au sujet; et c'est une règle fondamentale et très ancienne de « situer » commodément le patient. Dans cet ordre de choses, il n'est pas de détail sans importance : un simple changement dans la « position » de l'opéré est parfois gros de conséquences. Cela est vrai surtout des attitudes qui, pour tout un groupe d'interventions portant sur une région, rendent les manœuvres plus aisées et plus sûres. Le progrès est réel si l'on a pu diminuer ainsi la part de l'imprévu, abréger l'acte opératoire, ou en diminuer la gravité dans une mesure quelconque. Cette question offre dans la chirurgie de la tête et du cou, un très sérieux intérêt. Pour certaines interventions buccales, et en particulier les restaurations palatines, la position de Rose, tête fortement renversée et pendante, rend de grands services. Ses indications sont limitées, car elle n'est point sans inconvénients, dont le principal est d'augmenter l'abondance de l'écoulement sanguin.

Dans les cas où elle n'est pas absolument nécessaire, il est au contraire très utile de soulever la tête et la partie supérieure du corps. La position la meilleure pour agir sur le crâne, la face ou le cou, nous paraît être celle où, le tronc étant incliné à 45 degrés, la tête est légèrement défléchie, la face tournée directement en avant, à droite, ou à gauche suivant le besoin. De même que l'hémorragie est plus abondante quand la tête pend verticalement en arrière, elle diminue dans une notable proportion quand le haut du corps est au contraire élevé. Cela n'empêche point évidemment les régions cervicales et céphaliques de demeurer très vasculaires, mais l'expérience le prouve, comme la réflexion pouvait le faire prévoir, l'écoulement sanguin est toujours proportionnellement moindre, surtout pour les hémorragies veineuses, les plus gênantes de beaucoup.

En outre, dans l'attitude indiquée, les muscles et tous les organes du cou sont tendus, nettement exposés. La région carotidienne, le creux sous-maxillaire, où l'on a de si fréquentes occasions d'agir, s'offrent ainsi dans des conditions très favorables à la dissection. Les grandes opérations sur la langue, le plancher de la bouche, le pharynx, le larynx, le corps thyroïde en sont très notablement facilitées.

Pour pratiquer plus commodément la chirurgie cervicocéphalique, j'ai fait construire, d'après les données précédentes, une table spéciale, dont l'emploi ne me paraît, est-il besoin de le dire, nullement indispensable, et ne se généralisera sans doute point, mais qui nous rend chaque jour, à l'hôpital Saint-Louis, les plus précieux services.

M. Richelot se sert depuis plusieurs années d'une table légère et élégante en même temps que solide, bien connue de la plupart des chirurgiens. J'ai fait subir à cet appareil ingénieux quelques modifications, pour l'adapter au but particulier que je me proposais. Dans sa forme actuelle, restant d'ailleurs utilisable pour toutes les opérations de chirurgie générale et de gynécologie, notre table diffère surtout des modèles ordinaires : 1° par la présence d'un dossier mobile, dont la hauteur et l'inclinaison varient au gré du chirurgien, à l'aide de mécanismes trop simples et solides pour se déranger jamais; 2° par l'existence d'une têtière que supporte une tige d'acier glissant derrière le dossier. Cette dernière pièce est la plus intéressante.



FIG. 1.

La têtière, formée d'un arc métallique, est mobile sur la tige sous-jacente; celle-ci porte une articulation qui permet

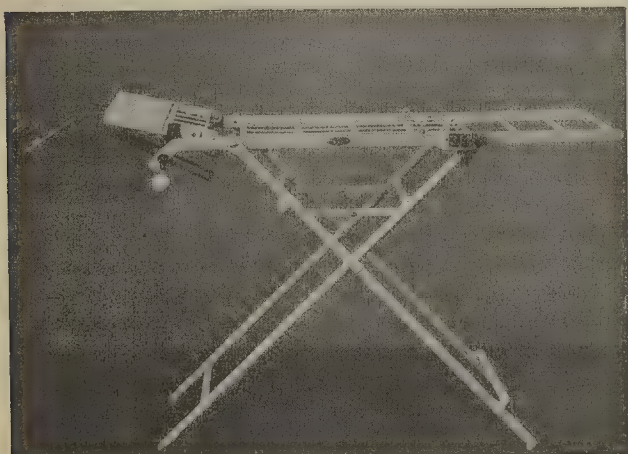


Fig. 2.

de donner à ses deux parties toutes les inflexions l'une sur l'autre, enfin glissant derrière le dossier elle peut être fixée à toute hauteur. Il est inutile d'entrer ici dans la description détaillée de ces différentes pièces, dont les figures ci-jointes montrent l'ensemble avec une précision suffisante pour en donner idée. Il faut retenir surtout que le dossier peut être allongé ou réduit et la têtière placée dans toutes les positions par rapport au dossier. Si bien que l'on n'aura aucune peine à installer sur notre table des individus de tailles très diverses, un colosse et un enfant peuvent s'y placer successivement. D'un sujet à l'autre et selon les besoins, on fera varier l'inclinaison du dossier, la déflexion de la tête, le degré de rotation de celle-ci. D'une façon habituelle pour les opérations sur la face, nous mettons le malade dans l'attitude indiquée par la figure 3. Pour les dissections du cou et du plancher, la tête est un peu plus défléchie. S'il survenait la moindre alerte respiratoire, il suffirait de tourner la manivelle dont on voit la poignée pour ramener instantanément le malade à l'horizontale. La figure 4 montre le patient dans la position de Rose.

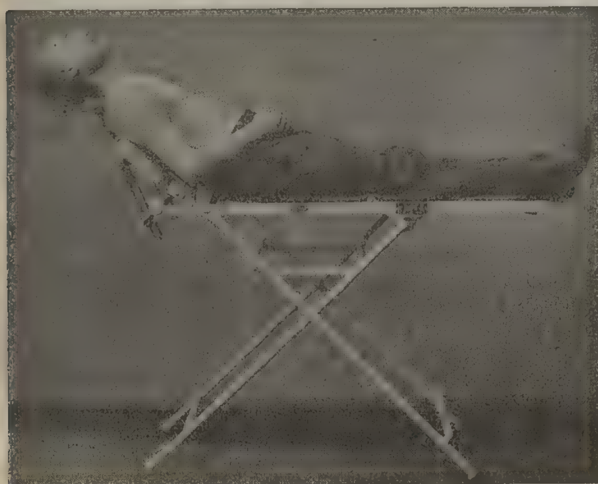


Fig. 3.

On remarquera que le cou est complètement libre, abordable en toutes ses parties, les épaules dépassant le dossier, dont le bord supérieur doit arriver à l'épine de l'omoplate.

Rien ne gêne l'opérateur, qui se trouve très à son aise, et peut en outre tirer le meilleur parti de son aide, séparé de

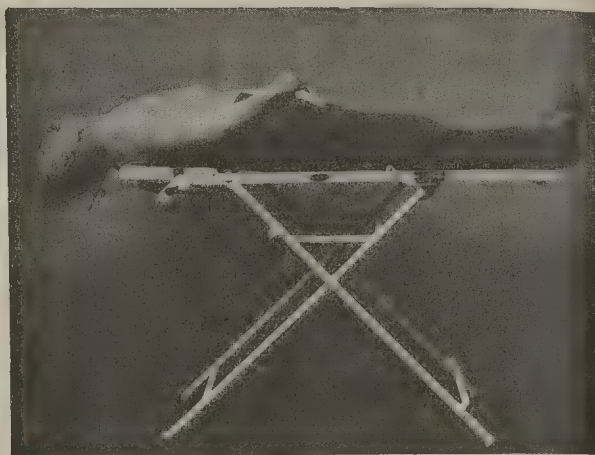


Fig. 4.

lui seulement par l'épaisseur du malade. Il y a là, en somme, une simplification et des conditions de sécurité qui ne sont pas négligeables.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(18 février 1902)

La discussion sur le **chloroforme** se poursuit à l'Académie comme à la Société de chirurgie. Elle tourne un peu sur elle-même et il en résulte bien des redites, bien des répétitions. Aussi nous contenterons-nous de résumer à grands traits les communications qui ont été faites dans cette séance.

M. Bucquoy vient appuyer les conclusions de M. Huchard, surtout en ce qui concerne l'innocuité du chloroforme chez les cardiaques. Il n'a jamais observé d'accidents imputables à un mauvais état du cœur. Il n'a d'ailleurs jamais vu de cas de mort par le chloroforme, mais il a assisté à de nombreuses alertes. Quand il se produit des accidents, ce n'est pas du côté du cœur qu'il faut en rechercher l'origine, mais bien du côté du bulbe. En résumé, avec MM. Huchard et Berger, M. Bucquoy estime que le chloroforme n'est pas autrement dangereux pour les cardiaques, si toutefois on en exempte les cœurs gras et débiles ou les cœurs scléreux. M. Bucquoy se défierait plutôt des lésions aortiques que des lésions mitrales, les premières prédisposant davantage à la syncope. Enfin, contrairement à M. Huchard, M. Bucquoy se défierait également de l'angine de poitrine. Il hésiterait à laisser endormir un malade sujet à des accès d'angine de poitrine.

Après les médecins, les chirurgiens : M. Chauvel intervient dans le débat pour combattre l'opinion exprimée par M. Huchard, relativement aux avantages d'un chloroformisateur attitré ; il revendique pour le chirurgien sa responsabilité pleine et entière du chloroforme. Si l'avis de M. Huchard était écouté, que deviendraient les médecins de l'armée, ceux de la marine, ceux des campagnes qui peuvent être appelés, les uns et les autres, à intervenir chirurgicalement d'urgence et sans aides ? Il faut que tout chirurgien soit doublé d'un chloroformisateur. Revenant à la formule de Sédillot, à savoir que le chloroforme pur et bien donné ne tue jamais, M. Chauvel ne croit pas qu'on ait le droit de tenir un pareil langage : le passé ne répond pas de

l'avenir. On a parlé déjà dans cette discussion d'Esler (de Strasbourg), étranger à la médecine, mais ayant une grande expérience du chloroforme ; quand il endormait sous la direction de Sédillot, il n'a pas eu un seul cas de mort, depuis, il en a eu deux. M. Chauvel est donc opposé à l'idée du chloroformisateur attitré. Toute chloroformisation, dit-il, pose la question de vie ou de mort ; ne l'oublions pas, apprenons à nos élèves à bien donner le chloroforme, et que jamais le chirurgien n'abdique la responsabilité du chloroforme.

M. Le Dentu, comme ses collègues, adopte les conclusions de M. Huchard ; il les considère comme reflétant parfaitement l'opinion moyenne des chirurgiens. Il appelle l'attention sur certains accidents retardés de l'anesthésie dont on n'a pas assez parlé : il veut parler de ces cas de mort qui se produisent le second ou troisième jour après l'anesthésie. Il a vu mourir ainsi une jeune femme de choroforme qui était atteinte d'une dilatation cardiaque non diagnostiquée pendant la vie. Il n'a vu que deux accidents mortels s'étant produits sous le chloroforme, celui d'un jeune homme de vingt-cinq ans, très nerveux, mort après les premières bouffées de chloroforme, et celui d'une jeune femme, morte un quart d'heure après que tout était terminé.

M. Le Dentu s'élève contre cette assertion que la respiration seule du malade endormi doit être surveillée. Il attache tout autant d'importance au pouls et à la pupille qu'à la respiration. En terminant son argumentation, M. Le Dentu établit une comparaison entre l'éther et le chloroforme, et il estime que, si l'éther donne plus souvent des accidents consécutifs de bronchites, de congestion pulmonaire, il est infiniment moins dangereux immédiatement.

M. Lucas-Championnière, dès 1886, et l'un des premiers, a soutenu que le chloroforme n'était pas plus dangereux chez les cardiaques que chez les autres. Il est heureux de voir cette opinion confirmée par M. Huchard, dont on connaît la haute autorité en cette matière. S'il y a des opérés qu'il faut endormir, ce sont précisément les cardiaques. Essayez donc, dit M. Lucas-Championnière, d'opérer un cardiaque sans l'endormir ! C'est là que serait le danger. Il faut donc en finir une fois pour toutes avec ce préjugé qu'il ne faut pas donner le chloroforme aux cardiaques. Mais maintenant que M. Huchard a parlé, il y a lieu d'espérer que les cardiaques se laisseront facilement endormir.

M. Lucas-Championnière se sépare complètement de M. Huchard sur la question du chloroformisateur attitré ; il n'en veut à aucun prix.

Il y a, dit M. Championnière, plusieurs manières de mourir du chloroforme ; on a surtout parlé de la mort brutale parce qu'elle est la plus terrifiante, mais elle n'est pas la plus fréquente. Il a vu un malade, atteint de tuberculose généralisée, succomber onze heures après l'anesthésie chloroformique. Quant aux accidents brusques du début, ce sont, ainsi que l'a démontré Vulpian, des accidents de syncope respiratoire ; c'est pourquoi il importe tant de surveiller la respiration et, en cas d'alerte, de pratiquer immédiatement la respiration artificielle en tenant la langue hors de la bouche. En suivant toujours et d'emblée cette ligne de conduite, M. Championnière est convaincu d'avoir sauvé bien des malades menacés de mort par le chloroforme. Mais il faut bien qu'on sache qu'en dehors de la respiration artificielle, il n'y a rien à faire.

Arrivant au mode d'administration du chloroforme, M. Lucas-Championnière revendique très hautement pour le chirurgien, pour le chef de service, toute la responsabilité de l'anesthésie. Quand il entend dire à quelques-uns de ses collègues que le chloroforme n'est pas toujours très bien donné dans leur service, il est disposé à leur dire : « Monsieur, c'est de votre faute. » Pas de chloroformisateur attitré, mais tout chirurgien d'hôpital doit avoir pour premier soin, au moment du renouvellement de son service, d'instruire tous ses élèves sur le mode d'anesthésie qu'il a lui-même adopté, sur les moyens qui lui paraissent les plus propres à éviter, à prévenir les accidents et à conjurer les alertes. Il faut que les élèves de nos hôpitaux en sortent tous parfaitement instruits de la pratique de l'anesthésie, mais tant qu'ils y sont, ils doivent agir sous la direction du chef de service seul responsable. M. Lucas-Championnière a vu donner le chloroforme, à l'étranger, par des spécialistes ; il a trouvé qu'en général, ils le donnent fort mal. N'est-ce pas en Angleterre, où domine le spécialiste, qu'il y a le plus de morts par le chloroforme ?

Le meilleur mode d'administration du chloroforme est, sans conteste, celui qui consiste à le donner à doses petites, graduelles et continues. C'est une méthode française, c'est celle de M. Labbé et non celle de Simpson, comme on l'a dit par erreur. Il est bien entendu qu'il faut avoir du chloroforme pur et nouvellement distillé. Il y a longtemps que Regnault l'a dit.

C'est, selon nous, avec beaucoup de raison que M. Lucas-Championnière insiste sur les exagérations regrettables qui résultent de ces discussions au point de vue de la mortalité par le chloroforme. On ne meurt pas tant que cela du chloroforme. Les malades qui sont obligés d'y recourir ne courent pas un si grand danger. Trélat a dit autrefois qu'on courait plus de risqnes en montant en express. M. Championnière estime qu'on court plus de risques encore en faisant de l'automobilisme en vitesse.

En terminant, il déclare qu'il considère l'éther comme un mauvais anesthésique, qui ne tue pas sur la table d'opérations, mais qui tue plus souvent après. Il repousse également le bromure d'éthyle, ce qui appelle à la tribune M. Richelot qui vient, comme à la Société de chirurgie, défendre son procédé mixte de bromure d'éthyle et de chloroforme, procédé qui a été mal compris. Ce n'est pas comme anesthésique que M. Richelot emploie le bromure d'éthyle. Il n'y a recours que dans le but de rendre la muqueuse laryngienne moins sensible au chloroforme et d'éviter ainsi la syncope par réflexe laryngien. M. Richelot reproduit, à ce point de vue, les arguments qu'il a déjà fait valoir à la Société de chirurgie. Sur tous les autres points, il est d'accord avec ses collègues, en particulier sur la nécessité pour le chef de service de garder toute la responsabilité de l'anesthésie et d'instruire ses élèves afin qu'ils puissent se servir eux-mêmes du chloroforme dans leur pratique.

M. Linossier lit au nom de M. Cayla (de Bordeaux) une communication sur une méthode de **maternisation de l'allaitement artificiel** qui a pour but de donner au lait de vache les qualités de composition et d'asepsie du lait de femme.

M. le docteur Cayla part de ce principe, qu'après l'accouchement, la teneur en principes alimentaires du lait de femme est très pauvre et qu'elle augmente progressivement à mesure que l'enfant se développe et que les besoins de sa nutrition deviennent plus impérieux. Il s'efforce de

réaliser la richesse graduellement croissante de l'allaitement maternel en multipliant les coupages du lait de vache, en augmentant tous les trois jours le taux de ses éléments nutritifs au lieu de l'accroître brusquement du jour au lendemain et une fois seulement tous les mois, suivant les méthodes anciennes. Il évite ainsi les différences considérables de 50 à 75 p. 100 dans la composition du mélange d'eau et de lait, différences qui donnent lieu régulièrement à une poussée de gastro-entérite et qui compromettent et discréditent l'allaitement artificiel.

Grâce à ce procédé nouveau, les voies digestives les plus délicates supportent, sans la moindre réaction, les quantités régulièrement et progressivement croissantes des éléments nutritifs du lait de vache, car les calculs s'appliquent aussi bien aux hydrates de carbone qu'aux principes albuminoïdes.

L'opération du mélange du lait avec l'eau, compliquée et difficile en apparence, est rendue simple, précise et pratique par l'emploi d'une étiquette, dite *hydro-lactomètre*, qu'on applique sur un litre ordinaire destiné à recevoir le mélange et sur laquelle on voit d'un côté le niveau du lait, et de l'autre celui de l'eau avec les jours où les proportions des deux liquides doivent être modifiées.

L'auteur opère en même temps la stérilisation du lait et de la tétine, afin de supprimer les agents pathogènes dont celle-ci peut s'imprégner dans l'eau où elle baigne, ou au contact des mains qui l'adaptent au goulot du flacon-biberon.

Pour cela, il munit chaque flacon d'une tétine qu'il coiffe d'un verre cylindrique appelé paramicrobe : le tout est introduit dans la marmite classique et soumis à l'ébullition pendant trente à quarante minutes. Quand l'heure du repas arrive, la mère prend le flacon d'une main, enlève le verre protecteur de l'autre, et insinue dans la bouche du nourrisson la tétine vierge de toute souillure.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Syphilis et tuberculose. — M. Mauté, interne des hôpitaux de Paris, dans une intéressante Revue générale intitulée « Syphilis et Tuberculose », résume ainsi cette question si délicate du traitement de la syphilis chez les tuberculeux :

Le traitement curatif de la syphilis repose, on le sait, sur l'administration du mercure et de l'iodure isolés ou associés. Nous devons nous demander d'abord quels résultats ces médicaments donnent chez les tuberculeux. Baumes dit que l'administration inconsidérée du muriate oxygéné de mercure pour la cure des maladies vénériennes a quelquefois délabré la poitrine. Pour lui, le mercure aurait une action tuberculisante non douteuse. Cependant on a donné le mercure, de propos délibéré, à des phtisiques avérés comme antiparasitaire. On a essayé les injections directes de bichlorure d'hydrargyre dans le poumon, les frictions mercurielles, le calomel ; mais ainsi que le fait remarquer Daremberg, « l'histoire des applications des composés mercuriels au traitement de la tuberculose a été une longue suite de déceptions. »

L'iodure de potassium n'a pas, chez les tuberculeux simples, de meilleur emploi que le mercure. Il est cause d'hyperémie, de lésions bronchiques et péribronchiques. Dans certains cas de bacillose pulmonaire commençante et douteuse, on a même pu, grâce à lui, diagnostiquer plus vite la tuberculose, la médication iodurée semblant par son action vaso-dilatatrice servir la fixation et le développement du bacille.

En est-il de même lorsque la tuberculose et la syphilis sont associées?

Stieffel, dans sa thèse, cite trois observations où l'on a dû supprimer le traitement spécifique qui, tout en agissant sur les lésions syphilitiques d'une manière favorable, ne semblait qu'affaiblir les malades et hâter l'évolution tuberculeuse. Lassar fait remarquer que, chez les tuberculeux syphilitiques, les frictions mercurielles déterminent souvent des hémoptysies et une aggravation manifeste de la tuberculose. M. le professeur Landouzy enseigne aussi que les mercuriaux « font mal » aux syphilitiques tuberculisants. Enfin, dans une observation du professeur Potain, l'auteur soupçonne le traitement mercuriel d'avoir aggravé les manifestations tuberculeuses du poumon chez un syphilitique. D'autre part Neisser dit n'avoir jamais vu le traitement antisyphilitique aggraver une tuberculose. Et même un auteur italien rapporte l'observation singulière d'un tuberculeux guéri après avoir avalé par erreur l'onguent mercuriel qu'on lui avait remis pour être employé en frictions contre des *pediculi pubis*.

Que faut-il conclure d'un ensemble de constatations aussi disparates?

Certainement il n'y a pas de raison de principe applicable à tous les cas pour refuser le traitement aux syphilitiques tuberculeux. Ces faits montrent seulement qu'il faut être éclectique pour le choix des cas et des méthodes de traitement. Tout d'abord, nul doute qu'un tuberculeux très avancé ou atteint de phtisie aiguë supporte mal un traitement antisyphilitique. De même il est certain que l'on commettra une faute thérapeutique grave si on laisse se produire des accidents de stomatite ou d'entérite. Car de pareils désordres en entravant l'alimentation ne pourront que favoriser le développement et l'extension de l'infection tuberculeuse. Mais le danger de la syphilis elle-même n'est-il pas plus considérable que celui du mercure? Et si la syphilis complique si souvent et si gravement la tuberculose, n'est-ce pas parce qu'on ne la traite pas?

Il faut donc traiter les syphilitiques tuberculeux. Mais comme l'a fait remarquer M. Fournier, quand on a posé la question au dernier congrès, il faut les traiter avec circonspection, prudence et d'une façon spéciale. Il faudra s'abstenir sur eux de toute intervention intensive. Ce sont des malades à traiter doucement. Il conviendra aussi de leur éviter l'administration interne du mercure susceptible d'offenser leurs fonctions digestives qui sont pour eux le mode de résistance le plus efficace à la tuberculose. De plus, on devra pouvoir doser la quantité de mercure introduite quotidiennement dans l'organisme. Les injections de sels insolubles doivent donc être absolument repoussées. C'est à la méthode des injections solubles ou à celle des frictions qu'il faudra avoir recours, et cela par cures espacées.

On arrivera ainsi à modifier le terrain et à augmenter autant que possible les moyens de résistance au bacille de Koch. Enfin on fera disparaître de cette façon les affections syphilitiques locales qui sont, comme nous l'avons vu, un terrain particulièrement favorable pour le développement des lésions tuberculeuses locales. Il va de soi que le traitement hygiénique et médicamenteux habituel de la tuberculose ne devra pas être négligé. (*Revue de la tuberculose*, 4 déc. 1901.) L. G.

CHIRURGIE

Torsion du cordon spermatique. — Rarement signalée, cette affection est susceptible, précisément à cause de sa rareté, d'égarer le diagnostic. C'est le cas d'un malade, opéré par M. Atherthon, pour lequel on avait posé le diagnostic d'étranglement herniaire.

L'interrogatoire du sujet et de son entourage établit que sa santé était excellente jusqu'au matin du jour où il fut soumis à l'examen de l'auteur. A ce moment, il présentait un peu de douleur et un certain gonflement de l'aine gauche. Son état demeura stationnaire toute la journée; le soir, on administra au malade un peu de chloroforme, afin d'essayer la réduction de ce qu'on pensait être une hernie.

A l'examen, on trouva une masse allongée se continuant en bas avec l'extrémité supérieure du testicule et remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'anneau inguinal externe. La tuméfaction présentait un diamètre transversal de 2 à 3 centimètres; elle était lisse, sensible à la pression, ne présentant pas d'impulsion à la toux et mate à la percussion.

Une incision oblique, longue de 3 à 4 centimètres, fut pratiquée et l'on mit à nu un sac épais et noirâtre dont l'ouverture fit échapper un peu de sérosité. Au fond de la plaie, on trouva l'épididyme congestionné, en continuité en haut avec les éléments du cordon, en bas avec le testicule. Le cordon était tordu deux fois sur lui-même; ses vaisseaux étaient thrombosés, le testicule avait une coloration foncée, saumonée. Après ligature du cordon, on fit l'extirpation de l'épididyme et du testicule. (*Med. Record*, 1901, vol. IX, p. 816.) A. H.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la morphinomanie. [M. René Verhoogen (de Bruxelles).] — Jusqu'ici, pour guérir les morphinomanes, on a eu recours à trois méthodes : la première, la méthode *lente*, consiste à diminuer graduellement, d'un centigramme par jour, la dose de morphine injectée par le malade. Ce procédé peut donner de bons résultats, mais il est difficile à employer. Il exige en effet beaucoup de bonne volonté de la part du malade et pendant longtemps; pour des sujets habitués à des doses journalières de 2 grammes à 2g50, il faut environ deux cents à deux cent cinquante jours pour achever la cure et des rechutes viennent fréquemment compromettre le résultat de celle-ci; en cas de rechute, en effet, un second essai devient difficile, car on se heurte le plus souvent au mauvais vouloir du malade, agacé par la longue durée du traitement.

Le second procédé, la suppression rapide, est susceptible de donner des résultats excellents, cependant il prête à des inconvénients fort graves. Tout d'abord, il faut pouvoir enfermer le malade, l'empêcher de sortir, être sûr de la fidélité des gardiens qui, souvent, se laissent facilement corrompre et procurent de la morphine aux malades.

Parmi les inconvénients, on observe quelquefois du collapsus survenant brusquement et pouvant amener une syncope mortelle.

Le troisième procédé, procédé d'Erlenmeyer, est intermédiaire à ces deux méthodes. Il consiste à supprimer la morphine dans l'espace de huit à dix jours, de façon à éviter les grands dangers dus à la suppression brusque. C'est le procédé qui a été le plus employé dans ces derniers temps et auquel M. R. Verhoogen donne la préférence.

Qu'arrive-t-il quand on supprime brusquement la morphine?

Le premier jour, le malade le supporte sans grands troubles. La cause de cette absence de symptômes, c'est que, prévoyant la privation de la cure, il a eu soin, généralement, de s'injecter une dose plus considérable que d'habitude, il s'est soumis, la veille, à la *dose de luxe*. Aussi, comme il est venu faire sa cure plein de bonne volonté, il supporte facilement la privation, malgré quelques crampes dans les mollets, une certaine impatience, des transpirations abondantes. S'étant surchargé la veille, il souffre moins qu'il ne s'y est attendu.

Le deuxième jour, les symptômes s'accentuent, la contracture des pupilles de morphinomane saturé fait place à la dilatation, le malade est fatigué, brisé, ses crampes deviennent plus fortes.

Le troisième jour de l'angoisse, des éternûments, une sensation de froid se manifestent, le malade grelotte et sue d'abondance. Le quatrième jour, survient souvent une crise d'hystérie, purement symptomatique, toxique, sans qu'il y ait de véritable hystérie. Ce sont ces symptômes qui constituent la *faim morphinique*. Celle-ci est impérieuse et le malade ne recule pas devant la force, l'assassinat même, pour se procurer de la morphine.

Le symptôme le plus grave, comme il a été dit plus haut, c'est le collapsus qui arrive sans signes précurseurs apparents, le sujet tombe à la renverse, le pouls est imperceptible, le cœur s'arrête, et parfois la mort s'ensuit.

La raison d'être de tous ces phénomènes, dit M. Verhoogen, se trouve dans la desquamation de tous les épithéliums des muqueuses de l'organisme par hypersécrétion muqueuse intestinale, sudorale, etc., dans la contraction des fibres lisses vasculaires. Le tracé sphygmographique du malade permet de prévoir le collapsus. On observe le troisième jour, que l'ascension est moins forte, avec un sommet formant une courbe plus large, il n'existe plus le léger dicrotisme habituel. Lorsque le collapsus menace, la ligne d'ascension se termine par une ligne horizontale. La cause en est dans la constriction vasculaire généralisée, opposant au cœur une résistance extrême, et l'organe se fatigue et s'arrête parfois brusquement. L'administration de morphine rétablit le tracé sphygmographique et fait disparaître les symptômes menaçants.

Le procédé intermédiaire met à l'abri de ces dangers. Pour l'appliquer, M. Verhoogen suit le plan suivant. Soit un malade habitué à 50 ou 60 centigrammes de morphine quotidiennement. Le premier jour, on accorde la moitié de la dose habituelle, le second jour 10 centigrammes, le troisième jour 5 centigrammes et l'on y reste aussi longtemps qu'il est nécessaire pour éviter le collapsus, jusqu'à ce que le pouls soit redevenu normal; alors en quelques jours on supprime totalement la morphine. (*La Policlinique*, Bruxelles, 1er février 1902.) L. G.

Traitement de la constipation. — Le docteur Franz Kluk-Kluczycki, dans une clinique de l'hôpital Wilhelmine de Vienne, passe en revue tous les agents employés contre la constipation.

Parmi les laxatifs doux on emploie couramment la manne, le tamarin, le soufre, la magnésie calcinée, l'huile de ricin, les purgatifs salins, la rhubarbe, le rhammus frangula, le cascara sagrada, l'aloès, le séné, le calomel. Aux drastiques appartiennent le jalap, la gomme-gutte, le podophyllin, la coloquinte, l'huile de croton.

Comment ces laxatifs agissent-ils?

D'après les recherches de Penzoldt, tous les purgatifs ralentissent la digestion gastrique; c'est pourquoi on les donne volontiers sous forme de pilules kératinisées. L'action laxative de ces drogues tient en partie à l'augmentation de l'osmose hors des vaisseaux intestinaux, en partie à l'irritation de la muqueuse intestinale et des nerfs de l'intestin qui réagissent par des contractions des muscles intestinaux. Parmi les moyens qui agissent en augmentant l'osmose, il y a surtout les purgatifs salins qui, sans causer de douleurs, produisent des selles aqueuses et sont indiqués quand il faut déshydrater l'organisme. C'est le cas dans les troubles des échanges, dans l'obésité, la diathèse urique, les troubles du rein, les œdèmes, etc. A dose moyenne les fèces seront ramollies, mais l'action laxative ne se produit qu'aux dépens de la déshydratation. Si donc celle-ci n'est pas indiquée, s'il y a une constipation purement mécanique par suite d'un régime alimentaire défectueux, par une sédenta-

rité exagérée, comme dans les affections gynécologiques, dans la puerpéralité, il est nécessaire d'avoir un laxatif doux, d'action prompte, exempt d'inconvénients.

Jusqu'ici on avait pour cela des produits tirés des plantes, surtout le tamarin, le podophyllin avec la belladone, les pastilles de cascara-sagrada. C'est surtout ce dernier laxatif, dont le nom vient de ses propriétés merveilleuses reconnues des indigènes de la Californie, qui est en faveur chez nous.

C'est ce laxatif que M. Kluk Kluczycki emploie le plus fréquemment à cause de ses qualités cholagogues bien connues depuis les travaux de Dujardin-Beaumetz soit contre les constipations par suite de dyspepsie simple, soit dans ces cas où il y a diminution des sécrétions gastriques ou biliaire. Il a constaté que, par l'usage prolongé de la cascarine, les fonctions digestives gastro-intestinales ne sont nullement troublées; au contraire, on note souvent l'augmentation de l'appétit, ce qui concorde avec l'augmentation de sécrétion glandulaire constatée dans les expériences. Jamais il n'y eut de douleurs qui eussent pu être rapportées à la cascarine. Les selles se produisaient dans les cas légers au bout de cinq heures, dans les cas rebelles jusqu'à dix heures; elles se produisaient sans douleurs, et étaient molles; et souvent deux à trois heures après survenait une seconde défécation. En moyenne il suffisait d'une dose tous les deux jours, puis le troisième jour on répétait la même dose. Il n'y eut pas d'accoutumance malgré un usage continu pendant des semaines, et après guérison de l'état causal la défécation s'est faite spontanément. (*Wien. Klin. Rundschau*, 1901, 51.)

P. C.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour six places de médecin.* — Le jury est définitivement composé de MM. A. Renault, Cornil, Landrieux, Marfan, A. Petit, Gouraud, Robin, Huchard, Klippel, Landouzy, Roques et Schwartz.

— *Concours de l'Internat.* — NOTES OBTENUES. — *Anatomie.* — Séance du 17 février 1902. — MM. Oppert, 9 + 10 = 19; Bloch, 11 + 7 = 18; Morel, 10 + 8 = 18; Sénéchal, 10 + 8 = 18; Tixier (Léon-Joseph), 11 + 7 = 18; Chastagnol, 7 + 8 = 15; Küss, 9 + 6 = 15; Corlieu, 8 + 5 = 13; Ripart, 7 + 6 = 13.

Pathologie. — Séance du 17 février 1902. — MM. Rousseau, 10 + 10 = 20; Ferry, 9 + 9 = 18; Gaudemet, 9 + 9 = 18; Baudoin (Émile), 9 + 8 = 17; Delille, 7 + 10 = 17; Ribot, 9 + 8 = 17; Magitot, 8 + 8 = 16; Leremboure, 10 + 5 = 15; Nicolas, 6 + 6 = 12.

Centenaire de l'Internat. — En raison des élections législatives, les fêtes du Centenaire, qui devaient avoir lieu au mois d'avril, seront reportées aux 10 et 11 mai.

Facultés de médecine. — *Lille.* — Le concours pour le clinicat obstétrical vient de se terminer par la nomination de M. Vanverts.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Poirier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé chevalier du Mérite agricole.

Guerre. — Par décret en date du 9 février 1902, les soixante-neuf élèves de l'école du service de santé militaire, reçus docteurs en médecine, dont les noms suivent, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe pour prendre rang du 1er février 1902 et provisoirement dans l'ordre alphabétique ci-après. Ces aides-majors sont pourvus de l'emploi de médecin aide-major de deuxième classe élève à l'école d'application du service de santé militaire :

MM. Alaux, Azémar, Barailhé, Barthélemy, Baur, Baurrier, Beau, Béraud, Bordereau, Bridier Brun, Bumat, Capdevielle, Casteret, Charbonneau, Cenet, Chrétien, Colineau, Coulliaud-Maisonneuve, Couturier, Cristiani, Dautheville, Delestan, Deleuze, Delmas, Duvau, Ebstein, Egmann, Epaulard, Flach, Garcin, Godeau, Grenier, Guénot, Haméon, Henriot, Izaac, Jousselin, Jouve, Jude, Julien-Laferrière, de Kermabon, Lecomte, Limasset, Long, Louis, Macaire, Mandoul, Metzger, Noirot, Orticoni, Perrin, Pinchon, Potet, Pourpre, Poutet, Queyrot, Raoul, Rebierre, Rehm, Rit, Roualet, Rouyer, de Saint-Vincent de Parois, Schwaebel, Sicre, Stitelet, Valla, Van-Merris.

— Par arrêté ministériel en date du 10 février 1902, MM. Ducasse, Kernéis et Rousseau, élèves de l'école principale du service de santé de la marine, ont été nommés à l'emploi de médecin aide-major de première classe stagiaire des troupes coloniales.

— Par décret en date du 9 février 1902, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve ou de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. Vigier et Husson, médecins-majors de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Pesquerel, dont la démission de sous-lieutenant de réserve a été acceptée; Kourilsky-Mottel, Lamy, Gebhard, Bournisdien de Valmont, Recours, Chaffal, Chimot, Pradines, Verstraete, Faivre, Gravier, Bayle, Dorion, Mulon, Montagard, Petit, Malartic, Bonnefond, Auvray, Ferry, Pellizza, Perreau, Quenendec, Depoutre, Chancellay, Tillé, Roux, Bréavoine, Lemonnier, Sayol, Ricôme, Wacogne, Jean, Péhu, Emery, Tribet, Tarnaud, Appraillé, Maucotel, de Cisternes, Bidel, Jardin, Vallée, Servel, Sénès, Platey, Defossez, Blanc, Rascalou, Bonamy, Devaux, Schmitt, Frison, Bonne, Barge, Dusauls, Coudret, Barbin, Landard, Decloux, Prestelle, Maes, Dubarry, Bouroullec, Picandet, Polaillon, Teysseyré, Ruffier, Quillon, Guerbé, Roux, Benoist, Favalelli, Étienne, Poncin, Blanc, Bourier, Rousseau, Chevalier-Joly, Larger, Duballen, Varenne, Rocher, Grasseteau, Adeline, Bour, Luigé, Delassasseigne, Lombard, Fabre, Fouquet, Acheray, Defossez, Deldalle, Bargues, Ponte, Leduc, Vandeputte, Le Guichaoua, Raffier, Page, Olmer, Rey, Bouvier et Lançon.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Krauss et Couloumme-Labarthe.

Marine. — M. le médecin de première classe Etourneau est désigné pour embarquer sur la défense mobile de la Corse.

M. le médecin en chef de première classe Jacquemin est désigné pour remplir les fonctions de sous-directeur du service de santé au port de Rochefort.

Ligue contre la mortalité infantile. — L'Assemblée constitutive de la Ligue contre la mortalité infantile a eu lieu le samedi 15 février courant, à quatre heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre Richelieu, à la Sorbonne, rue des Ecoles.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Barbé-Guillard (de Léhon); Chedevergne, directeur de l'École de médecine de Poitiers; Hobon, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu à Alençon; Klein, médecin principal à l'hôpital de Nantes; Ledrolle, de Pintheville (Meuse); Charles Mauger-Lavente, de Ger (Manche); Paul Mondotte (de Bordeaux); Louis Thérèse (de Paris); et de M. Deynaud, officier de santé.

Consultations médicales, par le professeur J. GRASSET. 5e édit., in-8°, reliure souple. — Prix : 5 francs. — Montpellier, Coulet et fils. — (Dans ce travail, à la page 6, ligne 13, lire : « 0,08 centigr. » au lieu de « 0,80 centigr. ».)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 22. — SAMEDI 22 FÉVRIER 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 22 FÉVRIER 1902. — N° 22

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — Notes obtenues. — *Anatomie.* — Séance du 18 février 1902. — MM. Bréchot, 10 + 9 = 19; Le Sourd (Ét.), 9 + 9 = 18; Teisseire, 7 + 10 = 17; Mahoudeau, 7 + 8 = 15; Baldenweck, 7 + 7 = 14; Béclard, 7 + 5 = 12; Besnier, 3 + 9 = 12; Vidal, 4 + 8 = 12; Villebrun, 5 + 6 = 11.

Guerre. — Par arrêté ministériel, en date du 18 février 1902, MM. Dupin-Dulau, Peltier, Le Pape, Montfort, Gaillard et Devy, élèves de l'École principale du service de santé de la marine, ont été nommés à l'emploi de médecin aide-major de première classe stagiaire dans le Corps de santé des troupes coloniales.

— *École du service de santé militaire.* — Le *Journal officiel* du 21 février publie la circulaire de M. le ministre de la Guerre contenant les instructions pour l'admission à l'École du service de santé militaire en 1902.

Intérêts professionnels. — Le Sénat, dans sa séance du jeudi 20 février, a prononcé la prise en considération de la proposition de loi de M. Bataille, tendant à substituer la fixation par voie de taxe à la procédure suivie pour le recouvrement en justice des sommes dues aux médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes pour actes de leur profession.

La commission de la repopulation a désigné hier ses rapporteurs, sur les travaux desquels se baseront les études ultérieures de la commission :

Pour la puériculture, depuis la conception jusqu'à la naissance : le professeur Pinard.

Pour la mortalité des enfants de 0 à un an : le professeur Budin.

Pour la mortalité des enfants d'un à quatorze ans : le docteur Variot.

Pour la mortalité des adultes : le docteur A.-J. Martin.

Pour la mortalité professionnelle dans les milieux collectifs : le professeur Landouzy.

Pour la mortalité dans l'armée métropolitaine, l'armée de mer et l'armée coloniale : le docteur Labbé, sénateur.

Pour l'étude comparée des lois de protection de la santé publique en France et à l'étranger : le docteur Borne, député.

Pour la mortalité dans ses relations avec la natalité : le docteur Bertillon.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la septième semaine, 1 121 décès, au lieu de 1 047 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1 087. L'aggravation constatée dans la mortalité porte surtout sur les affections de l'appareil respiratoire, et résulte évidemment de l'abaissement inattendu de la température.

La fièvre typhoïde a causé 14 décès, au lieu de 13 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 8. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins reste stationnaire (70, au lieu de la moyenne 42).

La variole a causé 3 décès, comme la semaine dernière (la moyenne est 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins reste également stationnaire (29, au lieu de 33 et de la moyenne 22). A Londres l'épidémie continue avec la même intensité; elle a causé pendant les deux dernières semaines (5e et 6e) respectivement 39 et 64 décès.

La rougeole a causé 13 décès, au lieu de 8 pendant la dernière semaine et au lieu de la moyenne 7; presque tous ces décès se sont produits dans les quartiers excentriques. La scarlatine a causé 1 décès comme la semaine dernière (la moyenne est 2), la coqueluche a causé 13 décès, au lieu de 14 et de la moyenne 2; tous ces décès ont eu lieu dans les quartiers excentriques, la diphtérie a encore causé 21 décès, au lieu de 16 pendant la dernière semaine (la moyenne est 9). Le nombre des cas nouveaux augmente (166, au lieu de 124 et de 147 pendant les deux semaines précédentes et au lieu de la moyenne 72).

La diarrhée infantile a causé 17 décès de 0 à 1 an, au lieu de 22 et de la moyenne 24.

En outre, 41 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies des organes de la respiration ont causé 224 décès, au lieu de 192 pendant la semaine précédente et au lieu de 246, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 19 décès (au lieu de la moyenne 20); bronchite chronique, 27 (au lieu de la moyenne 36); pneumonie, 43 (au lieu de la moyenne 55); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 135 (chiffre identique à la moyenne), dont 44 sont dus à la congestion pulmonaire et 75 à la bronchopneumonie. En outre, 6 décès sont attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 231 décès; la méningite tuberculeuse, 30 décès; la méningite simple, 25; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 9 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 55 décès; les maladies organiques du cœur, 66; le cancer a fait périr 53 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès; la cirrhose du foie, 12; la néphrite, 32; enfin, 43 vieillards sont morts de débilité sénile.

REVUE GÉNÉRALE

L'infantilisme.

Par Henry Meige.

I

Définition et historique. — *L'infantilisme est une anomalie du développement caractérisée par la persistance, chez un sujet ayant atteint ou dépassé l'âge de la puberté, de caractères morphologiques appartenant à l'enfance.*

Le retard du développement physique s'accompagne en général d'un retard du développement psychique.

Enfant par le corps, l'infantile est enfant par l'esprit, et le stade dans lequel son état mental est resté figé correspond assez exactement à l'âge dont il a conservé les formes extérieures.

Le sens du mot *infantilisme* est loin d'avoir eu toujours cette précision. Pour chacun, infantile signifie bien « adulte resté enfant » ; mais il est, comme l'a fait remarquer Brissaud, « bien des manières de rester enfant. » Lasègue, Lorain et Brouardel ont donné le nom d'infantiles à des êtres mal venus, retardataires à tous égards, de petit esprit, de petite taille et le plus souvent de petite santé. En 1871, Faneau de Lacour publiait, sur le féminisme et l'infantilisme chez les tuberculeux, une thèse qui doit surtout à la préface de Lorain d'avoir été sauvée de l'oubli. Joffroy, Bourneville et Sollier, Souques, Barety, Ch. Féré, Marfan et Guinon, Capitan, P. Richer, Gérard, etc., ont décrit un certain nombre d'exemples intéressants d'infantilisme, de féminisme et même de sénilisme. Cependant, malgré la valeur grande de ces travaux, le mot lui-même d'infantilisme n'avait pas, il y a dix ans, conquis son droit de cité : dans les dictionnaires, dans les encyclopédies médicales, on l'eût cherché en vain.

En mai 1894, Brissaud, étudiant dans une de ses leçons de la Salpêtrière le myxœdème et le crétinisme, après avoir rappelé et commenté la description, donnée par Bourneville, de l'idiotie myxœdémateuse, ajoutait qu'à un degré moindre, ou survenant plus tard, cet arrêt de développement devait déterminer un véritable infantilisme ; à l'appui de son dire, il présentait un garçon de dix-huit ans qui est resté, si l'on peut ainsi parler, comme le prototype de l'infantilisme pur, physique et psychique, par insuffisance thyroïdienne : facies lunaire, grosses joues rondes, lèvres épaisses, torse arrondi et allongé, membres potelés, testicules rudimentaires et verge minuscule, pas un poil au pubis, pas le moindre duvet sur la face. Sans être inintelligent, cet infantile s'amusait en enfant, pleurnichait à la moindre contrariété et ne quittait pas les jupes de la surveillante, qu'il appelait sa maman. C'était là véritablement l'infantilisme dans toute l'acception du mot.

En 1895, nous avons décrit la morphologie des infantiles et l'avons résumé comme suit : arrêt de développement des caractères sexuels primordiaux (organes génitaux), et absence des caractères sexuels secondaires. En même temps, il indiquait, à côté de l'athyroïdie, d'autres causes d'arrêt de développement, signalées déjà isolément par certains observateurs, la syphilis, la tuberculose. De plus il rapprochait de l'infantilisme d'autres anomalies du développement (gigantisme, nanisme, rachitisme, obésité), qui du reste peuvent coexister avec lui.

Les travaux de Hertoghe (d'Anvers) firent faire un nouveau pas à la question. Ce dernier, en se plaçant au point de vue de la fonction du corps thyroïde, étudia avec soin son rôle dans la croissance. Il arriva à cette conclusion : pas d'infantilisme sans insuffisance thyroïdienne. Déjà diverses études, sans conclure d'une façon aussi absolue, avaient mis en lumière le rôle considérable joué par le corps thyroïde dans les troubles du développement. Il faut citer ceux de Hofmeister, de Gley, de Broca, de Brissaud.

La question de l'infantilisme semblait donc se confondre à cette époque, avec celle du myxœdème. Combe l'appelait myxœdème fruste. Thibierge se rangeait à cette manière de voir.

C'est alors que Brissaud décrivit, à côté de l'*infantilisme myxœdémateux*, un autre type, l'*infantilisme du type Lorain*, celui qu'en effet Lorain avait entrevu, et dont il disait : « Débilité, gracilité et petitesse du corps, l'arrêt porte plutôt sur la masse de l'individu que sur un appareil spécial. » D'après l'enseignement de Brissaud, Allard et nous avons rapporté des exemples de ces deux types en précisant leurs caractères distinctifs. La même année, Vivier, dans sa thèse de Paris, en même temps qu'il résumait l'état de la question, donnait un essai d'explication pathogénique.

Ainsi fut constituée la nosographie de l'infantilisme. Depuis lors ont paru un certain nombre de travaux parmi lesquels il faut mentionner en toute première ligne ceux de Hertoghe, qui considère le type Lorain comme étant également d'origine dysthyroïdienne ; la thèse de Gauthier ; une clinique de Raymond ; des observations de Riis, Belfrage, Quincke, sur le myxœdème infantile ; enfin, celles de Moutard-Martin et Bacaloglu, de Hallopeau et Léri, de Paul Dalché, etc.

II

Morphologie. — I. Infantilisme myxœdémateux. — Voici le « signalement » de l'*infantile myxœdémateux pur et simple* ; (Henry Meige) :



Fig. 1. — *Infantile myxœdémateux* (dix-sept ans).

« Face arrondie, joufflue, lèvres saillantes et charnues, nez peu développé, visage glabre, peau fine et de couleur claire, cheveux fins, sourcils et cils peu fournis.

Torse allongé, cylindrique, ventre un peu proéminent.

Membres potelés, effilés de la racine aux extrémités, une couche adipeuse d'une assez grande épaisseur enveloppant tout le corps et masquant les reliefs osseux et musculaires.

Organes génitaux rudimentaires, absence de poils au pubis et aux aisselles.

Voix grêle et aigre, larynx peu saillant, corps thyroïde généralement petit.

Un état mental infantile accompagne toujours la malformation corporelle. Il concorde en général avec celui de l'âge que paraît conserver le corps : légèreté, naïveté, pusillanimité, pleurs et rires faciles, irascibilité prompte, mais fugace, tendresses excessives ou répulsions irraisonnées. »

Brissaud ajoute : « Facies lunaire, yeux bouffis, lèvres épaisses, grosses joues rondes, tout simule le myxœdème. Les formes extérieures ne sont pas celles d'un adolescent. Les membres sont gras et potelés, les organes génitaux rudimentaires, la verge toute petite, les testicules, bien conformés et descendus dans les bourses, sont ceux d'un petit garçon et il n'y a pas un poil au pubis. Le corps thyroïde est à peine perceptible... La petitesse de la taille n'est pas un caractère fondamental de l'infantilisme myxœdémateux, car il y a, comme on dit, de « grands enfants ». Ce sont des hommes à l'état de promesse. » Marfan et Guinon ont signalé, lorsque l'arrêt se produit assez tôt, le *retard ou l'absence de la seconde dentition* étudié aussi par Hertoghe.

Ce dernier a relevé tout spécialement un fait essentiel; la *non-soudure des épiphyses*, la persistance des cartilages épiphysaires, et, par suite, la possibilité d'un accroissement ultérieur de la taille.

Dans les cas où le myxœdème est très marqué, les membres inférieurs prennent un aspect rappelant la conformation en « colonne » signalée par Charcot dans la cachexie pachydermique (Hertoghe).

Brissaud a également insisté sur les *proportions infantiles de la tête*, beaucoup plus grosse, par rapport au corps, que chez l'adulte.

Les *troubles de la croissance des cheveux* ou leurs altérations sont fréquents.

Hertoghe a également constaté, dans des cas dont plusieurs doivent être considérés comme des types de transition, un certain nombre de symptômes accessoires dont voici les plus fréquents : le prurigo, l'ichtyose, le psoriasis, qui a été traité avec succès, dans certains cas, par la méthode thyroïdienne; l'adénoïdie, qu'Hertoghe considère comme constante, la varicocèle, la hernie ombilicale, la constipation, l'incontinence nocturne d'urine, des troubles de la marche, un sommeil lourd, profond, une température sub-normale, la sensation constante de froid aux pieds, les engelures, des palpitations. Tous ces phénomènes seraient des manifestations d'hypothyroïdie.

On a constaté la coexistence de l'hystérie, de l'épilepsie (Féré, Meige), de vésanies diverses (Imoda), de la maladie de Friedreich (Destrées), de la chorée des dégénérés (Patry), du bec de lièvre (P. Binet), bref, de la majorité des stigmates de dégénérescence.

L'infantilisme myxœdémateux se traduit également *chez la femme* par une morphologie particulière; l'arrêt de développement est tout aussi complet.

L'infantile femme reste une grande fillette à laquelle la puberté n'apporte pas ses modifications ordinaires. Les règles n'apparaissent pas; les seins ne grossissent pas, le cou demeure « virginal », sans saillie thyroïdienne, les poils ne poussent pas au pubis ni aux aisselles, le torse reste cylindrique, car les hanches ne subissent qu'un faible élargissement et l'échancrure de la taille se dessine à peine.

II. Infantilisme du type Lorain. — L'*infantile du type Lorain* répond à la description suivante :

Il est petit de taille; au premier abord, on croit voir un enfant. Mais « dévêtu, ses formes plastiques ne sont plus celles de l'enfance; on dirait plutôt d'un adulte, mais d'un adulte vu par le gros bout d'une lorgnette ; ses épaules sont larges, son bassin étroit, les saillies osseuses bien marquées; ses muscles, sans être forts, sont bien « écrits », débarrassés de la gangue graisseuse de l'enfance; on lit aisément sous la peau leurs insertions, leurs faisceaux, leurs reliefs et les méplats qui les séparent.

L'ensemble de ce petit homme représente plutôt une réduction à l'échelle de l'individu qu'il devrait être normalement.



Fig. 2. — *Infantile du type Lorain* (dix-sept ans).

Toutes les parties de son corps ont subi les transformations qui font passer de l'habitus extérieur de l'enfance à la morphologie de l'adulte, à celà près qu'elles n'ont pas obéi aux lois générales de la croissance. La métamorphose s'est opérée *in situ:* tout a cessé de croître; et cependant ce corps exigu est devenu un *homme en miniature*.

S'il lui manque la pilosité du mâle — car il n'a de poils ni sur le visage, ni au pubis, ni dans les aisselles — il en a pourtant les attributs primordiaux : des organes sexuels bien conformés, peu volumineux assurément, mais proportionnés au reste de l'organisme.

Diminutif masculin où ne sont qu'ébauchés les stigmates de la virilité, on ne saurait y voir un être demeuré enfant passé l'âge. Car sa tête est petite, son tronc presque proportionné; plus de boule de Bichat arrondissant ses joues, plus d'enveloppement adipeux masquant les reliefs des membres; le thorax est dessiné, le ventre ne proémine

pas. Cinq pouces de plus avec des poils où il en faut, et cet avorton pourrait être soldat. »

Chez la femme, l'infantilisme du type Lorain révêt exactement les mêmes caractères. Les proportions, comme chez l'homme, sont d'une adulte, il y a « de tout un peu », mais tout est mal venu chez ces « petits hommes » ou ces « petites femmes. » Ces infantiles-là sont « complets, mais peu accusés ». Il n'est pas rare de trouver chez eux une absence complète de manifestations sexuelles ; mais ici, comme l'a bien montré Brissaud, cette absence ne signifie rien autre chose qu'un trouble général de la nutrition. L'intelligence est ordinairement normale dans les deux sexes. Enfin, les *épiphyses sont soudées* chez l'infantile du pur type Lorain.

Mais on ne rencontre pas toujours l'infantilisme du type Lorain à l'état de pureté. Nous aurons à revenir sur les formes mixtes et atypiques.

III

Étiologie et pathogénie. — I. Causes et mécanisme de l'infantilisme myxœdémateux. — 1° C'est à Brissaud et à Hertoghe que revient, en grande partie, l'honneur d'avoir mis en lumière le rôle essentiel de l'*insuffisance thyroïdienne*. Il résulte de toutes les observations d'infantiles répondant au type myxœdémateux, que cette insuffisance est absolument constante : tantôt partielle, parfois complète, elle existe toujours à un certain degré ; mais s'il n'y a pas d'infantilisme pur sans lésion thyroïdienne, il serait inexact de dire qu'il n'y a pas dysthyroïdie sans infantilisme. Aussi convient-il de faire ressortir dans quelles *circonstances* la dysthyroïdie peut produire l'infantilisme.

L'insuffisance thyroïdienne peut être *congénitale*.

Ici, deux alternatives : Ou bien elle est complète, et alors l'arrêt de développement se produisant dès le premier âge, il en résulte des avortons qui, comme le « Pacha de Bicêtre », conservent jusques et après leur majorité les attributs repoussants d'une enfance monstrueuse, lentement flétrie par les années, « nourrissons majeurs selon la loi, encore emmaillottés de langes, lorsque le recrutement militaire vient les immatriculer. » C'est l'*idiotie myxœdémateuse* (Bourneville).

La lésion peut aussi être d'abord légère, puis se développer peu à peu ; dans ces cas l'arrêt de développement part du jour où la glande est devenue fonctionnellement insuffisante. Hertoghe a étudié un certain nombre de ces cas.

D'autres fois, la dysthyroïdie est *acquise* et débute, par exemple, pendant la seconde enfance ; il pourra en résulter de perpétuels adolescents qui seront quand même de véritables *infantiles ;* car il ne faut pas croire que l'infantilisme soit le myxœdème de l'enfant ; il n'en est qu'une forme incomplète, la forme fruste.

A côté des *infantiles myxœdémateux*, il y a des cas nombreux de *myxœdème* franc *infantile*, véritable maladie, se manifestant dès l'enfance par des symptômes graves et aboutissant comme chez l'adulte à la cachexie strumiprive (Brissaud).

Enfin, l'insuffisance thyroïdienne peut être secondaire à des maladies aiguës, la rougeole, par exemple (Bézy et Stoïanoff), à des maladies chroniques, à la misère physiologique ; mais dans ces derniers cas l'organisme est par ailleurs fortement atteint ; le myxœdème n'occupe plus que le second plan et ne prend qu'une part plus ou moins restreinte aux phénomènes d'arrêt : ce n'est plus l'infantilisme myxœdémateux pur. Ces cas tendent à se confondre avec l'infantilisme du type Lorain.

Quant au *myxœdème franc de l'adulte*, il n'est pas besoin ici de le différencier de l'infantilisme.

Peut-être convient-il de rapprocher de l'infantilisme les syndromes morphologiques décrits sous le nom de *féminisme* et de *virilisme* ou *masculisme*. Ces syndromes n'ont d'ailleurs rien à voir avec l'hermaphrodisme proprement dit.

On doit en effet conserver le nom d'*hermaphrodisme* à des malformations particulières des organes sexuels pouvant donner lieu à des erreurs ou à des équivoques sur le sexe. Les Hermaphrodites antiques étaient en réalité des types de féminisme.

Dans le féminisme et le virilisme les formes extérieures et les caractères sexuels secondaires rappellent un sexe opposé. Ils peuvent être associés à l'infantilisme. On peut en dire autant du gigantisme, du nanisme, du rachitisme, de l'obésité ; toutefois ces malformations reconnaissent d'autres causes que l'insuffisance thyroïdienne.

2° Quel est le *mécanisme pathogénique* de l'infantilisme dysthyroïdien ?

On suppose communément qu'une lésion du corps thyroïde détermine une *auto-intoxication spécifique*. Ce n'est pas ici le lieu de discuter sur l'existence ou la non-existence de la sécrétion interne propre de la glande thyroïde. Il est probable que cette glande agit en transformant en produits inoffensifs des toxines du sang capables d'agir d'une façon nocive sur les centres trophiques et aussi sur les centres psychiques. Brissaud pense même que dans le parenchyme thyroïdien se trouvent dispersés et étroitement mêlés aux éléments *thyroïdiens* des éléments *parathyroïdiens*, représentant chez l'homme les glandes parathyroïdiennes, distinctes chez plusieurs animaux (Gley). Cette partie de la glande éliminerait spécialement les toxines des centres psychiques, tandis que l'autre agirait sur les toxines des centres de la nutrition des tissus. Si l'on admet, outre cette théorie, la possibilité de *lésions systématiques* frappant un seul tissu dans le parenchyme de la glande, et laissant l'autre intact, on s'explique les cas où les anomalies morphologiques ne se compliquent pas de troubles mentaux ou réciproquement.

Une autre théorie, qui du reste n'infirme pas la précédente, explique de la façon suivante les cas où l'on rencontre associés le myxœdème et le goitre exophtalmique. Le parenchyme thyroïdien serait composé de deux sortes d'éléments : l'excès des uns constituerait l'*hyperthyroïdie Basedogène* ; le défaut des autres, l'*hypothyroïdie myxogène* (Hallion) ; la coexistence d'une maladie de Basedow et de l'infantilisme, contradictoires en apparence, n'aurait donc rien d'impossible.

3° L'arrêt de développement porte, nous l'avons dit, sur tous les organes, tous les systèmes. L'arrêt du *squelette* est particulièrement intéressant. Hertoghe a mis le premier en évidence, au moyen de la radiographie, un fait de grande importance : dans l'infantilisme dysthyroïdien les épiphyses des os longs ne se sont pas soudées à la diaphyse et les cartilages de conjugaison ont persisté. Tous les observateurs ont confirmé ce point capital ; la *non-soudure des épiphyses* devient ainsi un élément diagnostique de première valeur. L'accroissement de la taille chez les infantiles, sous

l'influence du traitement thyroïdien, en permet la vérification. Ce ne sont pas seulement, du reste, les os longs qui sont atteints : les diamètres du crâne gardent, ainsi que nous l'avons dit, les proportions qu'ils ont chez l'enfant, la seconde dentition tarde indéfiniment à remplacer les dents de lait, si l'infantilisme date des premières années. Ainsi l'*arrêt de croissance* est dû, dans l'infantilisme myxœdémateux, à un *arrêt de l'ossification.*

4° A la dystrophie osseuse se trouve réunie la dystrophie génitale. Cette coïncidence se rencontre en dehors de l'infantilisme. C'est ainsi qu'on a vu à la castration expérimentale succéder un véritable gigantisme surtout marqué aux membres inférieurs; le même phénomène a été observé chez certains animaux.

Sacchi, Silva, plus récemment Paul Dalché, ont observé, à la suite de lésions testiculaires diverses, de véritables gigantismes et de véritables infantilismes. Un malade de Dalché, atteint d'orchite syphilitique, présentait l'aspect et l'état mental d'un myxœdémateux. L'orchitine fit disparaître ces symptômes. Le corps thyroïde était normal.

Tout récemment encore, P. Dalché a rapporté à la Société médicale des hôpitaux les cas de deux malades, atteintes de pseudo-myxœdème dû à une dystrophie ovarienne et guéries par l'opothérapie ovarienne.

En présence de ces faits, on a pu se demander si la *dystrophie orchidienne* n'était pas, au moins dans un certain nombre de cas d'infantilisme, un fait primitif au même titre que la lésion thyroïdienne, et si la glande génitale n'exerçait pas une action directe ou indirecte sur le développement des différents systèmes. Il n'est pas inutile de rappeler à ce propos que les centres médullaires des organes génitaux sont voisins des centres des membres inférieurs ce qui pourrait expliquer les cas d'hypertrophie des membres inférieurs signalés plus haut.

Brissaud n'admet pas la lésion génitale primitive, au moins dans l'infantilisme myxœdémateux. Tout récemment L. Guinon a également combattu cette interprétation.

II. Infantilisme du type Lorain. — L'infantile du type Lorain est véritablement un malade. La maladie, plus ou moins latente, produit par elle-même, et en dehors de toute influence thyroïdienne, une *nutrition défectueuse* des divers tissus. Mais avant d'expliquer comment cette nutrition défectueuse peut déterminer le syndrome de l'infantilisme, il faut énumérer ses principaux facteurs étiologiques :

C'est probablement à la *tuberculose* qu'est due la première place, surtout quand elle constitue une tare héréditaire.

L'*hérédo-syphilis*, selon Ed. Fournier, pourrait produire aussi des infantiles. L'*alcoolisme* vient ensuite. Ces causes sont plus efficaces encore si elles sont réunies, et si elles agissent sur un sujet exposé à la *misère physiologique* par une vie dure et difficile, une hygiène et une alimentation défectueuses. Les Seiglauds de Sologne sont dans ce cas. Chez ces derniers se joint aux causes de misère physiologique le *paludisme*, signalé par Brissaud et Lancereaux.

Les intoxications par la *morphine*, le *tabac*, le *plomb*, le *mercure*, le *sulfure de carbone*, ont été mentionnées. L'*hérédité consanguine* créerait une prédisposition.

Enfin les *malformations cardiaques* congénitales, la persistance du trou de Botal, le rétrécissement mitral, sont encore des causes d'infantilisme, parce qu'eles favorisent son processus pathogénique.

Or, ce processus, n'est autre que l'*anangioplasie* (Brissaud). C'est pourquoi on a pu dire que l'anangioplasie était la cause principale de l'infantilisme du type Lorain. A vrai dire, elle est la cause immédiate, résumant toutes les précédentes, parce que celles-ci n'exercent le plus souvent leur influence que par l'intermédiaire de celle-là. Dès qu'il existe un certain degré d'angustie artérielle, les tissus et les organes, mal nourris, peuvent se développer sans doute, mais ils restent petits, chétifs. L'individu « rabougri » qu'ils constituent, en est la résultante. Mais ils parviennent à leur *développement* complet, la *croissance seule manque.* C'est ainsi que la tête est petite, mais que ses diamètres ont entre eux les mêmes proportions qu'à l'âge adulte; c'est ainsi que, dans les cas purs, les os longs, restés petits, sont entièrement ossifiés, les *épiphyses soudées*, et le défaut de taille est dû, non pas à un arrêt de l'ossification, comme dans l'infantilisme myxœdémateux, mais au contraire à une *ossification prématurée*, survenant alors que la croissance n'est pas terminée.

D'ailleurs, les *cas de transition*, les cas mixtes, ne sont pas rares. On rencontre des infantiles myxœdémateux ayant de l'anangioplasie. Il y a des infantiles Lorain avec lésions thyroïdiennes, au moins secondaires, déterminant une morphologie qui rappelle celle du véritable infantile.

IV

Pronostic et Traitement. — I. Chez l'infantile myxœdémateux, le *pronostic* dépend à la fois de l'intensité de la dysthyroïdie et de l'âge auquel elle a fait son apparition. A ce point de vue, la radiographie nous renseigne d'une façon certaine sur la possibilité, pour un infantile, de grandir ultérieurement. Si le cartilage épiphysaire subsiste, l'os peut encore s'allonger, et le développement des autres systèmes comme celui de l'intelligence, se feront parallèlement. Dans ces cas, le traitement thyroïdien a donné des succès merveilleux qui ne doivent cependant pas faire oublier une grande prudence dans son administration.

Sans entrer ici dans tous les détails de la *médication thyroïdienne* on peut rappeler qu'elle est constituée par l'ingestion soit de glandes thyroïdes de mouton fraîches, soit de pastilles ou de tablettes renfermant le principe actif de la glande, l'iodothyrine. Ces préparations sont plus faciles à supporter. Hertoghe conseille d'alcaliniser au préalable le sang par des doses répétées de CO^2Na^3. On doit commencer par une dose faible et aller progressivement jusqu'à une dose représentant au maximum 6 à 8 grammes de glande fraîche. Il est bon d'instituer des intervalles de repos de temps en temps. Il est indispensable de surveiller avec la plus grande attention l'état du cœur pendant toute la durée du traitement.

En dehors du traitement spécifique, pour son *régime*, l'infantile myxœdémateux ne doit absorber ni alcool, ni morphine; le tabac, le vin, la bière, les sucreries, les viandes rôties ou saignantes, les bains froids lui seront interdits. Il prendra, au contraire, des boissons chaudes, du lait, des aliments végétaux, un peu de viande bouillie. Bains chauds.

II. Et maintenant, quel est le pronostic de l'infantilisme de Lorain ?

Brissaud a répondu que cette forme était curable dans la

même mesure que l'autre, et suivant l'âge auquel la lésion se constitue. Il est certain que plus ancienne est l'angustie artérielle, plus difficile est aussi le retour à une nutrition normale.

Hertoghe a obtenu de bons résultats du *traitement thyroïdien*; en effet, dans les cas où le corps thyroïde est lésé, cette médication achèvera le développement des organes que la dysthyroïdie avait atteints; mais Hertoghe l'a dit lui-même : « la thyroïdine ne peut donner que ce qu'elle a, » et aux cachexies signalées plus haut, alcoolisme, syphilis, tuberculose, il faut opposer les *traitements appropriés*. Chez les tuberculeux, la médication thyroïdienne semble contre-indiquée.

Enfin on peut signaler, pour mémoire, l'emploi, dans certains cas, de l'orchitine et de la médication ovarienne.

Bibliographie. — O. Ammon. L'infantilisme et le féminisme au conseil de revision. *Anthropologie*, t. VII, 1896, p. 285. — Apert. Infantilisme dysthyroïdien, cryptorchidie, Soc. de pédiatr., 16 avril 1901. — Barety. De l'infantilisme, du sénilisme, du féminisme, du masculisme et du facies scrofuleux, *Nice méd.*, 1876. — Beneke. Le calibre des artères, etc. *Iahrb. f. Kinderkeilk.*, 1871, fasc. iv. — Belfrage. Un cas de myxœdème infantile, *Hygiea*, 1900, n° 10, p. 395-399. — Bezançon. Th. de Paris, 1889. — Bézy et Stoianoff. Du traitement thyroïdien dans le myxœdème fruste, *Presse médic.*, 10 août 1901, n° 64, p. 61. — P. Binet. *Bull. de la Soc. anat.*, 1883. — Bourneville et Sollier. *Progrès méd.*, 1887 et 1888. — Van Brero. Infantilisme, féminisme et malformation des organes génitaux chez un épileptique, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1895, n° 4. — Briquet. Myxœdème spontané infantile, *Presse méd.*, 4 mars 1899, n° 18, p. 105. — Brissaud. Corps thyroïde et maladie de Basedow, *VI[e] Congrès des méd. alién. et neurol. de France*, Rapp., vol. I, p. 85, 1895; — Myxœdème, crétinisme et infantilisme, *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1[re] série, Salpêtrière, 30[e] leçon; — L'infantilisme myxœdémateux, *Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière*, 1897, p. 240 et sq.; — *Leçons sur les maladies nerveuses*, 2[e] série, Saint-Antoine, 1898, 22[e]-25[e] leçons, 1899. — Broca. In *Traité de chir.* de Duplay et Reclus, articles Goitre, Crétinisme et Corps thyroïde, t. V, p. 608, 1891. — Brouardel. Sur le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 21 juin 1887. — Capitan. *Médecine mod.*, 14 oct. 1893. — Combe. Mxyœdème fruste de l'enfance, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1897, n° 6. — Courtois-Suffit. Sur un cas d'arrêt de développement, *Revue de méd.*, 1890, p. 558. — Paul Dalché. Dystrophie orchidienne (pseudo-myxœdème syphilitique), *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 13 juin 1901, p. 567-569. — Dystrophie ovarienne; syndrome basedowiforme, pseudomyxœdème, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 21 nov. 1901, n° 32, p. 1157. — X. Delore. Les étapes de l'hermaphrodisme, *Écho méd. de Lyon.*, 15 juillet 1899, n° 7, p. 193. — Destrées. *Observations médicales*, Bruxelles, 1892, p. 34. — Dupré et Pagniez. Infantilisme dysthyroïdien, Soc. de neurol, 6 février 1902. — Elizagaray. *Revista de medic. y cirug. pratic.*, juill. 1896. — Faneau de Lacour. *Du féminisme et de l'infantilisme chez les tuberculeux*, Th. de Paris, 1871. — Ch. Féré. *La famille névropathique*, Paris, 1894; — Contribution à l'étude des équivoques des caractères sexuels accessoires, *Revue de méd.*, 10 juillet 1893, n° 7, p. 600. — A. Fournier. *La syphilis héréditaire tardive*, 1886, p. 29; — Influence dystrophique de l'hérédo-syphilis, *Méd. mod.*, 1890. — Ed. Fournier, Th. de Paris, 1898; — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1898, p. 1130. — E. Garnier. *Les nains et les géants*, 1884. — Gastou et Emery. *Journ. de clin. et de thérap. infantiles*, 24 mars 1898. — Gautier. *Du myxœdème spontané infantile*, Th. de Lyon, 1899-1900. — Gérard. *L'oreillette gauche dans le rétrécissement mitral*, Th. de Paris, 1894. — Gley. Soc. de biol., 18 mai 1894; — *Arch. de physiol.*, 1892, t. IV, p. 135. — L. Hallion. Corps thyroïde et capsules surrénales. *Arch. gén. de méd.*, nov. 1901, p. 604. — Hallopeau et Léri. *Presse méd.*, 11 nov. 1899, p. 128, n° 90. — Hammond. *Americ. journ. of Neurol. and Psych.*, août 1882. — Hertoghe. De l'influence des produits thyroïdiens sur la croissance, *Bull. de l'Acad. roy. de Belg.*, 1895, p. 897; — De l'influence des produits thyroïdiens sur les organes génitaux de la femme, *Ibid.*, 1896, p. 381; — Nouvelles recherches sur les arrêts de croissance et l'infantilisme, *Ibid.*, 1897, p. 750; — Végétations adénoïdes et myxœdème, *Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, mars 1898, p. 71; — Infantilisme myxœdémateux, Soc. de neurol. de Paris, 5 déc. 1901. — Imoda. *Arch. di Psychiat.*, t. XVII, 1896, fasc. v et vi. — Jaffe et Saenger. Myxœdème infantile chez un jumeau, *Soc. méd. de Hambourg*, 28 juin 1898. — Janselme. La lèpre, *Presse méd.*, 13-18 oct. 1897, p. 325. — Katz. Le caractère infantile de la parole chez les hérédo-syphilitiques, *Vratch*, 9 sept. 1900. — Kurella. Bisexualité corporelle et psychique, *Centralbl. f. Nervenheilk. und Psych.*, mai 1896. — Lancereaux. Les glandes vasculaires sanguines, etc., *Semaine méd.*, 1893, p. 25; — *Bull. méd.*, 1893, p. 575; — *Semaine méd.*, 18 janv. 1893; — La cirrhose chez les enfants, *Journ. de méd. interne*, 15 sept. 1898; — Traité d'anatomie pathologique. Etroitesse congénitale des artères. — Legendre. *Traité de pathologie générale*, art. Hérédité. — Lereboullet. Atrophies testiculaires et hypertrophies mammaires à la suite de certaines orchites, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1877, pp. 533 et 549. — Marfan et Guinon. *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1893, p. 481. — P. Marie et Jolly. Un cas de myxœdème infantile guéri par l'emploi de la thyroïodine, *Soc. méd. des hôpit.*, 27 nov. 1896. — Ant. Marro. La puberté, ses rapports avec l'anthropologie, la physiologie et la psychiâtrie, *Bull. de la Soc. de méd. ment. de Bruxelles*, 1894, n[os] 74 et 75. — Henry Meige. Deux cas d'hermaphrodisme antique, *Nouvelle iconogr. de la Salpêtrière*, 1895, n° 1; — L'infantilisme, le féminisme et les hermaphrodites antiques, *Anthropologie*, 1895, t. V, p. 257; — L'infantilisme chez la femme, *Nouvelle iconogr. de la Salpêtrière*, 1895, n° 4; — Les nains et les bossus dans l'art, *Nouvelle iconogr. de la Salpêtrière*, 1896; — Sur les rapports réciproques de l'appareil sexuel et de l'appareil squelettique, *Journ. des connais. méd.*, 14 mai 1896, p. 164; — L'infantilisme, *Revue intern. de méd. et de chir.*, 25 mars 1896; — Sur une statuette (de P. Richer) représentant l'infantilisme myxœdémateux, *Nouvelle iconogr. de la Salpêtrière*, 1898, n° 2. — H. Meige et F. Allard. Deux infantiles : Infantile myxœdémateux et infantile de Lorain, *Nouvelle iconogr. de la Salpêtrière*, 1898, n° 2. — Moussu. *Recherches sur les fonctions thyroïdiennes et parathyroïdiennes*, Th. de Paris, juillet 1897. — Moutard-Martin et Bacaloglu. Aplasie artérielle et néphrite scléreuse, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 10 février 1898, n° 4. — Neugebauer. Cas de pseudohermaphrodisme, *C. R. de la Soc. allem. de gynéc.*, 1895, p. 642; — Un cas de virilisme, *Intern. phot. Monatschr. für Mediz. und Naturwissenschaften*, 1896. — Patry. Th. de Paris, 1897. — H. Quincke. Myxœdème, crétinisme sporadique infantile. Athyroïdie, *Deuts. med. Woch.*, 6 déc. 1901, p. 787, et 13 déc., p. 805. — Raven et West. *Brit. med. Journ.*, 6 janv. 1894. — Rendu. Soc. méd. des hôpit., 4 fév. 1897. — Paul Richer. Les hermaphrodites dans l'art. *Nouvelle iconogr. de la Salpêtrière*, 1892, n° 6. — Riis. Un cas de myxœdème infantile. *Hospitalstidende*, 1900, n° 14; *Revue neurol.*, 1900, p. 672. — Souques. Soc. méd. des hôpit., 13 avril 1894. — Thibierge. *Gaz. des hôpit.*, 31 janv. 1891, et *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, mars 1897, p. 425. — Variot. Soc. méd. des hôpit., 11 fév. 1898. — Henry Vivier. *L'infantilisme*, Th. de Paris, 1898.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(19 FÉVRIER 1902)

On continue à s'occuper du **chloroforme** : M. Tuffier n'a eu qu'un cas de mort par syncope cardiaque. Pour lui, il n'a jamais vu qu'un pouls qui a cessé de battre soit revenu. Il s'agit donc d'un de ces cas de mort que rien ne pouvait faire prévoir et qu'aucun des moyens mis en action ne pouvait éviter.

M. Potherat nous refait encore l'histoire de l'anesthésie. Il a successivement employé l'éthérisation et la chloroformisation. Pour lui, l'éthérisation n'est pas aussi dangereuse qu'on l'a dit, il n'a jamais eu d'accidents. Il a même éthérisé, pour une opération longue et laborieuse, une jeune femme atteinte d'une pneumonie aiguë qui n'a été reconnue qu'après l'opération. Cette malade n'a présenté aucun accident ni pendant, ni après l'anesthésie. Il rappelle la méthode de Trélat qui faisait faire des injections préalables de morphine. Il a vu une malade, endormie par ce procédé, qui a présenté une lipothymie prolongée, mais cette femme, qui était morphimane, s'était fait elle-même plusieurs injections de morphine. Quoi qu'il en soit, M. Potherat n'est pas partisan de ces injections préalables. Il se contente, comme précaution préalable, de faire ce que nous faisons tous, c'est-à-dire de rassurer, d'encourager les malades, de les prévenir des sensations qu'ils vont éprouver, de leur parler avec douceur, etc.

Arrivant au procédé mixte de M. Richelot, au sujet duquel il rappelle les communications antérieures de M. Hartmann et d'autres, il caractérise ce procédé d'effrayant et il ne lui a pas semblé qu'on eût avec lui moins d'alertes chloroformiques. Il ajoute que des malades, déjà endormis par cette méthode et obligés de subir une nouvelle opération, refusaient de s'y soumettre une seconde fois.

Quant à l'emploi du chloroforme seul, M. Potherat divise sa pratique personnelle en deux périodes, celle dans laquelle il a été lui-même le chloroformisateur et celle dans laquelle, devenu chef de service, il a fait donner le chloroforme. Dans la première période, il n'a jamais eu de mort, ni même d'alertes sérieuses. Dans la seconde période, au contraire, il a eu beaucoup d'alertes et il a constaté de grandes différences dans les anesthésies suivant les anesthésistes. Le mode de chloroformisation est donc capital. Tout le monde est d'accord sur ce point. M. Potherat passe en revue ces divers modes, celui de Saint-Germain, qu'il condamne, celui de Gosselin, qu'il préfère.

Pour lui, les cardiaques mitraux et aortiques compensés ne courent pas plus de danger que les autres. Quand le myocarde est gravement atteint, il préfère l'éther; d'une façon générale, ce sont les lésions pulmonaires qui constituent le plus grand danger. Quant au malade de M. Fournier, point de départ de cette discussion, on ne peut pas dire absolument que ce soit le chloroforme qui l'ait tué. C'était un cachectique et, en pareil cas, le chloroforme n'est que la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

M. Potherat n'est pas partisan du chloroformisateur attitré.

M. Quénu, dans une première argumentation, s'est limité à la question du chloroforme chez les cardiaques. Comme accidents de l'anesthésie, il faut compter avec la syncope respiratoire, la syncope cardiaque et l'asphyxie déterminée par une trop grande quantité de chloroforme. C'est la syncope respiratoire qui est la plus fréquente, il faut donc surtout surveiller la respiration, mais pas uniquement, il faut aussi surveiller très attentivement la circulation, parce que la syncope cardiaque est plus redoutable que la syncope respiratoire. On peut ramener la respiration chez un malade qui a cessé de respirer; il est beaucoup plus difficile, sinon impossible, comme le dit M. Tuffier, de faire rebattre un cœur qui a cessé de battre. Aussi le ralentissement, l'affaiblissement du pouls doivent-ils éveiller l'attention. Il faut donc surveiller le pouls, parce que nous sommes moins armés contre les défaillances du pouls que contre celles de la respiration.

On a cherché bien des fois à expliquer le mécanisme de la mort par le chloroforme, on a cherché à l'éviter par bien des procédés, entre autres par des dosages titrés d'air et de chloroforme obtenus à l'aide d'appareils fort ingénieux. Ces procédés ont été abandonnés. Nous avons nous-même pris part à de nombreuses expérimentations de ces mélanges titrés dus à Paul Bert. Après une série de cas dans lesquels cela semblait marcher très bien, des alertes se sont produites comme avec le chloroforme seul et après bien des tentatives consciencieusement expérimentées de toutes les méthodes proposées, on revenait toujours à la simple compresse imbibée de chloroforme et à l'administration de cet agent, selon la méthode de M. Labbé.

Nous n'en avons pas fini avec le chloroforme, ni à la Société de chirurgie, ni à l'Académie, plusieurs orateurs s'étant fait inscrire dans les deux compagnies.

Dans l'une des dernières séances, M. Souligoux a présenté un malade auquel il a fait une **gastrostomie** par un procédé spécial pour un rétrécissement de la partie inférieure de l'œsophage, avec énorme dilatation de la partie supérieure, datant de plus de vingt ans.

M. Reynier, chargé d'un rapport sur cette intéressante présentation, a fortement égayé la Société par le récit des aventures véritablement fantastiques de ce malheureux racontées par lui-même.

Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans, sans antécédents personnels ou héréditaires. A dix-neuf ans, c'était un garçon plutôt glouton, qui fut pris à plusieurs reprises d'étouffements en mangeant, qui lui attirèrent les réprimandes de son père pour sa gloutonnerie. Il part pour son service militaire et ici commence une odyssée invraisemblable. Ce malheureux était obligé d'employer trucs sur trucs pour faire passer le contenu de sa gamelle à travers son rétrécissement œsophagien, tantôt avalant d'un seul coup toute sa gamelle dans l'espoir que le poids de ce bol alimentaire formidable faciliterait le passage, tantôt, après l'avoir avalé, allant se mettre, la bouche ouverte, sous un robinet d'eau.

Reconnu malade, il entre au Val-de-Grâce où il reste sept mois sans être amélioré. Il part pour Medeah où, à l'hôpital, il est soigné par M. Lacassagne qui lui fait faire des injections sous-cutanées de morphine et d'atropine. Ces injections lui réussissent assez bien et il les fait quotidiennement pendant plusieurs années, quitte à porter des lunettes pour corriger sa vision troublée par la dilatation pupillaire. Il fait ainsi cinq années de service militaire puis rentre dans la vie civile où il devient employé. Il continue à vivre ainsi encore seize ans; puis surviennent des troubles plus graves qui l'obligent à entrer à l'hôpital dans le service de M. Souligoux, qui constate un rétrécissement de l'œsophage et, au-dessus, une dilatation pouvant contenir 2 litres de liquide.

M. Souligoux lui fait une gastrostomie par un procédé un peu spécial : il attire en dehors une partie, en forme de cône, de l'estomac, tord ce cône sur lui-même suivant un arc de 90 degrés, fixe à la paroi, à la peau, puis fait une seconde torsion de 90 degrés et obtient ainsi une bouche stomacale parfaitement continente. Ce malade se trouve aujourd'hui dans une très heureuse situation et l'a bien mérité.

M. Le Dentu présente un malade qui était atteint d'un **fibro-chondrome** de la huitième côte ; première résection de cette côte, récidive, avec adhérences nécessitant l'ouverture de la plèvre, d'où pneumothorax ; dès lors ouverture pleurale très large, impossible à fermer avec le poumon ; il restait une grande brèche thoracique à combler que M. Le Dentu a comblée à l'aide d'un large volet tégumentaire emprunté au-dessus de la brèche.

M. Delorme montre une nouvelle surprise de la **radiographie**. On soupçonnait une fracture du tibia ; une radiographie faite dans le plan antéro-postérieur ne montre rien, une radiographie faite du dehors en dedans montre très nettement une fracture très oblique du tibia.

M. Reynier présente un malade chez lequel il a pratiqué une réduction très difficile d'une **luxation de l'astragale**.

MÉDECINE PRATIQUE

L'habillement des nourrissons.

Pour habiller les nourrissons, on peut recourir au maillot ou à la méthode anglaise.

Surtout employé dans les classes populaires, le *maillot* se compose des pièces suivantes : une chemisette de toile ou de baptiste, fendue dans le dos, une brassière de *flanelle*, une brassière de piqué ; une couche en toile fine destinée à être mise au niveau des reins, un lange rectangulaire de laine ou de coton pour entourer la partie inférieure du corps.

Pour utiliser le maillot, on a soin de passer à l'avance les manches de la chemisette dans les brassières ; puis on introduit successivement chacun des bras de l'enfant dans la manche correspondante. Le bébé est alors couché sur le dos : on dispose autour de ses reins la couche de toile fine recouverte des langes, avec laquelle on enveloppe d'abord son abdomen, puis séparément chacun de ses membres inférieurs. Il ne reste qu'à enrouler le ou les langes autour de la couche, à les replier, parce qu'ils dépassent toujours les pieds, et à les fixer en arrière au moyen de quelques épingles de sûreté.

Quelles sont les précautions à prendre pour que les enfants ne soient pas gênés ? Il faut d'abord et surtout qu'ils puissent remuer les bras et les jambes : « c'est une des conditions les plus importantes de leur développement et de leur accroissement » (Tarnier et Chantreuil) ; il faut aussi qu'aucune constriction ne s'exerce au niveau des régions délicates, thorax, aisselle, etc. « Le maillot, disent encore Tarnier et Chantreuil, ne doit pas exercer de constriction à la partie supérieure du thorax, car il gênerait les mouvements respiratoires et déterminerait l'asphyxie, ainsi que cela a été observé. Il faut aussi faire attention à ce qu'il ne fasse pas un bourrelet dans l'aisselle, car il comprimerait les vaisseaux axillaires, ce qui amènerait un gonflement des membres supérieurs, particulièrement des mains, comme nous en avons été témoins plusieurs fois. »

Même en prenant ces précautions, les maillots apportent toujours une certaine gêne aux mouvements de l'enfant : ils sont de plus peu hygiéniques, à moins d'une surveillance attentive : aussi « aujourd'hui sont-ils justement battus en brèche et de plus en plus délaissés » (1).

On leur préfère aujourd'hui, particulièrement dans les classes aisées, l'*habillement à l'anglaise*. Comme le maillot, cet habillement utilise la chemise, les brassières et la couche de toile fine. Par-dessus « on met une petite culotte de *flanelle* dont la base s'attache autour de la taille et dont la pointe et les côtés viennent se boutonner sur la partie latérale. La partie inférieure de la culotte arrive un peu au-dessous des genoux ; les jambes et les pieds sont recouverts de petites chaussettes de tricot remontant assez haut et par-dessus lesquelles on met des chaussons. L'enfant est ensuite recouvert d'une longue robe de *flanelle* qui descend beaucoup plus bas que les pieds » (2).

La plupart des auteurs recommandent de mettre autour du cou un petit fichu destiné à préserver les brassières et à les empêcher d'être salies par les régurgitations de l'enfant. Quant au bonnet, son utilité est très discutée. Jadis on aurait cru manquer à toutes les règles de l'habillement en ne recouvrant pas le crâne des enfants d'un nombre respectable de bonnets : aujourd'hui on songe à simplifier au maximum le vêtement du nourrisson, et la coiffure ne paraît indiquée que dans les cas où la température est basse et où l'enfant risquerait de s'enrhumer.

Les avantages respectifs du maillot et de l'habillement anglais sont les suivants. Le maillot conserve bien la chaleur du corps ; il est facile à mettre : il ne coûte pas cher. Mais il favorise l'irritation des fesses par les matières et, de plus, il peut gêner le développement de l'enfant. Aussi « doit-il être réservé aux enfants qui viennent prématurément en état de faiblesse congénitale ou aux enfants qui vivent dans des milieux pauvres ou à la campagne, où il est impossible d'obtenir dans les pièces une température suffisante » (Ribemont-Dessaignes et Lepage). Quant à l'habillement anglais, il est infiniment plus hygiénique que le maillot, mais il présente l'inconvénient d'être beaucoup plus cher. De plus, toutes les fois que l'enfant se salit, la culotte de flanelle est souillée et doit être changée. Les mamans interposent bien entre la culotte de *flanelle* et la couche une petite culotte de caoutchouc. Cette culotte, qui empêche les vêtements d'être souillés par les matières fécales, n'est pas sans inconvénients, car si l'on n'a pas soin, ainsi que le font remarquer Tarnier et Chantreuil, de changer souvent l'enfant, les liquides remontent dans le dos et mouillent la chemise et les brassières.

Aussi a-t-on songé à substituer à la laine, agent précieux, mais qui, une fois mouillée, est désagréable et même dangereuse pour l'enfant, une substance capable d'absorber tous les déchets organiques, liquides ou autres, et qui ne ramollisse pas l'épiderme. C'est dans ce but que l'on a proposé récemment l'ouate de tourbe : les flanelles, langes et serviettes en laine et fibres de tourbe pasteurisante commencent à être utilisés avantageusement en hygiène infantile ; ils offrent en effet ces trois avantages qu'apprécieront tous ceux qui ont soigné des bébés : ils tiennent les enfants propres sans irriter leurs téguments, ils évitent le refroidissement que peut occasionner le contact prolongé avec leur peau de langes ou de couches humides, enfin ils ne prennent jamais aucune odeur. A ce titre, les tissus de tourbe peuvent être aussi utilement employés comme garnitures de berceau, sous la forme de feutres absorbants, édredons ou couvertures.

A. D.

(1) Comby. *Traité des maladies de l'enfance*, t. I, p. 60.

(2) Ribemont-Dessaignes et Lepage. *Précis d'obstétrique*, t. I, p. 571.

REVUE DES THÈSES

Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques (1), par M. le docteur Pron. (Th. de Paris, 1901.)

Dans ce travail, l'auteur, mettant en relief les connexions anatomiques, physiologiques et pathologiques qui existent entre le cerveau et l'estomac, cherche à montrer toute l'importance du centre nerveux gastrique, le plexus solaire.

Pour lui, cerveau et plexus solaire sont intimement liés et toute modification survenant dans le fonctionnement de l'un de ces deux organes retentit sur l'autre.

S'il est vrai que les chagrins, les émotions et la fatigue intellectuelle peuvent troubler l'estomac et créer la dyspepsie, il est également prouvé, par l'observation, que les dyspeptiques présentent des troubles psychiques plus ou moins caractérisés, selon l'ancienneté de leur maladie. A côté de simples modifications du caractère (hypocondrie, irascibilité, etc.), on rencontre des perturbations plus graves (diminution de l'intelligence, amnésie, aboulie, etc.), qui peuvent aller jusqu'au délire et au suicide.

L'auteur rapporte un grand nombre d'observations à l'appui de sa thèse.

Loin de se rallier à la théorie classique de l'auto-intoxication pour expliquer ces accidents, il la rejette parce qu'elle lui semble insuffisante et il adopte la théorie réflexe, seule capable de rendre compte de l'intermittence de certains symptômes.

En terminant, il indique les règles du traitement de la dyspepsie, basé sur cette pathogénie et dont le régime alimentaire forme la base principale. G. L.

De la résistance électrique du corps humain, par M. le docteur Louis Courtadon. (Th. de Paris, 1901.)

M. Courtadon résume ainsi les faits et les théories qui apparaissent dans le cours de son travail au milieu des recherches effectuées par les savants qui ont étudié la question et par lui-même :

« 1° *Physiologie normale*. — On doit proscrire absolument, dit-il, l'emploi du courant faradique dans toutes les recherches cliniques;

2° La résistance a son siège principal dans la couche des cellules cornées de l'épiderme;

3° A l'état normal, elle varie inversement de la durée d'application du courant;

4° A l'état normal, elle varie inversement de l'intensité des courants employés;

5° Les diminutions produites par ces deux causes persistent un certain temps après la disparition de ces causes;

6° La résistance augmente avec l'exercice musculaire; il semble qu'il y ait auto-polarisation des tissus après le travail musculaire.

Physiologie pathologique. — 1° La résistance est diminuée dans la maladie de Basedow, la neurasthénie, la chorée, la mélancolie d'origine dégénérative, en un mot dans les maladies liées à un état de dépression ou d'affaiblissement des centres modérateurs du système vaso-moteur;

2° Elle est diminuée également dans les œdèmes, c'est-à-dire dans les états de réplétion des systèmes lymphatique ou circulatoire du tissu cellulaire tant qu'il n'y a pas rupture de la connexité des cellules;

3° Elle est diminuée également dans les myopathies non atrophiques ou pseudo-hypertrophiques tant qu'il n'y a pas de vaso-constriction ni de diminution du volume des muscles, mais simplement impuissance ou faiblesse par dégénérescence des cellules;

4° La raison de cette diminution est complexe et nous croyons devoir signaler :

a. L'irrigation meilleure et la transpiration plus ou moins sensible qui accompagnent les maladies de la première catégorie;

b. Le gonflement et l'imbibition des cellules dans celles de la seconde;

c. La diminution ou la disparition complète de l'électricité produite par l'action du muscle dans celles de la troisième, et par suite l'absence d'auto-polarisation;

5° Elle est augmentée dans l'hystérie, dans les paralysies avec refroidissement de toutes origines, dans l'épilepsie, dans la paralysie générale, dans la mélancolie, en un mot dans tous les états pathologiques accompagnés d'une vaso-constriction exagérée;

6° Elle est augmentée dans la sclérodermie, dans la tuberculose cutanée éléphantiasique, dans le béribéri à la période atrophique, en un mot dans les états accompagnés d'une kératinisation exagérée des cellules épidermiques;

8° Elle est augmentée encore dans les atrophies et dans les cachexies avec amaigrissement;

8° Elle est augmentée dans les épanchements viscéraux ou locaux qui séparent des cellules en contact auparavant;

9° Elle est augmentée dans les pyrexies continues, même accompagnées de congestions intenses des téguments;

10° Les raisons de cette augmentation sont à notre avis les suivantes, seules ou combinées :

La vaso-constriction et, par suite, la sécheresse et la kératinisation plus grande de la peau qui accompagnent les maladies de la cinquième catégorie;

La kératinisation tout à fait anormale dans celles de la sixième;

La diminution de la section des conducteurs musculaires dans celles de la septième;

La présence d'une résistance liquide surajoutée séparant des plans auparavant en contact; cette résistance surajoutée, c'est la couche de liquide épanchée;

Enfin, l'augmentation des combustions du chimisme vital, dont la fièvre n'est qu'une manifestation, dans les maladies de la neuvième; il est naturel de penser que cet excès de combustion ne produit pas seulement de la chaleur, mais aussi un excès d'électricité animale qui agit comme l'exercice musculaire pour s'opposer au passage du courant extérieur par le fait de l'auto-polarisation. » T. R.

Sur un cas de carcinome cutané, par M. le docteur Robert Roux. (Th. de Paris, 1901.)

Dans ce travail, après avoir rappelé la structure du revêtement cutané, l'auteur fait l'historique des tumeurs de la peau. Puis il rapporte l'observation clinique d'une malade de soixante et onze ans, atteinte d'une véritable éruption de petites tumeurs de volume variable siégeant principalement autour de l'oreille gauche et ne s'accompagnant d'aucun trouble de la santé générale. Vient ensuite l'examen histologique fait après biopsie et permettant de conclure à un carcinome résultant de l'infection par voie lymphatique consécutive à un épithélioma de la parotide opéré deux ans et demi auparavant.

La médication toute palliative opposée à la marche du mal ne s'adresse qu'aux troubles fonctionnels, aux douleurs, aux hémorragies; en un mot : thérapeutique de symptômes. T. R.

Comment on se défend contre les maladies de la peau, par le docteur Monnet, ancien chef de clinique des maladies cutanées. In-16 avec une fig. hors texte. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale.

(1) In-8° de 186 pages. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 23. — MARDI 25 FÉVRIER 1902. 75e ANNÉE. MARDI 25 FÉVRIER 1902. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DE L'EMPLOI DU DIAPASON EN ACOUMÉTRIE

Par le docteur F. CHAVANNE.

Le diapason est certainement le plus précieux des instruments d'acoumétrie : plus précis que la montre, la voix ou les divers acoumètres, il permet d'étudier à la fois la perception aérienne et la perception ostéo-tympanique. C'est avec lui que se fait la recherche des épreuves de l'ouïe (épreuves de Weber, de Rinne, de Gellé, des réflexes binauriculaires, de Bartsch, de Bing, de Corradi, de Gruber, de Politzer). C'est enfin en examinant l'audition avec la série des diapasons, et par ce moyen seulement, que l'on peut obtenir une idée nette et exacte d'une acuité auditive.

Avant d'entrer dans le détail de son emploi, il nous faut essayer de dissiper une source de confusion plus apparente que réelle, et qui tient à une différence de nomenclature. En effet, tandis qu'en France nous désignons les notes de la gamme par les vocables *ut*, *ré*, *mi*, etc., les Allemands et les Anglais les représentent par des lettres; en Italie *ut* est remplacé par *do*.

En France nous avons l'habitude de compter par vibrations simples (en abrégé v. s.); ailleurs on compte par vibrations doubles (en abrégé v. d.), 128 v. s. et 64 v. d. représenteront donc une seule et même note. A côté de ces deux notations aussi légitimes l'une que l'autre, s'en trouve parfois une troisième, celle-ci absolument défectueuse; on la rencontre fréquemment dans les ouvrages italiens : v. s. y est mis pour « vibrazione al secondo » et les vibrations, dont il s'agit, sont des vibrations doubles; il y a donc là matière à erreur. L'emploi de la notation en vibrations doubles tend de plus en plus à se généraliser.

Enfin l'octave désignée en France par l'indice 1 ne comporte pas d'indice à l'étranger, mais est figurée avec une majuscule; l'octave française à indice 2 est représentée à l'étranger par une minuscule sans indice; l'indice 3 français correspond à l'indice 1 étranger. Au-dessous de l'octave, qui sert de point de départ, les indices sont précédés du signe —.

Quelques auteurs, Bezold entre autres, écrivent les indices positifs en chiffres romains et les indices négatifs en chiffres arabes sans signe.

Pour n'être pas d'une énorme importance, ces divergences n'en constituent pas moins une imperfection; il serait à souhaiter qu'une entente aboutit à une notation unique. Mais sur tous ces points la parole est à l'un des prochains Congrès internationaux d'otologie.

Ceci posé, quel usage va-t-on faire du diapason? Et d'abord, en emploiera-t-on un ou plusieurs?

Bonnier, dont les travaux ont tant contribué au perfectionnement de l'acoumétrie, Baratoux, Schiffers proposent l'adoption d'un diapason étalon de 100 v. d.; l'employer seul, c'est réduire à la seule étude de la perception des sons graves l'examen de l'ouïe : c'est insuffisant. De plus, pourquoi 100 vibrations? « Ce diapason, dit Bonnier, est en dehors de tout système musical, et répond, non à une tonalité esthétique, mais à une division décimale de l'unité de temps. » C'est précisément là son tort; car si l'introduction du système décimal dans les vibrations des diapasons peut être utile aux physiciens, elle est absolument indifférente aux otologistes, qui ne s'en inquiéteront pas dans les calculs exclusivement cliniques qu'ils auront à pratiquer. Le diapason sol_1 (G 94 v. d.) du système musical fournirait exactement les mêmes renseignements que celui de 100 v. d., et il aurait sur lui l'avantage de ne pas être désagréable à l'oreille examinée.

Hartmann se sert de six diapasons : deux graves, la_1 et ut_3; deux moyens, ut_4 et sol_4; deux aigus ut_6 et sol_6.

Baratoux emploie la série des *ut*, de ut_1 à ut_6.

Gradenigo y ajoute l'ut_7 (do^5).

Enfin Bezold et les partisans de sa méthode font usage de la série continue des tons obtenue au moyen des curseurs : l'examen devient alors très long, mais il est parfois des plus utiles et peut donner des résultats fort intéressants : le récent travail de Saint-Hilaire sur les sourds-muets est là pour le prouver.

Le plus souvent cependant une série d'octaves, celle d'ut_1 à ut_6 par exemple, suffit à fournir une courbe acoumétrique complète; quant à l'ut_7, la perception osseuse de ses 4096 v. d. n'est qu'apparente; elle s'opère par voie aérienne, et comme le sifflet de Galton-Edelmann donne déjà le la_6, l'étude de la perception aérienne de l'ut_7 ressortit donc à ce dernier instrument.

Dans la clinique courante on peut se contenter de trois diapasons : ut_1, ut_3, ut_6.

La présence des harmoniques est souvent des plus gê-

nantes, dans les diapasons graves surtout, où la longueur des branches la rend plus habituelle; on s'en débarrassera aisément en recommandant, comme le conseille Bonnier, d'épaissir progressivement ces branches à mesure qu'on se rapproche de leur extrémité.

Ainsi armés de nos diapasons nous nous trouverons dans deux alternatives différentes, suivant que nous voudrons ou non compter la durée de la perception de leurs vibrations. Dans ce dernier cas, qui est celui de la plupart des épreuves de l'ouïe, peu importe évidemment la manière dont on fera vibrer le diapason.

Quand, au contraire, il s'agira d'une mesure précise, il faudra :

Ou avoir pendant la durée des vibrations un point de repère toujours identique : c'est la méthode optique;

Ou frapper le diapazon avec une force toujours égale : c'est la méthode mécanique.

Méthode optique. — Gradenigo fixe à l'extrémité des diapasons graves jusqu'à ut_3 un petit carré de papier blanc sur lequel se détache en noir un triangle : quand les vibrations sont intenses, noir et blanc paraissent empiéter l'un sur l'autre; le moment, où le triangle redevient net, est pris comme repère.

Bonnier adapte à l'une des branches du diapason une petite tige qui fournit à l'œil une striation très manifeste pendant les vibrations; quand celles-ci s'éteignent, il arrive un instant où les striations cessent d'être perçues par l'œil : c'est le 0 acoumétrique; il est ainsi absolument indépendant de la force avec laquelle a été frappé le diapason. L'audition est positive ou négative selon que la perception du son a cessé après ou avant le 0; elle est exprimée par le nombre de secondes écoulées entre le 0 et la fin de la perception sonore, précédé suivant le cas du signe + ou du signe —.

Cette méthode, simple et exacte, a l'inconvénient de ne pouvoir s'appliquer qu'aux diapasons graves; à partir de l'ut_3, en effet, la longueur d'onde n'est plus suffisante pour communiquer à l'index un déplacement où l'œil puisse faire des différences nettes, étant donné surtout la rapidité correspondante des vibrations.

Méthode mécanique. — On se contente d'ordinaire de frapper le diapason sur la paume de la main, sur le genou, d'en pincer les extrémités entre deux doigts (ce procédé a l'avantage de supprimer les harmoniques), de le faire vibrer au moyen d'un archet, d'une petite tige métallique introduite entre les branches, à l'aide d'un courant électrique, etc. Ces divers moyens ne permettent évidemment pas d'obtenir une force d'impulsion constante.

Quelques otologistes prennent leur propre audition comme terme de comparaison; ce procédé est peut-être bien un peu prétentieux; il n'est dans tous les cas pas très exact.

Lucæ, Eitelberg frappent sur la branche du diapason avec un marteau mû par un ressort; on a reproché à cet instrument la possibilité de variations dans l'intensité du choc en suite des différences de tension du ressort. Cette objection disparaît presque complètement si l'on a soin de limiter toujours au même point la course du marteau; il ne reste plus alors comme cause d'erreur que l'usure même du ressort.

Mais les marteaux fixés sur les diapasons ont l'inconvénient d'en modifier les vibrations et de diminuer la conductibilité de leur tige pour les ondes sonores.

Personnellement, nous avons l'habitude de faire usage d'un *percuteur automatique* (1) construit d'après le principe de l'acoumètre de Politzer.

Ce percuteur offre l'avantage de fournir une force toujours égale et de permettre par conséquent des examens comparables entre eux.

En possession de modes de mesure précis, on devra dès lors évaluer le degré de perception de l'acoustique. Cette recherche portera successivement :

1° Sur l'audition cranio-tympanique;

2° Sur l'audition aérienne.

Audition cranio-tympanique. — C'est Capivacci qui, le premier (1509), signala l'examen de la conductibilité osseuse comme moyen de diagnostic des affections de l'oreille; il introduisait entre les dents du malade une tige de fer, dont l'autre extrémité était fixée sur la caisse de résonnance d'un instrument de musique. Cooper (1801) faisait tenir une montre entre les dents. Balanshy (1842) recommande la comparaison de l'affaiblissement de la perception osseuse et de celui de la perception aérienne.

Enfin, des études plus approndies de la conduction ostéo-tympanique aboutirent aux diverses épreuves de l'ouïe (Weber, etc.).

Dans la recherche de la perception cranio-tympanique, le pied du diapason doit être appliqué sur la mastoïde : le diapason vertex ou frontal donnerait une acuité moins précise en suite de son éloignement plus grand des terminaisons nerveuses et de la diffusion de ses vibrations aux deux oreilles.

Un diapason est donc placé sur une mastoïde; il est perçu, par exemple, pendant quatre secondes, alors qu'une oreille normale l'entend dans les mêmes conditions pendant quinze secondes. Comment va-t-on exprimer l'acuité de l'oreille en question ?

Zwaardemacker, se basant sur les lois physiques, propose une fraction ayant pour numérateur le carré du nombre de secondes trouvé et pour dénominateur le carré du nombre de secondes représentant la perception normale correspondante; dans le cas précédent, l'acuité serait égale à $\frac{4^2}{15^2}$.

Or, dire que l'acuité d'une oreille est de $\frac{4^2}{15^2}$ ce n'est évidemment pas donner un renseignement qui parle à l'esprit. Aussi faut-il, avec Hartmann et la plupart des otologistes, faire abstraction des lois physiques et adopter le rapport normal; il n'y a du reste aucun inconvénient, puisqu'il s'agit uniquement d'obtenir une donnée clinique. Une acuité de $\frac{4}{15}$, c'est déjà plus clair; mais comme le dénominateur va changer avec chaque diapason et probablement aussi avec chaque observateur, ce n'est point encore parfait.

Le dernier pas, Hartmann nous le fait franchir en proposant d'exprimer en centièmes l'unité cherchée. En représentant cette acuité par x, un simple calcul de proportion nous donnera dans l'exemple ci-dessus :

$$\frac{x}{100} = \frac{4}{15} \text{ d'où } x = \frac{4 \times 100}{15} = 26{,}6.$$

(1) Voir F. Chavanne. *Oreille et hystérie*, p. 32 et suiv

L'acuité est de 26,6 p. 100 ; c'est là une indication expressive.

C'est sur ce principe que repose la *méthode d'Hartmann* « de représentation graphique des resultats de l'examen de l'auditiou avec le diapason ». Après avoir pris, pour chacun des six diapasons qu'il emploie, la moyenne d'audition sur un certain nombre d'individus sains, il fait pour chacun de ses examens un calcul semblable au précédent et en inscrit le résultat sur un diagramme; le chiffre sur lequel il base son calcul lui est fourni par la moyenne de trois examens entrepris l'un après l'autre; mais, pour mieux comparer, dit-il, les conductions aérienne et osseuse, il calcule le pourcent de la conduction osseuse, non pas par rapport à l'audition osseuse normale, mais par rapport à l'audition aérienne normale; c'est là une erreur, à notre avis.

Gradenigo adopte la méthode d'Hartmann, mais seulement pour la perception par voie aérienne; quant à la perception cranio-tympanique, il en néglige l'étude de parti pris, se privant ainsi de renseignements précieux.

Pour nous, nous employons également la méthode d'Hartmann, mais c'est la durée normale de perception cranio-tympanique qui nous sert de terme de comparaison avec la durée pathologique de cette même perception; nous ne nous croyons pas autorisé, en effet, fût-ce pour mieux comparer, à faire intervenir la durée de la perception aérienne dans des calculs de conduction osseuse.

Depuis les premières communications d'Hartmann (1885), plusieurs objections ont été soulevées contre sa méthode : la plus sérieuse est la difficulté d'imprimer toujours une force identique au diapason; elle disparaît avec l'emploi de notre percuteur automatique.

Sans doute, le métal employé à la construction du diapason, la présence ou non de curseurs, etc., influent sur la durée des vibrations, mais qu'importe? puisque chaque observateur ne donne pas un chiffre de durée de perception absolu, mais un tant pour cent, et que tous les examens sont toujours faits, bien entendu, avec les mêmes diapasons qui ont servi à établir la durée de perception normale.

Corradi et Schmiegelow remplacent la recherche de la durée de perception par celle de la distance à laquelle sont entendus les diapasons; mais il y a, ainsi que le font remarquer Bezold et Edelmann, des variations énormes entre la distance d'audition des diapasons graves et celle des diapasons aigus, et pour les premiers, où elle est très faible, les erreurs deviennent aisées.

On a reproché aussi à la méthode d'Hartmann les inexactitudes pouvant résulter de ce fait que l'intensité du son diminue non en progression arithmétique, mais en progression géométrique. Enfin, dit-on, il faut beaucoup de temps pour un examen aussi minutieux. Sans doute, cette méthode n'est pas faite pour les gens trop pressés; mais ici, comme partout, un examen précipité ne peut conduire qu'à une certitude factice.

Dans la *pointure acoumétrique de Bonnier* figurent l'équation de la paracousie prochaine (mastoïde) et celle de la paracousie lointaine (genou) de l'un et l'autre côté. Cette formule s'obtient au moyen du diapason à index métallique, dont nous avons donné plus haut la description et le mode d'emploi.

Audition aérienne. — C'est avec le même diapason que Bonnier mesure l'audition aérienne; avec beaucoup de raison, il fait observer que l'audition par contact pouvant être mesurée seulement par le son provenant du pied du diapason, c'est aussi par le pied que les vibrations doivent être présentées à l'oreille par la voie aérienne. Mais ce pied du diapason, il l'applique sur le milieu d'un tube otoscopique reliant l'oreille examinée à celle de l'observateur. C'est là, croyons-nous, une source d'erreurs, car la conductibilité des parois de l'instrument introduit un facteur nouveau dans l'expérience; de plus, la pression avec laquelle on appuiera le diapason sur le tube risque fort de n'être pas toujours identique, et, à l'état sain, une pression même très douce accroît notablement la sensation sonore : une variation de pression entraînerait donc des différences d'acuité. Ces différences, comme il est facile de s'en assurer, peuvent être considérables. Dans certaines lésions, au contraire (vertige de Ménière, etc.), la pression du tube ne produit aucun changement ou même atténue le son perçu; Gellé utilise cette particularité pour le diagnostic.

Aussi est-il préférable de présenter sans intermédiaire le pied du diapason devant le méat auditif, à 2 centimètres de lui.

Hartmann et Gradenigo emploient pour la conduction aérienne la méthode de pourcentage que nous avons étudiée plus haut; le chiffre obtenu pour chaque diapason, d'après l'audition aérienne normale correspondante, est inscrit sur un diagramme. C'est cette méthode que nous avons nous-même l'habitude d'employer.

Causes d'erreur dans l'étude de l'audition aérienne. — Elles sont ramenées à trois par Ostino :

1° Épuisement de l'auditif : Urbantschitsch a signalé la disparition brusque de l'audition du diapason à la fin de sa vibration, et sa réapparition après quelques secondes; il attribue ce phénomène à l'étouffement de la sensation acoustique sous les bruits respiratoires et cardiaques.

Eitelberg place un diapason devant l'oreille à examiner; il le remet en vibration dès que le malade cesse de l'entendre et recommence cette manœuvre plusieurs fois de suite. Dans les maladies de l'oreille moyenne, la durée de perception serait plus longue à la fin de l'expérience qu'au début; le contraire se passerait dans les affections de l'oreille interne ou du nerf auditif.

2° Différences de perception suivant la position de la tête : Une forte flexion de la tête produit, par tension des muscles palato-pharyngiens, agissant synergiquement avec le tenseur du tympan, une diminution de la perception des sons graves; celle des sons aigus, au contraire, reste stationnaire ou même est augmentée (Mach, Urbantschitsch, Politzer, etc.).

3° Différence de perception pour le même son, selon les sources dont il provient : Lucæ, Barth, Gradenigo ont cité des exemples de cette différence; elle tient à la présence d'harmoniques, dont l'audition survit à celle du son fondamental.

On se préservera de ces diverses causes d'erreur : 1° en ne prolongeant pas outre mesure chaque examen; 2° en faisant tenir au malade la tête droite pendant celui-ci; 3° en employant toujours les mêmes sources sonores.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(21 février 1902)

Continuant la série heureuse de ses recherches sur le **cyto-diagnostic**, M. Widal apporte une nouvelle contribution à la cytologie du liquide céphalo-rachidien. On peut, dès l'abord, dire qu'il résulte de ces nouvelles recherches que,

chez un sujet venant d'être frappé d'hémiplégie, une lymphocytose abondante doit faire immédiatement penser à l'origine syphilitique de cette paralysie.

Suivent des exemples probants :

Dans un cas de méningite syphilitique de la convexité, confirmée à l'autopsie et développée en pleine efflorescence au cinquième mois de l'affection, on a constaté une lymphocytose très abondante ;

Dans un cas d'hémiplégie syphilitique avec céphalée intense, développée au troisième mois de l'infection à la suite d'une artérite spécifique, M. Widal a constaté dans le liquide céphalo-rachidien de très nombreux lymphocytes mélangés à un certain nombre de grosses cellules mononucléées et de polynucléaires ;

Chez un malade infecté depuis dix ans, chez lequel la céphalée syphilitique semblait un symptôme isolé, la ponction donna issue à un liquide qui s'écoulait en jet et dans lequel on rencontra une lymphocytose très discrète ;

Chez deux malades sur quatre, en pleine période de syphilis secondaire, infectés l'un depuis trois mois, l'autre depuis cinq mois, on a pu rencontrer une lymphocytose méningée discrète, mais évidente ;

En outre, chez dix-sept malades atteints de syphilis ancienne et ne présentant ni symptômes spécifiques, ni phénomènes nerveux, M. Widal a trouvé le liquide céphalo-rachidien normal.

La conclusion s'impose : Chez un sujet arrivé à une période avancée de la syphilis, une lymphocytose méningée, même légère, doit mettre en garde le clinicien et l'engager à faire de son malade une étude scrupuleuse qui lui permettra de découvrir parfois des symptômes nerveux qui auraient pu passer inaperçus.

On peut, à certains points de vue, rapprocher de la communication précédente le cas, cité par MM. Widal et L. Le Sourd, d'une **méningite aiguë terminée par la guérison.** C'est, dans ce fait, l'étude cytologique, bactériologique et expérimentale du liquide céphalo-rachidien qui a permis de serrer de près le diagnostic.

Chez un homme de vingt-neuf ans, éclatent sans cause connue et de façon brusque des phénomènes méningés : céphalée frontale et occipitale à exacerbation nocturne, vomissements continuels. Viennent peu de temps après d'autres symptômes de méningite : constipation, ralentissement du pouls, torpeur, délire, photophobie, signe de Kernig... Ces accidents cessent sous l'influence des injections de biiodure et de l'administration de l'iodure de potassium. Deux mois après la sortie de l'hôpital, la céphalée reparaît, mais cède vite à des injections mercurielles. Le liquide céphalo-rachidien s'est toujours montré transparent et riche en lymphocytes. L'inoculation du liquide aux cobayes est demeurée négative.

Pouvait-on penser à l'hystérie ? L'absence de tout antécédent, de tout stigmate, la constatation de la lymphocytose infirmaient cette hypothèse.

La méningite tuberculeuse parut un moment plus vraisemblable. L'inoculation négative aux cobayes, et surtout la guérison parfaite viennent nettement à l'encontre de ce diagnostic.

On ne peut penser alors qu'à la syphilis en présence de la lymphocytose, du succès du traitement et en dépit de l'absence de chancre et de tout stigmate spécifique.

M. Chauffard présente à la Société un malade atteint de **symphyse pleuro-pulmonaire et de sclérose du lobe supérieur du poumon gauche; de symphyse péricardique avec tractions vers la gauche des gros vaisseaux de la base du cœur.** Ce qui domine dans ce cas, c'est la netteté pendant l'inspiration du déplacement du médiastin, que l'on peut constater par la percussion seule.

MM. Marie et Guillain ont observé trois cas d'une destruction particulière des narines, dite **rinelcose,** coïncidant avec des lésions des cordons postérieurs de la moelle. Il doit s'agir là d'un processus syphilitique ancien ayant déterminé, d'une part, l'ulcération destructive de la narine, d'autre part la lésion des cordons postérieurs de la moelle.

M. Renault présente un malade atteint d'**hystérie traumatique.**

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la méningite cérébro-spinale.

Le professeur Grasset résume ainsi, dans la cinquième édition de ses *Consultations médicales* (1) si appréciées, la manière de conduire le traitement de la méningite cérébro-spinale :

« 1. Toutes les deux heures, jour et nuit sauf sommeil, prendre un bol de lait glacé s'il y a des vomissements.

2. Quatre à six fois par vingt-quatre heures, grand bain chaud (à 38 ou 39 degrés) de cinq à dix minutes ; compresses d'eau froide sur la tête pendant le bain.

Constamment sur la tête, préalablement rasée (ou à cheveux très courts), vessie de glace à simple affleurement sur le crâne.

3. Saignée-transfusion : ventouses scarifiées le long du rachis, sangsues derrière les oreilles ou à la nuque, saignée de 150 à 200 centimètres cubes. — En même temps, injecter, par quarts de litre, 1 litre de sérum artificiel à 7 p. 1000.

4. Lavements d'eau bouillie (1 litre) matin et soir ; ou lavement avec 15 grammes sulfate de soude dans une infusion de 8 grammes de follicules de séné ;

Ou 0,50 centigrammes de calomel, le matin, dans du lait.

5. Suivant les symptômes, morphine et chloral, s'il y a de l'agitation, ou caféine en injections, s'il y a de la dépression et tendance au collapsus. »

La médication salicylée dans le rhumatisme chez l'enfant.

M. Gillet donne les formules suivantes dans la *Gazette des maladies infantiles* :

Salicylate de soude............	50 cent. par année d'âge.
Sirop de fleur d'oranger........	ââ 30 à 60 gr selon l'âge.
Eau distillée de laitue ou autre.	

Par cuillerées à café toutes les heures, dans un peu de lait.

En cas de refus de prendre la *potion*, on peut avoir recours aux *suppositoires*.

Salicylate de soude........	50 centigr. par année d'âge.
Beurre de cacao...........	4 à 8 grammes selon l'âge.
Cire.....................	q. s.

Pour 4 suppositoires à mettre d'une façon également espacée dans les vingt-quatre heures.

On peut encore utiliser les *pommades* qu'on emploie en onction autour des jointures, en recouvrant le tout d'ouate et de taffetas ciré.

Salicylate de méthyle...........	1 gramme.
Menthol.......................	0,20 centigr.
Vaseline.......................	30 grammes.

(1) Paris, Masson; Montpellier, Coulet et fils, 1902.

Autres formules pour onctions :

Acide salicylique (ou salicylate de soude, ou salicylate de méthyle)	} âã 10 grammes.	
Essence de térébenthine		
Lanoline		
Axonge	80	—

(BOURGET, de Lausanne.)

ou encore :

Lanoline	80	grammes.
Huile de jusquiame	30	—
Acide salicylique	5	—
Chloroforme	4	—

(R. BLACHE.)

La médication doit être précoce, intensive, c'est-à-dire plus forte le premier jour, puis décroissante, et enfin permanente, afin de maintenir l'organisme sous son influence.

L'enfant supporte bien les fortes doses, à moins d'albuminurie.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Joseph-Alexandre Laboulbène (1), professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, président de l'Académie de médecine (1825-1898), par les docteurs Louis BEURNIER, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de la Société de chirurgie, et Pierre CAMBOURS, ancien préparateur du cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie à la Faculté de médecine de Paris, avec une préface de M. le professeur LANNELONGUE (de l'Institut).

Nous sommes heureux de signaler à nos lecteurs le volume que viennent de faire paraître sur les œuvres et la vie du regretté professeur Laboulbène, deux de ses anciens élèves, MM. les docteurs Louis Beurnier, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de la Société de chirurgie, et Pierre Cambours, ex-préparateur du cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie à la Faculté de médecine de Paris.

Cet ouvrage contient la biographie du maître, la série de ses leçons d'ouverture du cours d'histoire et de la chirurgie et la nomenclature complète de ses travaux de médecine, d'entomologie et d'économie rurale.

Les deux auteurs se sont attachés à reproduire avec un soin scrupuleux le texte même des paroles du maître et ont réussi ainsi, en même temps qu'à faire goûter aux lettrés et aux curieux de la science un délicat régal, à faire revivre pour ses élèves et ses amis celui dont ils garderont toujours le plus pieux souvenir.

La vie de Laboulbène, consacrée tout entière au culte de la science et de l'amitié, y est retracée en termes émus au début du livre, par M. le docteur Louis Beurnier, et tous ceux qui ont eu le privilège inestimable d'être admis auprès du maître reconnaîtront le tableau exact de cette existence faite de simplicité, de labeur et de modestie.

Des leçons d'ouverture, toutes frappées au coin de la plus sincère vérité historique et en même temps de la plus scientifique originalité, certaines sont bien faites pour intéresser les esprits qui cherchent à élucider les progrès des sciences médicales et à en étudier la marche et les transformations dans le cours des siècles. De ce nombre sont les leçons sur les Livres hippocratiques, Galien et son œuvre, les médecins arabes et l'Ecole de Salerne, Celse et son œuvre, Paracelse et van Helmont, les anatomistes anciens et la Renaissance anatomique au XVIe siècle, l'antisepsie, l'anesthésie, Sydenham et son œuvre, Laënnec.

D'autres sont le récit fidèle, imagé et commenté d'une époque ou d'une institution : telles les leçons sur l'ancienne Faculté de médecine de Paris, la médecine à Rome, Harvey et la circulation du sang, l'ancienne Académie de chirurgie.

Nous ne saurions mieux faire que nous associer aux paroles du secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, qui disait en présentant ce livre à la docte Compagnie : « Ce document, dont la valeur est encore rehaussée par l'éloquente préface du professeur Lannelongue, fait revivre aux yeux de tous notre éminent collègue, avec toutes ses qualités d'esprit et de cœur, son inépuisable et multiple capacité de travail, son culte constant de la vérité et du progrès. »

Merci donc à Mme Laboulbène d'avoir été l'instigatrice de cette œuvre. S'il est, comme l'a écrit Cabanès, une consolation pour ceux qui nous quittent, sans avoir accompli jusqu'au bout leur tâche, c'est de songer qu'ils ne meurent pas tout entiers, qu'une affection pieuse veille sur leur mémoire et s'attache à ne point les laisser oublier.

Merci aussi à ceux qui ont mis tous leurs soins et toute leur affection à publier ce monument historique et qui en ont fait le testament scientifique de leur maître vénéré, dont l'idée dominante a été pendant toute sa vie celle qui est inscrite en épigraphe au début du livre : « Dans mon enseignement comme dans mes recherches, j'ai constamment cherché la vérité ; ami de tout progrès, mais voulant en constater la réalité. »

(1) Un volume de 490 pages.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 3 AU 8 MARS 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 3 MARS, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Salle Richet* : MM. Lannelongue, Poirier et Wallich ; — (2e partie), *Salle Pasteur* : MM. Blanchard, Teissier et Gaucher ; — M. Retterer, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Jalaguier et Legueu ; — (2e série) : MM. Mauclaire, Delens et Broca (Aug.) ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Bezançon et Legry ; — M. Rémy, suppléant.

MARDI 4 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Berger, Hartmann et Kieffel.

3e (2e partie, nouveau régime) : MM. Cornil, Thiroloix et Guiart.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Richet* (2e série) : MM. Pozzi, Thiéry et Bonnaire ; — (2e série) : MM. Budin, Rémy et Poirier ; — (2e partie), *Salle Pasteur* : MM. Dieulafoy, Raymond et Renon.

4e (nouveau régime) : MM. Thoinot, Pouchet et Gilbert ; — (ancien régime) : MM. Proust, Charrin et Desgrez ; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Quenu et Marion ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Faure et Auvray ; — (2e partie) : MM. Chantemesse, Achard et Jeanselme ; — M. Gouget, suppléant.

MERCREDI 5 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Lannelongue, Poirier et Legueu.

3e (2e partie, nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Hayem, Blanchard et Legry.

2e, MM. Gariel, Ch. Richet et Retterer.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Walther ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Gaucher et Wurtz ; — (officiat définitif) : MM. Mauclaire, Netter et Lepage ; — M. Bezançon, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki.

VENDREDI 7 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Rieffel et Cunéo.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Brissaud, Netter et Hanriot.

4e (nouveau régime), *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Wurtz et Thoinot; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Walther; — (2e série) : MM. Lannelongue, Mauclaire et Legueu; — (2e partie) : MM. Landouzy, Widal et Teissier; — M. Legry, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich.

Samedi 8 mars, à une heure. — Médecine opératoire, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Faure et Rieffel.

3e (2e partie, nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, G. Ballet et Hanriot.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Pasteur* : MM. Schwartz, Thiéry et Bonnaire.

4e (ancien régime), *Salle Richet* : MM. Brouardel, Gilbert et Richaud; — M. Chassevant, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Beaujon* : MM. Le Dentu, Hartmann et Marion; — (2e partie) : MM. Raymond, Thiroloix et Launois; M. Quénu, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Dieulafoy, Méry et Vaquez; — (2e série) : MM. Charrin, Gouget et Jeanselme; — M. Renon, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Potocki.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — M. Bernel a été nommé à l'emploi de médecin stagiaire des troupes coloniales.

— Par décision ministérielle du 18 février 1902, M. Barisien, médecin-major de deuxième classe au 13e dragons, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran, par permutation avec M. le médecin-major de deuxième classe Lesterlin.

Marine. — MM. les médecins de deuxième classe dont les noms suivent sont désignés pour occuper les emplois sédentaires ci-après : Viguier, aux forges de la Chaussade à Guérigny; Delaporte, à l'établissement d'Indre; Merleau-Ponty, comme officier surveillant à l'École de Bordeaux; Donnart, à la fonderie de Ruelle, en remplacement de MM. Jouvenceau, Nouaille-Degorce, Renault et Arnoult, passés au corps de santé des troupes coloniales.

Promulgation de la loi relative à la protection de la santé publique. — Le *Journal officiel* du mercredi 19 février 1902 publie la loi dont nous avons donné le texte dans notre numéro du 11 février (p. 161). Elle est promulguée à la date du *15 février* et sera donc exécutoire le *15 février 1903*.

Association des anatomistes. — La quatrième réunion de l'Association des anatomistes aura lieu à Montpellier, à la Faculté de médecine, les 24, 25 et 26 mars prochain, à neuf heures du matin, sous la présidence de M. le professeur Sabatier, doyen de la Faculté des sciences; MM. les professeurs Vialleton, Gilis et Jourdan, vice-présidents.

Tous les anatomistes sont invités à y prendre part.

Réception des congressistes, à la Faculté de médecine, le 23, à neuf heures du soir.

Les médecins consultants dans l'armée. — Les professeurs les plus en vue de nos Facultés de médecine n'ont que des grades fort modestes dans la réserve et l'armée territoriale; des maîtres éminents par leur science occupent les seuls grades de médecin-major de deuxième, tout au plus de première classe, et sans part au service du temps de paix.

L'Allemagne comprend autrement mieux l'utilisation du concours que l'armée peut retirer de la participation, au service de santé, des savants qui font autorité en matière de médecine, de chirurgie et d'hygiène. Des notabilités arrivent, dans le corps de santé militaire, jusqu'au rang de médecin-général. Telle est la situation faite auprès du corps de santé allemand à des personnalités médicales comme les docteurs Bergmann, Koch et Konig, à Berlin; Czerny, à Heidelberg; Radecki, à Breslau; Esmarch, à Kiel; Kraske, à Fribourg; d'autres encore.

Est-ce qu'auprès de chacun de nos directeurs du service de santé de corps d'armée et de division ne devraient pas être accrédités, comme médecins consultants, des professeurs des Facultés?

L'armée active ne dispose pas de 1400 médecins militaires et elle incorporera 7000 médecins civils à la mobilisation. Quelques-uns de ceux-ci pourraient être mieux utilisés, dès le temps de paix, qu'en faisant de rares conférences aux dames ambulancières. (*Écho de Paris.*)

Intérêts professionnels. — La neuvième chambre correctionnelle a rendu hier son jugement dans le procès en injures et diffamation intenté par M. le professeur Raphaël Blanchard contre le journal l'*Évolution médicale*. Après plaidoirie de Me Louis Deshayes pour le professeur Blanchard et de Me Bergougnou de Wailly pour le docteur H. Grasset, gérant de ce journal, ce dernier a été condamné à 500 francs d'amende et à 5000 francs de dommages et intérêts.

La vente de la morphine. — La troisième chambre du tribunal, présidée par M. Roulleau, a statué sur une demande en dommages-intérêts, qui mérite d'être signalée à l'attention des pharmaciens.

Un mari, dont la femme durant deux ans s'est morphinisée au point de se rendre très gravement malade, a estimé qu'une grave responsabilité devait peser sur les deux pharmaciens, qui, en délivrant la morphine sans ordonnance, avaient rendu possible cet empoisonnement.

Il a donc assigné les deux pharmaciens, et le tribunal, admettant en principe le bien fondé de sa réclamation, a ordonné une enquête qui établira la réalité des faits.

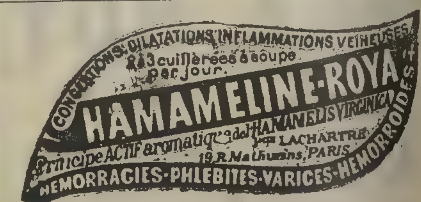
Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Petitgand, décédé à Gorze (près Metz), à l'âge de quatre-vingt-huit ans; H. Barella, de la Chapelle-les-Herlaimont (Belgique), membre correspondant de l'Académie.

Une place d'interne à l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon est vacante. Adresser les demandes au directeur de l'asile.

Le cancer du sein, étude clinique, statistique, par le professeur A. Le Dentu, chirurgien de l'hôpital Necker. In-8°, 123 p., avec fig. intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.


CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES
2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
HAMAMELINE-ROYA
Principe ACTIF aromatique de HAMAMELIS VIRGINICA
Ph^ie LACHARTRE 19, R. Mathurins, PARIS
HÉMORRAGIES-PHLÉBITES-VARICES-HÉMORROÏDES

N° 24. — JEUDI 27 FÉVRIER 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 27 FÉVRIER 1902. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CONTUSION DE L'ABDOMEN

HÉMORRAGIE PAR DÉCHIRURE INDIRECTE DU PETIT ÉPIPLOON

Par M. Paul DELBET,
Ancien chef de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker.

Les lésions produites par les traumatismes atteignant l'abdomen sont multiples et variées. Elles siègent le plus souvent sur les viscères. J'ai eu l'occasion d'observer un malade chez lequel les lésions étaient exclusivement limitées au petit épiploon. Ce fait mérite d'être rapporté en raison de la localisation exceptionnelle des lésions et du mécanisme qui a présidé à leur constitution.

Le malade est un nommé V... (Charles), métreur en peinture. Monté le 14 juin 1901, immédiatement après son repas, sur un échafaudage, le pied lui glissa, et il se trouva précipité dans le vide d'une hauteur de 7 mètres. Il eut le bonheur de tomber exactement assis. Le malade ne perdit pas connaissance, ses camarades accoururent, le relevèrent et l'apportèrent à l'hôpital Necker, ce même jour 14 juin. Immédiatement appelé, je l'examine et constate les symptômes suivants :

Le malade présente un léger degré de commotion cérébrale; il répond cependant aux questions qu'on lui pose et peut raconter son accident. Le facies est bon. En découvrant le malade, je constate sur les fesses et les flancs une vaste ecchymose, et un examen superficiel suffit pour déceler une double fracture verticale portant sur la moitié gauche du bassin. J'examine l'abdomen. Le ventre est légèrement tendu. Nulle part cependant la palpation ne révèle de point douloureux, ni ne provoque de défense musculaire. Le malade ne rend pas de gaz par l'anus, mais le traumatisme est récent. Le malade a eu un vomissement presque aussitôt après sa chute, mais ce vomissement ne s'est pas reproduit. La température est normale et le pouls à 60, un peu tendu, plutôt lent. Rien dans les urines. Aucun symptôme du côté de la cage thoracique.

J'élimine donc l'hypothèse d'une lésion viscérale et m'abstiens de toute intervention.

Je fais mettre au malade un bandage de corps et, par précaution, une vessie de glace sur le ventre. Le malade est placé dans une gouttière de Bonnet pour maintenir la fracture du bassin. Je recommande la diète absolue.

Le lendemain matin, 15 juin, la situation s'est aggravée. Le facies est pâle et grippé, la pupille dilatée, le pouls petit et rapide. La palpation abdominale provoque une défense musculaire marquée. Le ventre est ballonné. Il existe de la submatité dans les flancs. Le malade ne vomit pas cependant. La température reste à 37.

Le ballonnement du ventre avec matité aux parties déclives, sans fièvre ni vomissement, avec un pouls rapide, me fait immédiatement penser à une hémorragie interne, et ce diagnostic me paraît d'autant plus vraisemblable qu'avec un choc suffisant pour fracturer le bassin, une lésion des viscères voisins est probable. Je décide donc l'intervention. Je fais porter le malade dans la salle d'opération, je le place sur le plan de Peraire et fais donner de l'éther. J'opère avec l'assistance de M. Godineau, interne, et de M. Boulard, externe du service.

Je fais, au voisinage et un peu au-dessous de l'ombilic, une boutonnière verticale de 5 centimètres d'étendue, boutonnière destinée d'abord à être exploratrice et pouvant être agrandie ensuite dans un sens ou dans l'autre suivant le résultat de l'exploration.

A peine la paroi est-elle incisée que du sang noirâtre jaillit par l'angle inférieur de la plaie. Il y a bien une hémorragie interne. J'essuie rapide ment ce sang et, pensant qu'il s'agit d'une lésion du petit bassin, je fais mettre mon malade en position déclive : les anses grêles étant refoulées vers le diaphragme, j'agrandis mon incision vers le pubis; j'explore le petit bassin, les viscères sont intacts. Je remonte vers les flancs et examine les reins, ils ne sont pas touchés. Du sang continuant à sourdre par la partie latérale, il est évident que la source de l'épanchement n'est pas tarie. Je pense immédiatement à une rupture possible du foie et de la rate. Mais pour examiner ces viscères, il faut de toute nécessité agrandir par en haut mon incision cutanée. Je fends la paroi et, de fait, mon incision s'étend maintenant de l'ombilic à l'appendice xyphoïde. Je dégage le foie, la rate; ces viscères sont intacts. La situation ne laissait pas que de me préoccuper, quand, en regardant encore le foie, je m'aperçois que le sang s'échappe au-dessous de son bord inférieur; je soulève ce viscère et je trouve une infiltration en nappe du petit épiploon, puis près de son bord droit, non loin de l'estomac, la source de l'hémorragie. Ce sont les veines du petit épiploon qui donnent : il y a une sorte d'hémorragie profuse. J'essaye de pincer, mais l'épiploon se déchire. Je prends alors le parti de fermer le ventre dans toute sa partie inférieure et de faire dans la partie supérieure laissée ouverte un tamponnement serré avec un Mikulicz à la gaze stérilisée. J'exécute ce plan.

La plaie abdominale est fermée avec un seul plan de suture au fil d'argent. Un Mikulicz est placé contre la face antérieure de l'estomac et comprime le petit épiploon, arrêtant l'hémorragie veineuse qui se produit à ce niveau. Le malade est reporté dans son lit.

Le 16, le malade est bien. Température, 37°2. Pouls 80.

Le 17 et le 18, l'état continue à être satisfaisant; on commence à alimenter le malade. Le 19, le Mikulicz est retiré. Il y a un peu de rougeur autour des fils moyens de la paroi. A la place occupée par le Mikulicz, la paroi antérieure de l'estomac se présente; on fait un pansement à plat.

Le 20, le malade commence à tousser. De plus, le sujet, malgré nos recommandations, ne se tient pas une minute tranquille; il se retourne continuellement dans son lit et parfois même essaie de s'asseoir. Rien du côté de la cuisse ni du bassin.

Le 21, pansement. Il y a un peu de suppuration au niveau de la partie moyenne de la plaie; en haut, dans la partie drainée, les deux lèvres ont tendance à s'écarter et la réparation marche lentement. Le malade tousse assez fortement.

Le 22, les fils ont la plus grande tendance à couper. J'en enlève donc quelques-uns. La réunion s'est faite, mais est encore précaire.

Le 23 au matin, le malade souffre et a les traits anxieux. J'apprends qu'il n'a cessé de tousser et de se retourner dans son lit. Je défais le pansement et tombe sur des anses intestinales. Sous l'influence de la toux, la paroi s'est désunie : un paquet intestinal volumineux est sorti; il présente de la rougeur et des exsudats à sa surface.

Je fais endormir le malade et suture la paroi à plusieurs plans après réduction de l'intestin. Mais il y a déjà de l'infection. Malgré tous mes soins, le malade succombe dans la nuit du 23 au 24.

L'autopsie est faite le 26. Je constate l'existence de liquide louche dans les flancs, des fausses membranes sur les anses intestinales placées immédiatement en arrière de la paroi. J'examine successivement tous les viscères. Tous sont intacts : reins, foie, rate, vessie ne présentent aucune trace de lésion traumatique. Il en est de même de l'intestin.

Cette observation présente plusieurs points qui méritent d'être relevés.

C'est d'abord que le diagnostic a pu facilement être fait avec les données cliniques. Et ce n'est pas l'exception. J'ai eu occasion de voir à l'hôpital Necker, dans le service de mon maître M. le professeur Le Dentu, un grand nombre de ces cas analogues en raison du voisinage de l'Exposition. Or nous sommes presque toujours arrivés à un diagnostic suffisamment précis pour diriger le choix de l'intervention. Au début de mon clinicat, avec la crainte excessive de ne pas faire assez, je suis intervenu dans tous les cas, légers ou graves, et j'ai pu constater par la comparaison des cas qu'il n'y a pas de lésions qui ne se traduisent par un symptôme parfois fugitif, souvent petit, qu'il faut rechercher systématiquement, mais qu'un clinicien doit savoir dépister. M. le professeur Le Dentu a toujours soutenu cette opinion, et il m'a montré, en discutant devant les élèves les cas qui passaient d'abord entre mes mains, puisque j'étais chargé du service de garde, que ces signes n'étaient jamais en défaut : caractère de la face, du pouls, de la température, cyanose des ongles dans les cas de perforation. Enfin l'examen de la paroi abdominale ne m'a jamais trompé, et la défense musculaire, dont M. Hartmann a révélé la valeur, s'est toujours montrée quand il existait une lésion grave de l'abdomen.

La lésion que présentait notre malade est tout à fait exceptionnelle. Elle n'est pas mentionnée dans les auteurs. Elle consistait en une simple déchirure de la partie du petit épiploon voisine du bord droit et à la rupture de quelques veines. Le malade n'avait pas reçu de coup; dans sa chute, le ventre n'avait rencontré aucun corps capable de produire une contusion locale. C'est là un fait certain que le malade put affirmer, d'autant mieux que jamais, à aucun moment, il n'avait perdu connaissance. Il ne peut donc s'agir que d'un contre-coup.

En cherchant comment expliquer cette lésion, nous nous sommes arrêtés, M. Godineau et moi, à l'interprétation suivante. Le malade venait de manger, et en réalité, bien que le malade eut vomi une fois, nous avons encore trouvé en opérant l'estomac rempli de matières ingérées : l'estomac constituait donc une masse pesante. Au moment de la chute, le siège a porté sur le sol, avec violence, puisque le bassin en a été fracturé; l'estomac et son contenu étaient donc animés d'un rapide mouvement de translation de haut en bas. Le corps s'arrêtant par son contact avec le sol, l'estomac a continué à descendre, refoulant l'intestin, et cela aisément, puisque le malade étant légèrement infléchi en avant au moment où il tombait assis, la paroi antérieure de l'abdomen était relâchée. Dans ce mouvement de descente, l'estomac a exercé une traction violente sur le petit épiploon, celui-ci trop faible a cédé et s'est déchiré. Il s'agit donc bien là d'une lésion indirecte.

Au point de vue thérapeutique, la laparotomie était nettement indiquée et la survie du malade a montré qu'en somme elle avait été faite à temps. Elle a permis de traiter la lésion et d'en obtenir la guérison. La mort est accidentelle, due pour une part à l'indocilité du malade, pour une autre part à la bronchite qui a mis la suture à une trop rude épreuve. Mais il y a eu là aussi certainement une faute de technique. Ayant entendu dire de divers côtés qu'une suture au fil d'argent à un seul plan est parfaitement suffisante, j'ai, contre mon immuable habitude, abandonné pour cette seule fois la suture en étage, dans l'idée de gagner du temps et de diminuer les risques du shock. Il est possible que pour une plaie petite, de laparotomie, la suture à un plan suffise : elle ne donne pas de sécurité quand la plaie est grande, étendue de la symphise à l'ombilic : c'est la dernière fois que je recours à cette technique, et ce désastre me ramène à la suture en étage, guère plus longue et autrement sûre.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(25 février 1902)

M. Armand Gautier a fait une seconde communication sur le **méthylarsynate de soude**, qui est appelé à remplacer le cacodylate de soude dans toutes les affections où celui-ci était indiqué. Le cacodylate de soude n'agit bien et sans inconvénient qu'en injections sous-cutanées. Administré par l'estomac, il devient facilement toxique, est mal toléré et donne lieu même assez souvent à de l'albuminurie. Un des grands avantages du méthylarsynate de soude sur le cacodylate est précisément de pouvoir être facilement donné par la voie gastrique.

Dans une première communication, M. Gautier a fait connaître les effets très remarquables de ce nouveau médicament dans le paludisme. En quelques jours, il est arrivé à faire cesser complètement des accès de fièvre intermittente grave que ni la quinine, ni aucun autre médicament n'étaient parvenus à améliorer. Dans cette nouvelle commu-

nication, M. Gautier fait connaître les résultats d'expériences faites dans divers hôpitaux de Paris et à Amélie-les-Bains avec le méthylarsynate de soude ou arrhénal. MM. Letulle, à l'hôpital Boucicaut, et Robin, à la Pitié, entre autres, l'ont expérimenté chez des tuberculeux, aussi bien chez des tuberculeux au premier degré que chez des tuberculeux au troisième degré. Les effets obtenus, à en juger par les pesées des malades, ont été très généralement des plus satisfaisants. Même chez des tuberculeux avancés, avec fièvre vespérale montant jusqu'à 39 degrés, on a vu la fièvre tomber, l'appétit et les forces revenir, le poids augmenter.

L'action de ce médicament se serait montrée également très favorable dans l'asthme : M. Gautier cite l'exemple d'une jeune femme de vingt-neuf ans, qui était atteinte depuis quinze ans de crises d'asthme essentielles, rebelles à tout traitement. Après quelques jours de la médication par le méthylarsynate, ces crises d'asthme ont complètement disparu.

Sur la demande de M. Gautier, M. Pinard a bien voulu l'essayer pour combattre les vomissements incoercibles de la grossesse. Le succès aurait aussi dépassé ici toutes les espérances.

MM. Robin et Variot ont pu dans leurs services hospitaliers constater l'action du méthylarsynate dans l'hémichorée et la chorée.

Enfin M. Gautier montre que dans toutes les maladies de la peau, lorsque le traitement arsenical doit se prolonger des semaines et des mois, on a avantage à employer l'arrhénal.

Comment faut-il l'employer?

« Le grand avantage du méthylarsynate disodique, et en général des sels dérivés de l'acide méthylarsynique et des analogues, dit M. Gautier, c'est de pouvoir être indifféremment absorbés par la voie sous-cutanée ou ingérés par la bouche sans provoquer de dyspepsies, gastrites, renvois alliacés, congestions rénales, albuminuries, que provoquent les modifications toxiques subies dans le tube digestif par les cacodylates. Ces fâcheuses conséquences du traitement cacodylique mal appliqué se produisent toujours dès qu'on prolonge suffisamment la médication. J'ai montré dans ce mémoire que l'ingestion des arrhénates peut, sans inconvénient, se continuer durant des mois, avec les arrêts nécessaires, sans provoquer aucun effet stomacal et rénal fâcheux, et alors même qu'il y aurait une légère albuminurie. Si l'on ne dépasse pas les doses que je vais indiquer, la tolérance du médicament est généralement parfaite : ni renvois, ni gastralgie, ni diarrhée, ni albuminurie. L'appétit revient très rapidement, la pression sanguine remonte, le malade sent renaître ses forces tandis qu'il augmente de poids.

D'ailleurs, si, comme dans le cas de fièvres paludéennes graves et les vomissements de la grossesse, il y a quelquefois avantage à donner le médicament par la voie hypodermique, les injections sous-cutanées ne sont pas douloureuses et ne provoquent pas de réaction locale.

Ce ne sont pas là les seuls avantages des arrhénates.

Aux doses médicamenteuses, ils sont souvent tolérés quand les cacodylates ne le sont pas, et ils sont toujours plus actifs qu'eux.

J'ai observé quelques rares sujets supportant très difficilement les injections cacodyliques : ils présentaient de l'excitation nerveuse, un état de malaise général, de la congestion de la face, des bruits dans les oreilles, ils accusaient de la lourdeur ou de la douleur de tête; ils avaient quelquefois une fièvre passagère. Chose intéressante, ces réfractaires à l'arsenic latent pris sous forme cacodylique, ne le sont généralement pas si le même agent est présenté sous la forme arrhénique. M. Letulle en a observé un cas très net dans son service de Boucicault, en juin dernier, sur le malade T..., atteint de bacillose au second degré chez lequel il fut impossible de continuer le traitement cacodylique parce qu'il ressentait à un haut point, après chaque piqûre, les malaises qu'on vient d'énumérer. Au contraire, le méthylarsinate de soude, pris par la bouche, fut parfaitement supporté; le malade s'en trouva si bien qu'un mois après il sortait de l'hôpital beaucoup amélioré.

Les arrhénates ont d'autres avantages encore. Ils réussissent à donner souvent un nouveau coup de fouet à l'économie, quand les cacodylates paraissent avoir épuisé, par accoutumance ou pour toute autre cause, leurs effets bienfaisants. J'en citerai deux exemples qui m'ont été fournis par M. le docteur Pujade.

Il s'agit dans le premier cas d'un tuberculeux au second degré, qui après avoir vu s'épuiser, au bout de deux mois, l'action bienfaisante du cacodylate, finit par n'en plus tirer aucun profit; grâce à la substitution de l'arrhénate au cacodylate, ce malade reprend aussitôt, et gagne de nouveau régulièrement 500 grammes par semaine, tandis que l'état du poumon s'améliore très sensiblement.

Il s'agit, dans le second cas, d'une tuberculose fébrile au troisième degré ; alors que le cacodylate semblait exaspérer la fièvre, sous l'effet de l'arrhénal qu'on lui substitue, la température tombe de 39 degrés et 39°5 à 37 degrés au maximum et s'y maintient.

Doses. — A quelles doses convient-il de donner l'arrhénal? Chez l'adulte, on peut, sans provoquer d'accidents toxiques ou d'entérite sérieuse, donner l'arrhénal, jusqu'à la dose de 15 centigrammes et chez quelques personnes aller jusqu'à 20 centigrammes par jour. Mais ce sont là des limites qu'on doit rarement atteindre, car à ces doses élevées, quelquefois même à 10 centigrammes, on fatigue le malade et perd le bénéfice du traitement. Il est rare qu'on ait intérêt à dépasser la dose de 5 centigrammes à laquelle, chez les tuberculeux en particulier, le médicament possède son maximum d'action. Si l'on dépasse cette dose, il peut se produire quelques coliques, un peu de congestion de la face et du poumon, une légère sensation de refroidissement, un peu de fièvre même. Chez les tuberculeux fébriles, la température peut, sous l'action des doses trop fortes, monter d'un demi-degré au moins, et le poids des sujets diminue lentement.

Mais si l'on supprime alors entièrement le médicament, on voit les températures, que les trop fortes doses avaient relevées, tomber au-dessous de ce qu'elles étaient avant le commencement de cette médication. C'est cette observation qui m'a convaincu de l'opportunité des faibles doses. Celle de 5 centigrammes, quelquefois même de 2 centigrammes par jour, paraît la plus efficace.

J'ai dit que M. A Robin était arrivé à la même conclusion en étudiant le chimisme respiratoire : l'arrhénal exerce une action modératrice des échanges s'il est pris à faibles doses, une action accélératrice, au contraire, à doses un peu élevées.

Les malades qui ont quelque temps reçu une dose d'arrhénal trop élevée (10 à 12 centigrammes) et qui, à la suite de gastro-entérite ou d'une autre cause, abandonnent

momentanément cette médication, conservent comme une sorte d'excitation qui retentit longtemps sur leur appétit et leurs forces, et se traduit le plus souvent par une augmentation de leur poids. J'ai fait la même remarque pour les cacodylates.

Comme pour ces derniers, il faut surveiller l'emploi du méthylarsinate de soude chez tous les malades dont le foie est insuffisant (cirrhoses, congestions hépatiques), chez les cardiaques, les malades sujets aux hémorragies intestinales et pulmonaires; mais même dans ce dernier cas, il peut encore être utilisé à faibles doses.

Il peut être indifféremment donné par la bouche ou en injections sous-cutanées. C'est un médicament sans odeur, presque sans goût, ne fatiguant pas l'estomac, accepté par les estomacs dyspeptiques, hyper et hypochlorhydrique. Il doit être pris en mangeant; il n'a sur la digestion aucune action inhibitrice.

On peut le donner cinq à sept jours de suite, en faisant toujours suivre d'un intervalle de repos égal au temps de la médication et recommençant. Il ne faut pas le donner trop longtemps de suite, même en diminuant les doses journalières, ou de deux en deux jours. Sous cette forme, l'économie se surcharge toujours d'un excès d'arsenic qu'elle n'a pas le temps de s'assimiler, d'utiliser ou d'éliminer.

Administré avec ces précautions, l'arrhénal peut être pris durant des mois, même par la bouche, sans provoquer ni dysepsie, ni gastrite, ni odeur alliacée de Chalenier, ni congestions rénales ou hépatiques, ni stéatose de foie, ni éruptions cutanées, ni paralysies, etc. »

Après cette intéressante communication, l'Académie reprend la discussion sur le **chloroforme**. La parole est donnée à M. Guyon et c'est avec une respectueuse attention que l'Académie écoute l'argumentation de son ancien président, argumentation qui repose sur une grande expérience.

M. Guyon commence par féliciter M. Huchard d'avoir porté cette question devant l'Académie, question toujours grave, toujours préoccupante pour le chirurgien. MM. Huchard et Bucquoy se sont trouvés d'accord pour déclarer que le chloroforme n'était pas plus dangereux chez les cardiaques que chez les autres. M. Guyon est intervenu bien souvent chez des gens très âgés, chez des gens de soixante, soixante-dix, quatre-vingts, quatre-vingt-cinq et même, dans un cas, chez un vieillard de quatre-vingt-onze ans. Il a toujours eu recours au chloroforme; l'athérome artériel et les affections cardiaques sont fréquents à cet âge et M. Guyon a remarqué plutôt une amélioration de l'état cardiaque après la chloroformisation. Cette amélioration s'est surtout manifestée dans un cas particulier que rapporte M. Guyon: il s'agissait d'une malade qui était atteinte, en même temps que d'une affection grave du cœur, d'une tumeur du sein. MM. Guyon et Archambault, appelés auprès de cette malade, devant les craintes de la famille à l'égard du chloroforme, n'insistèrent pas pour conseiller l'opération qui, d'ailleurs, leur aurait été refusée. Quelque temps après, la malade elle-même la réclama. Elle fut pratiquée par M. Guyon et on remarqua qu'au cours de l'anesthésie et pendant quelque temps après le pouls reprit un rythme normal. Il y eut deux récidives et deux nouvelles opérations et, chaque fois, la même amélioration de l'état de la circulation fut constatée. M. Guyon pense donc avec MM. Huchard et Bucquoy que la chloroformisation n'est pas plus dangereuse et même est peut être moins dangereuse chez les cardiaques que chez les autres malades. Toutefois il est certains états pathologiques du cœur, la dégénérescence graisseuse, par exemple, qui rendent la chloroformisation très dangereuse: M. Guyon a perdu deux malades dans ces conditions.

Certaines affections de la vessie donnent lieu parfois à des hémorragies considérables. Il en résulte qu'on opère certains de ces malades très affaiblis. C'est là encore un danger; M. Guyon a perdu trois de ces malades sous le chloroforme, il est vrai qu'à cette époque on ne se servait pas de la position de Trendelenburg. Depuis que M. Guyon fait usage de ces tables à renversement, il n'a plus eu de ces accidents. En effet, la syncope est aujourd'hui facilement évitable chez des malades très anémiés grâce à ces tables à renversement.

M. Guyon rappelle que Claude Bernard disait que l'anesthésie par le chloroforme entraînait une suppression partielle de la fonction des cellules nerveuses. La limite entre cette suppression partielle et la suppression totale est étroite. C'est donc à ne pas dépasser cette limite que doit tendre la technique de la chloroformisation.

Voici comment M. Guyon fait donner le chloroforme:

Au début, les gouttes sont disséminées sur la moitié inférieure de la compresse; on la présente à faible distance de la face; le malade respire la bouche ouverte, très régulièrement, sans effort et lentement. Ce premier stade continue aussi longtemps que les réflexes pituitaire ou laryngien se manifestent. Ensuite, la compresse est rapprochée en haut; bientôt on la ferme en bas. Quand la diminution du titre d'air, ainsi effectuée, a été bien tolérée, les gouttes sont concentrées dans la partie de la compresse qui se trouve au-dessus des narines; elles sont plus nombreuses et fréquemment renouvelées.

Le cerveau subit promptement et complètement leur influence, mais la moelle et les autres territoires nerveux ne sont pas, en général, suffisamment influencés, si le nombre des gouttes n'est pas bientôt augmenté. La dose du chloroforme est donc un peu plus élevé dans cette seconde phase de la chloroformisation, mais dès que les mouvements conscients des membres et les contractions défensives des muscles inspirateurs ont pris fin, le nombre des gouttes est de nouveau abaissé. Elles sont données à peu près dans les mêmes proportions et de la même manière, mais renouvelées moins fréquemment, lorsque la narcose est complète.

M. Guyon n'est pas partisan d'un chloroformisateur attitré dans les services hospitaliers. Dans la pratique de ville nous avons, en général, recours à ce moyen, mais à l'hôpital nous devons faire donner le chloroforme par nos élèves, en conservant toute la responsabilité de cette opération. Enseigner à manier le chloroforme est un élément essentiel de l'éducation médicale. La meilleure manière d'y arriver consiste dans les remarques et conseils que chaque cas fait naître.

M. Brouardel, comme médecin légiste, a eu à intervenir dans vingt-cinq cas de mort par chloroforme.

De ces faits il convient d'en retirer deux où la mort est survenue, la chloroformisation étant terminée. Dans le premier cas, il s'agit d'un individu atteint d'une fracture de cuisse, qui succomba au moment où l'on mettait le membre lésé dans une gouttière; le décès fut causé par une embolie pulmonaire. Le second fait concerne un enfant atteint d'arthrite fongueuse du pied, qui mourut dans une syncope l'opération terminée; l'autopsie fit voir une hypertrophie du

thymus et un cœur gras comme celui d'un homme de soixante ans.

Il reste donc vingt-trois faits dans lesquels je n'ai jamais rencontré de lésions vasculaires. Trois fois le cœur était gros; une fois il était gras, mais il n'y avait pas de dégénérescence des fibres.

Dans un cas la mort était due à une congestion pulmonaire; les poumons, placés sur leur base, se tenaient droits sur la table d'autopsie. Sauf ce cas, les lésions pulmonaires ont été rares et peu graves.

Il signale la fréquence relative des lésions rénales; cependant elles ne constituent pas des contre-indications et il rappelle que Trousseau prescrivait de tenir les éclamptiques sous le chloroforme. La chloroformisation peut provoquer de l'albuminurie passagère, mais qui est incapable de déterminer la mort. Celle-ci semble se produire par le même mécanisme que celle qui suit un coup peu intense, porté sur la région laryngée, ou une excitation vive de la muqueuse nasale, laryngée. C'est, en réalité, un ictus laryngé.

Les vingt-trois décès, dont il a eu à s'occuper, se répartissaient depuis treize ans jusqu'à cinquante-deux ans. Ils se sont produits à l'occasion des lésions suivantes :

Luxation de l'épaule, 3; de la hanche, 2; de l'astragale, 1; du pouce, 1; fracture du col du fémur, 2; de la rotule, 1; synovite fongueuse de la main, 1; arthrite fongueuse du genou, 2; curetage de l'utérus, 2; énucléation de l'œil, 1; abcès du sein, 1; suppuration du petit bassin, 2; état cachectique, lésions du pied (cavernes pulmonaires), 1; cancer utérus, rectum, rétention des matières fécales, 1; épithélioma rectal, 1.

Les morts subites sur la table à opération se voyaient avant la pratique de la chloroformisation, et c'est une notion qu'il ne faut pas perdre de vue quand il s'agit d'un décès survenu pendant l'anesthésie.

En résumé, certaines personnes ont, vis-à-vis de la douleur, une susceptibilité spéciale pouvant amener la mort par arrêt subit de la circulation et de la respiration, même par une blessure légère presque insignifiante.

Les régions innervées par les branches terminales du trijumeau, par les nerfs laryngés supérieur et inférieur, sont plus spécialement exposées à provoquer ces arrêts sous l'influence d'excitations, d'impressions parfois peu intenses.

Les anesthésiques, qui agissent par pénétration de leurs vapeurs à travers le nez, le pharynx, le larynx, excitent directement ces régions particulièrement excitables, et peuvent mettre en évidence une susceptibilité jusque-là inconnue.

Le mode d'administration des anesthésiques n'est donc pas le seul facteur à invoquer l'orsqu'il survient un accident, la personnalité du patient, sa susceptibilité spéciale est souvent la cause principale de la mort.

M. Prunier affirme que la pharmacie centrale des hôpitaux ne livre que du chloroforme irréprochable et qu'on a prescrit toutes les mesures nécessaires pour sa bonne conservation.

M. Bucquoy communique un travail de M. Reynès, chirurgien des hôpitaux de Marseille, qui se résume dans les propositions suivantes :

« Dans les cas de sujets trop âgés ou trop débilités, dans les cas où l'anesthésie est à craindre, par suite de lésions cardiaques, rénales ou broncho-pulmonaires, ou par suite de la longeur possible de l'opération, dans les cas où le chloroforme, qui est, d'ailleurs, deux fois plus meurtrier que l'éther, serait trop dépressif pour le cœur, et où l'éther serait trop congestionnant pour les bronches et les poumons il y a avantage à se servir du mélange d'alcool-chloroforme-éther. Voici ma formule :

Chloroforme	2 parties.
Alcool absolu	1 —
Ether anesthésique	1 —

Dans ce mélange, où les inconvénients respectifs du chloroforme et de l'éther sont atténués, l'alcool joue le rôle d'un précieux et efficace stimulant du cœur et du système nerveux : il prévient la syncope.

Avec ce mélange, l'anesthésie se fait sans excitation ni convulsion; le sommeil est régulier, le réveil prompt et lucide; presque pas de vomissements. »

M. Perroncito (de Turin) fait une communication sur le développement de l'échinocoque.

REVUE DE LA PRESSE

GYNÉCOLOGIE

Action des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne sur la contractilité utérine. — MM. Audebert et Lafon (de Toulouse) ont fait connaître à la Société anatomo-clinique de cette ville les résultats de quinze expériences ayant porté sur cinq espèces différentes : la lapine, la chèvre, la brebis, la chienne et la vache. Ils ont en outre apporté une observation sur la femme.

De ces faits, ils croient pouvoir conclure que :

1° Les injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne ne paraissent pas exercer une action bien manifeste sur la contractilité utérine; dans tous les cas, elles ne constituent pas un moyen efficace de provoquer l'accouchement;

2° Elles ne paraissent pas troubler la marche normale de la gestation; aussi peut-on penser que la grossesse ne constitue pas une contre-indication de la rachi-cocaïnisation chirurgicale.

Quatre expériences dans lesquelles une même lapine a pu recevoir successivement, du vingtième au vingt-septième jour de la gestation, six injections intra-rachidiennes de cocaïne, sans que la marche régulière de la gestation en ait été modifiée en quoi que ce soit, sont particulièrement démonstratives à cet égard. L. G.

THÉRAPEUTIQUE

Les injections sous-cutanées ou intra-musculaires de jaune d'œuf dans le traitement de la tuberculose. — M. Ch. Bayle (de Cannes) emploie depuis un certain temps ces injections chez les tuberculeux et il a été surpris de l'amélioration considérable et du relèvement presque immédiat de l'état général de ses malades.

Un gramme de jaune d'œuf de poule contient 0g068 de lécithine, 0g012 d'acide phosphoglycérique et 0g014 de sels minéraux. La densité du jaune d'œuf étant en moyenne 1,07, un centimètre cube contient donc :

Lécithine	0g07276
Acide phosphoglycérique	0g01284
Sels minéraux	0g01498

Les injections faites par M. Bayle ont été de 4 centimètres cubes et il en a fait deux par semaines. Chaque injection contenait environ, d'après les notions ci-dessus indiquées, 0g29 de lécithine.

Voici la technique de ces injections :

Le jaune d'œuf est très épais et on n'arrive qu'au prix

d'efforts considérables à le faire passer très lentement à travers une aiguille ordinaire de seringue de Pravaz. L'auteur emploie la seringue de Roux en montant directement sur la seringue, sans l'intermédiaire du tube de caoutchouc, une aiguille de calibre un peu fort, ou du moins une aiguille de moyen calibre; on fait bouillir chaque fois l'appareil avant de s'en servir.

L'œuf (qui doit être très frais) peut être considéré comme suffisamment aseptique : l'essentiel est de laisser tomber le jaune de la coquille, brisée en deux directement dans un récipient préalablement flambé, sans qu'il subisse dans ce trajet aucun autre contact.

L'asepsie de la région sera faite soigneusement : M. Bayle fait jusqu'à présent des injections sous-cutanées à la face postérieure du bras ou intra-musculaires dans le deltoïde, mais il se propose d'employer dans les traitements ultérieurs la région fessière et la cuisse; il se propose d'essayer également de mélanger le jaune à une quantité égale d'eau salée stérilisée à 7/1000 qui en augmentant la fluidité de l'injection pourrait favoriser l'absorption et permettre d'injecter une quantité plus considérable de substance active.

Il est important, comme pour les injections huileuses, de placer l'aiguille d'abord, et de bien s'assurer avant de fixer sur elle la seringue qu'il ne sort pas de sang.

On injectera environ 4 centimètres cubes. L'injection sera poussée très lentement, condition qu'il est difficile du reste de ne pas remplir avec une aiguille de moyen calibre.

Ainsi pratiquées, ces injections n'ont jamais donné lieu à des abcès; elles n'ont guère été douloureuses, sauf dans un cas où l'auteur avait injecté à la fois 7 centimètres cubes, et où il y eut dans la journée qui a suivi l'injection un gonflement assez intense du bras avec une douleur assez vive, phénomènes qui ont du reste disparu, au bout d'un jour, sans autre accident.

Les injections sous-cutanées ou intra-musculaires de jaune d'œuf peuvent donc être considérées au moins comme un bon moyen de faire absorber en assez grande quantité une lécithine qui ne peut être suspecte d'aucune altération. (*Lyon méd.*, 23 février 1902.) L. G.

Recherches cliniques sur l'action hypnotique du dormiol. — Le dormiol (diméthyléthylcarbinolchloral) est un liquide incolore, d'odeur piquante, ressemblant à celle du menthol et du camphre, de saveur fraîche et en même temps brûlante.

Des recherches expérimentales sur les animaux ont démontré l'innocuité du dormiol et son prompt effet hypnotique.

M. Besançon (de Paris) l'a employé en clinique parallèlement avec d'autres hypnotiques (opiacés, sulfonal, trional, chloral) et a pu constater, à plusieurs reprises, sa supériorité, ainsi que le prouvent douze observations qui ont été recueillies avec le plus grand soin par le docteur Dumont (de Levallois).

Il résulte de ces observations que le dormiol est un excellent hypnotique qui, dans certains cas d'insomnie rebelle, d'origine neurasthénique, hystérique et même dans les cas d'insomnie alcoolique, peut remplacer avantageusement les autres hypnotiques et même l'hydrate de chloral. En effet, malgré les doses élevées (3 à 4 grammes) employées à plusieurs reprises, M. Besançon n'a jamais remarqué aucun désordre du côté de la circulation ou de la respiration, et notamment n'a jamais vu survenir l'érythème qui n'est pas rare à la suite de l'administration du chloral.

Le sommeil produit par le dormiol est calme et sans cauchemars; le réveil est normal et ne s'accompagne pas de nausées et de lourdeur de tête.

L'auteur a administré le dormiol à la dose de 1 à 4 grammes, en potion dans du julep ou simplement dans de l'eau, associé à du sirop simple. Certains malades lui trouvent un goût désagréable; on peut bien aisément remédier à cet inconvénient en le donnant sous forme de capsules gélatinées ou mieux en lavement, aux mêmes doses, associé au laudanum, x à xv gouttes. (*Journ. de méd. int.*, n° 1, 1902.) N. I.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — NOTES OBTENUES. — *Anatomie.* — Séance du 22 février 1902. — MM. Taguet, 9 + 12 = 21; Rabourdin, 9 + 9 = 18; Landowski, 7 + 10 = 17; Gravelotte 7 + 9 = 16; Berthaux, 7 + 8 = 15; Cornélius, 5 + 9 = 14; Simon, 7 + 7 = 14; Bernheim (André), 5 + 7 = 12; Rouhier, 6 + 6 = 12; Grosset, 3 + 7 = 10.

Pathologie. — Séance du 17 février 1902. — MM. Jacquemin, 11 + 11 = 22; Boisseau, 11 + 10 = 21; Genévrier, 9 + 11 = 20; Thaon, 10 + 9 = 19; Deshayes, 8 + 8 = 16; Gros-Devaud, 7 + 8 = 15; Nivet, 6 + 8 = 14; André, 6 + 7 = 13; Labouré, 4 + 5 = 9; Stettiner, 4 + 3 = 7.

Séance du 21 février 1902. — MM. Darré, 12 + 13 = 25; Calvé, 11 + 11 = 22; Dubois (Paul), 10 + 8 = 18; Nathan, 8 + 9 = 17; Barthélemy, 8 + 8 = 16; Friedel, 8 + 7 = 15; Delbos, 6 + 6 = 12.

Séance du 24 février 1902. — MM. Algret, 11 + 9 = 20; Desconps, 9 + 10 = 19; Martin (André), 13 + 6 = 19; Bouchot, 9 + 9 = 18; Flourens, 9 + 9 = 18; Tanon, 8 + 10 = 18; Israël de Jong, 4 + 4 = 8; Ledoux, 4 + 3 = 7; Madelaine, 2 + 4 = 6.

Hôpitaux de province. — *Nantes.* — M. le docteur Schmitt est nommé accoucheur suppléant.

Collège de France. — M. le docteur Pierre Janet est nommé professeur de psychologie expérimentale et comparée, en remplacement de M. Th. Ribot, admis à la retraite.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Frézouls, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Goëland*, qui entrera en armement définitif à Lorient le 20 mars prochain, pour être affecté à la station du Sénégal.

— M. le médecin de deuxième classe Bellamy, du port de Lorient, sera mis à la disposition des œuvres de mer, à compter du 25 février 1902, pour être embarqué sur le navire-hôpital le *Saint-Pierre*.

Cet officier du corps de santé sera porté pour ordre au rôle de la *Bretagne* pendant toute la durée de son séjour à la mer.

— M. le médecin de première classe Salaun a été nommé, pour cinq ans, aux fonctions de professeur de séméiologie médicale et de petite chirurgie à l'école annexe de médecine navale de Brest, en remplacement de M. le docteur Valence.

Congrès. — Les questions mises à l'ordre du jour du XXe Congrès allemand de médecine interne, qui doit se tenir à Wiesbaden, du 15 au 18 avril 1902, sont : 1° Diagnostic et traitement de l'ulcère de l'estomac; 2° La photothérapie.

— Le XXXIe Congrès de la Société allemande de chirurgie se tiendra, à Berlin, du 2 au 5 avril 1902.

A céder de suite gratuitement, après décès, bon poste médical en Normandie, occupé pendant trente-huit ans par le même titulaire. On louerait la maison meublée ou non avec ou sans cheval et voiture. — Ecrire ou s'adresser à M. Mauger, 12, rue de Grammont, de onze heures à midi.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 25. — SAMEDI 1er MARS 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 1er MARS 1902. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Des cicatrices vicieuses.

Par M. Charles VIANNAY, interne des hôpitaux de Lyon, préparateur du cours de médecine opératoire à la Faculté.

I

Définition et division du sujet. — On donne le nom de *cicatrice* au tissu de nouvelle formation qui réunit les solutions de continuité produites par un processus destructeur quelconque : traumatisme, gangrène, ulcération.

Toutes les fois qu'un tissu a été divisé ou partiellement détruit, les cellules qui avoisinent les bords de la solution de continuité, prolifèrent et *tendent à régénérer* (1) la partie absente. Lorsque la régénération est complète, il n'y a pas, à proprement parler, de cicatrice. C'est ainsi qu'après la réunion d'une incision faite sur la cornée du lapin, l'examen histologique (Ranvier) ne révèle aucune différence de structure sur le trajet de l'ancienne incision : il y a eu *régénération complète*; *il n'y a pas de cicatrice* cornéenne.

Mais tous les tissus n'arrivent pas à régénérer, d'une façon aussi parfaite, leurs parties détruites. Ainsi, dans les plaies de la peau, il se reforme de l'épiderme et un tissu fibreux ayant à peu près la structure du derme, mais ne contenant ni glandes sudoripares, ni glandes sébacées, ni follicules pileux. C'est ce tissu nouveau, analogue à l'ancien, procédant de l'ancien, de même nature que lui, mais qui n'en est que la copie imparfaite, qui constitue la *cicatrice cutanée*.

Il y a autant de sortes de cicatrices que de tissus, mais dans le langage courant, lorsqu'on parle de cicatrices et de cicatrices vicieuses, on désigne uniquement les cicatrices de la peau. Ce sont elles seulement que nous aurons en vue dans ce travail.

(1) L'existence de cette véritable « régénération des chairs » a été mise hors de doute par les récents travaux de Ranvier, A. Branca, Cornil et Carnot.

Les cicatrices cutanées peuvent être : simples, vicieuses, malades.

Une cicatrice est *simple* ou normale, ou régulière, lorsqu'elle remplit, sans causer aucune gêne au malade, la place du fragment de peau normale qu'elle a remplacé.

Une cicatrice est *vicieuse*, toutes les fois que, par son siège, son étendue, sa coloration, sa saillie exagérée, ses adhérences, etc..., elle occasionne une difformité prononcée (point de vue *esthétique*), ou une gêne fonctionnelle plus ou moins importante (point de vue *fonctionnel*).

Une cicatrice *malade* est celle sur laquelle a pris naissance un processus pathologique secondaire : inflammation et ulcération, tuberculose, cancer.

Nous laisserons complètement de côté les cicatrices simples et les cicatrices malades, pour ne nous occuper que des *cicatrices vicieuses*.

II

Étude clinique des cicatrices vicieuses. — Toutes les plaies qui suppurent et qui, par conséquent, se cicatrisent par seconde intention — quelles que soient leur nature et leur origine — peuvent donner naissance à des cicatrices vicieuses. Mais celles-ci succèdent le plus ordinairement aux *brûlures*.

Depuis Bérard et Denonvilliers (compendium), on distingue communément, dans les cicatrices vicieuses, des *cicatrices difformes* et des *difformités par cicatrice*.

A. CICATRICES DIFFORMES. — La difformité des cicatrices peut tenir soit à leur *coloration*, soit à leur *saillie exagérée* au-dessus du niveau de la peau ambiante, soit au contraire à une *dépression plus ou moins profonde* qui se complique en général d'*adhérences* aux plans sous-jacents. Une cicatrice, enfin, peut être difforme par sa seule *étendue*.

1. *Coloration*. — La coloration des cicatrices est variable, d'abord, avec *leur âge*.

Les cicatrices jeunes sont plus rouges que la peau ambiante; mais elles prennent, avec le temps, une teinte pâle et mate. Cependant, il est des cicatrices qui restent rosées, d'un rouge vif, livides ou brunâtres même, et qui conservent cet aspect pendant toute la vie. Ainsi, les cicatrices d'ulcères variqueux présentent, en général, une teinte marron assez accentuée.

Les cicatrices consécutives aux brûlures par déflagration

de la poudre, sont ordinairement le siège d'un véritable tatouage des plus disgracieux.

2. *Saillie exagérée.* — Les cicatrices peuvent devenir *saillantes* ou *hypertrophiques*, dans deux ordres de cas, assez différents.

a. D'abord lorsque la guérison de la plaie n'a pas été bien conduite et quand on a laissé s'épidermiser des bourgeons charnus exubérants, on voit se former des crêtes irrégulières, des replis, des culs-de-sac, des cordons fibreux indurés.

b. D'autres fois, on voit se développer secondairement, à la surface d'une cicatrice normalement constituée, des masses végétantes, multilobées, de consistance fibreuse, que l'on désigne sous le nom de *fausses chéloïdes*.

Ces *fausses chéloïdes* se caractérisent (Reclus) par le développement d'un bourrelet irrégulier et soulevé lui-même par des mamelons coniques ou aplatis, durs ou mous, en général peu vasculaires, mais que parcourent parfois des réseaux veineux dilatés. Leur tissu, d'un blanc terne, crie sous le scalpel, et la trame en est formée de fibrilles conjonctives et élastiques; on y rencontre encore une grande abondance de corps fibro-plastiques au milieu desquels Malassez et Landouzy n'ont pas trouvé de tubes nerveux. Ces chéloïdes peuvent apparaître sur toutes les cicatrices; on les voit de préférence chez des sujets scrofuleux ou lymphatiques.

3. *Dépression.* — Les cicatrices *déprimées* s'observent surtout à la suite des plaies profondes, ayant longuement suppuré, particulièrement à la suite des suppurations articulaires ou osseuses. Les abcès dentaires, les abcès froids de l'orbite, de l'épididyme, laissent souvent après eux des cicatrices déprimées, dites en cul de poule.

Souvent ces cicatrices sont en même temps *adhérentes* au plan sous-jacent (os, muscles) et toujours elles froncent plus ou moins et attirent vers leur centre la peau saine ambiante. La forme et l'étendue de la dépression cicatricielle sont très variables suivant les cas.

4. *Etendue.* — Il est évident que plus une cicatrice sera vaste, plus elle sera difforme. A ce point de vue, aucune cicatrice, si petite soit-elle, n'est complètement exempte de difformité, car si elle siège dans une région exposée, elle frappe toujours les regards, par sa coloration différente de celle de la peau ambiante, par son état glabre, etc.

B. Difformités par cicatrices. — Ces difformités peuvent être rangées sous les trois chefs suivants :

1. *Brides*;
2. *Adhérences ou symphyses;*
3. *Déformations des orifices :* α. Rétrécissements et oblitérations; β. Ectropions et déviations.

1. Les *brides* siègent aux membres, dans les plis de flexion : pli de l'aine, creux poplité, pli du coude, paume de la main; au cou, elles descendent directement du bord inférieur du maxillaire au thorax.

2. Les *symphyses* unissent les membres (bras, verge, cuisse) au tronc, le pavillon de l'oreille à la région temporale, les doigts ou les orteils entre eux.

3. Les *orifices* les plus fréquemment déformés sont ceux de la face : narines, bouche, paupières, oreilles.

Mais nous ne saurions mieux faire, pour compléter notre description, que de reproduire quelques-unes des pages magistrales consacrées par Dupuytren aux difformités par cicatrices.

« Chez des malades, nous avons vu tous les téguments de la base du crâne, et avec eux les oreilles et les sourcils, fortement tirés en haut par une cicatrice qui s'était faite par rapprochement au sommet de la tête ;

Chez d'autres, le sourcil et la paupière supérieure, tenus élevés, immobiles, par une cicatrice placée sur le front;

Chez celui-ci, les paupières bridées, rétrécies et renversées en dehors par des cicatrices situées à la base de l'orbite ou sur leur face antérieure;

Chez celui-là, les commissures palpébrales, tirées en dehors ou en dedans par des cicatrices occupant la tempe ou la racine du nez; ou bien l'aile du nez relevée par une cicatrice située au-dessus l'ouverture antérieure des narines oblitérée;

Chez d'autres encore, la commissure des lèvres attirée en haut, en bas ou en dehors par des cicatrices qui avaient leur siège sur divers points de la joue;

La lèvre supérieure unie à la cloison du nez ou à la paupière inférieure, ou la lèvre inférieure unie au menton et incapable de s'opposer à l'écoulement de la salive au dehors;

Les oreilles adhérentes aux tempes; leur ouverture rétrécie par la réunion de quelques-unes de leurs éminences;

La tête fléchie sur la poitrine, par une cicatrice placée à la face antérieure du cou, la saillie du menton effacée et celui-ci adhérent au cou ou au sommet du thorax;

La peau du cou adhérente au cartilage thyroïde ou à l'os hyoïde, d'où une gêne plus ou moins grande dans la déglutition et un enrouement incurable ;

La tête inclinée et l'épaule élevée par une cicatrice ayant son siège sur les côtés du cou;

Des seins horriblement déformés chez quelques jeunes filles n'ayant pu se développer à l'époque de la puberté, ni par conséquent servir à l'allaitement;

Le tronc incliné en avant par des brides qui s'étendaient du thorax à la partie antérieure de l'abdomen ;

L'épaule abaissée vers la hanche et celle-ci attirée en haut par une cicatrice occupant la partie latérale du corps;

Le coude appliqué au tronc par une cicatrice du creux de l'aisselle, laquelle se transformait en une bride représentant une sorte de nageoire, lorsqu'on essayait de porter le bras dans l'abduction ;

L'avant-bras fléchi sur le bras par une cicatrice, soit de la partie antérieure et inférieure du bras, soit de la partie supérieure et antérieure de l'avant-bras ;

Le poignet fléchi ou étendu sur l'avant-bras, par des cicatrices placées à la partie inférieure de celui-ci, ou sur la partie la plus voisine de la main ;

Les doigts fléchis ou étendus et unis entre eux, par des cicatrices situées à la paume ou sur le dos de la main, qui semblaient envelopper toutes les parties, comme une espèce de gant;

Le pénis appliqué à la ligne blanche, par une cicatrice qui formait, en l'enveloppant, une sorte de fourreau analogue à celui des quadrupèdes, ou incliné latéralement et uni aux bourses par une adhérence anormale; celles-ci appliquées aux cuisses ;

La cuisse retenue dans la flexion par une cicatrice de l'aine qui, peu apparente lorsque le membre restait en repos, se transformait en une bride très saillante, au moindre mouvement d'extension;

L'anneau inguinal affaibli par une cicatrice fixée au-

devant de lui et une hernie produite par cette cause, avec cette circonstance remarquable qu'une cicatrice placée à côté et qui paraissait à peine quand la cuisse était fléchie, devenait tellement saillante par l'extension du membre, qu'elle s'opposait à l'action du bandage, et qu'on fut obligé de la couper pour pouvoir contenir la hernie;

La jambe fléchie sur la cuisse par des brides formées sur les côtés du jarret;

Les pieds renversés en dedans ou en dehors par des cicatrices, suite de brûlures, qui avaient eu lieu dans le jeune âge et qui avaient occupé les côtés correspondants de la jambe et du pied;

Les orteils renversés sur le cou-de-pied par des cicatrices développées sur cette partie, ou fléchis par celles qui existaient près la plante du pied, leur pointe ou même leur surface dorsale correspondre au sol, et la marche devenue par cela même tout à fait impraticable. »

4. *Rétrécissements cicatriciels des conduits organiques.* — Notre étude clinique ne serait pas complète si nous ne mentionnions cette variété bien spéciale de cicatrices vicieuses, que n'a pas envisagée Dupuytren. Ces rétrécissements succèdent, soit à des brûlures par les liquides chauds ou caustiques, soit à des lésions traumatiques, soit enfin à des états pathologiques variés (inflammation, syphilis, tuberculose) entraînant une destruction plus ou moins accentuée, quoique souvent partielle, des parois de l'organe, mais dans lesquels, à l'élément inflammatoire ou spécifique, vient toujours s'ajouter un élément cicatriciel qui tend à rétrécir le conduit.

Ces rétrécissements peuvent siéger sur *tous* les conduits organiques. Mais ceux sur lesquels on les rencontre le plus constamment sont l'urètre, le rectum, le vagin, l'œsophage. Ce serait sortir du cadre de notre étude que d'entreprendre la description symptomatique de tous ces différents rétrécissements. Mais ils présentent ce caractère commun : c'est que, purement cicatriciels ou en même temps inflammatoires à un faible degré, ils tendent tous à rétrécir progressivement le calibre du conduit sur lequel ils siègent.

III

Anatomie et physiologie pathologique des cicatrices vicieuses. — A. ANATOMIE. — 1. *Macroscopique.* — a. *Caractères extérieurs.* — Ces caractères varient suivant la nature de la plaie qui a donné naissance à la cicatrice.

La cicatrice d'une plaie réunie par première intention se présente sous l'apparence d'une *ligne dure*, dont la coloration tranche avec celle des téguments ambiants. La ligne cicatricielle peut être, suivant la forme de la plaie originelle, droite ou brisée, courbe, elliptique, cruciale, en V, en T, etc. Mais, les plaies qui se réunissent par première intention donnent rarement naissance à des cicatrices vicieuses.

La cicatrice qui succède à une plaie infectée est constituée par une *plaque* indurée, de forme, d'épaisseur et d'étendue variables. Libre ou adhérente aux organes sous-cutanés, tantôt on la voit de niveau avec la peau voisine, tantôt elle dessine un relief plus ou moins prononcé, tantôt enfin une dépression plus ou moins profonde.

Enfin certains ulcères laissent après eux des cicatrices d'une forme particulière et caractéristique. Ainsi, après les ulcérations annulaires consécutives aux gommes syphilitiques de la peau, on trouve des cicatrices qui, par leur aspect particulier et par leur disposition en cercle ou en demi-cercle, appellent tout de suite l'attention sur l'origine syphilitique de la première lésion.

b. *Dissection d'une cicatrice.* — Lorsqu'on dissèque et que l'on examine avec soin une série de cicatrices, on voit d'abord qu'elles peuvent être d'épaisseur variable : les unes intéressent toute l'épaisseur de la peau et parfois aussi les plans sous-jacents, les autres, une partie seulement de son épaisseur.

Dans ce dernier cas, ce sont le plus souvent les couches superficielles du derme qui ont été détruites. C'est ce que l'on voit après les brûlures du second ou du troisième degré. Dans ce cas, la cicatrice étant très peu épaisse et doublée à sa face profonde par les couches respectées du derme sain, n'aura qu'une tendance insignifiante à la rétraction et sera disgracieuse seulement par sa teinte mate tranchant sur la coloration de la peau ambiante.

Mais il est aussi des cas rares, de cicatrices dues à une perte de substance de la face profonde de la peau, sans solution de continuité : ces cicatrices peuvent être consécutives à une contusion, à un phlegmon, à une tumeur ayant déchiré ou ulcéré la peau à sa face celluleuse, tout en laissant intacte sa face épidermique. L'attention a été attirée sur ces faits, par Laugier, Hutin. Mais dans ces cas, la peau ne présente, extérieurement, aucun aspect cicatriciel; elle est seulement amincie et *capitonnée* par son adhérence au tissu cellulaire sous-jacent.

Sur une coupe d'une cicatrice examinée à l'œil nu, on voit encore qu'elle se compose de deux parties bien distinctes :

1° D'une membrane superficielle mince, quelquefois rugueuse, le plus ordinairement unie et luisante, sèche parce qu'aucune sécrétion ne vient l'humecter : c'est l'épiderme de nouvelle formation;

2° D'un tissu sous-jacent à l'épiderme, d'aspect fibreux, dense, résistant, d'un blanc nacré, criant sous le scapel : c'est la cicatrice dermique formée par du tissu inodulaire. Dans ce tissu, dense et serré, on trouve des artérioles et des veinules en petit nombre et fort ténues.

D'après Dupuytren, le développement de l'appareil vasculaire, dans les cicatrices, est très variable. Mais, dans la grande majorité des cas, les cicatrices ne présentent que des ramifications capillaires très déliées et très rares, à travers lesquelles il est bien difficile de faire pénétrer les injections les plus ténues et qui animent à peine leur blanche coloration.

Les cicatrices contiennent-elles des filets nerveux appréciables à l'œil nu? Jobert de Lamballe a disséqué avec soin un grand nombre de cicatrices et n'y a jamais trouvé la moindre trace de nerfs. Mais il a constamment rencontré les nerfs des parties environnantes limités à la périphérie des cicatrices et terminés, dit-il, « par des renflements, constituant des espèces de ganglions, tout à fait analogues à ceux que l'on observe à l'extrémité des moignons après les amputations. »

Ainsi que l'avait bien vu Dupuytren, on ne rencontre pas, à la face profonde des cicatrices, ces cloisons fibro-celluleuses, qui, dans l'état naturel, existent au-dessous de la plus grande partie de la peau et entre lesquelles sont logés les paquets du tissu adipeux. « Un tissu lamineux, plus ou moins serré et dépourvu de graisse, unit la production cutanée nouvelle aux parties sous-jacentes, et celle-ci offre une dépression d'autant plus marquée que, d'une part, la déperdition de substance qu'elle répare a été plus profonde,

et que, d'autre part, les parties voisines sont plus abondamment fournies de cellules graisseuses. »

2. *Microscopique.* — Une cicatrice adulte et complète nous présente à étudier deux parties : l'épiderme ou cicatrice épidermique et le tissu inodulaire ou cicatrice dermique.

a. *Epiderme.* — Cet épiderme a été bien étudié par A. Branca, au cours de ses recherches sur la cicatrisation épithéliale.

Il peut se présenter sous deux types : tantôt il constitue un tégument planiforme assez mince, tantôt il tend à revenir au type normal et à présenter des *bourgeons interpapillaires.* Ces bourgeons sont remarquables par leur *irrégularité*, au point de vue de la taille, de la forme, de la distribution; ils sont formés en totalité par le corps muqueux et rien ne les révèle à la surface du tégument.

En plus des bourgeons, le nouvel épiderme peut présenter, à un état de développement plus ou moins parfait, toutes les couches de l'épiderme normal.

α. *Couche basilaire.* — Elle est formée d'une seule rangée de cellules qui, parfois, est plus sombre que les assises sus-jacentes; elle doit cet aspect à ce que les éléments y sont serrés et présentent un protoplasma très chromophile. Tantôt hautes et cylindriques, tantôt basses et cubiques ou même complètement aplaties, ces cellules basilaires sont de formes très variables.

Un fait d'une constance remarquable dans ces éléments basilaires, c'est le siège du noyau. Dans toutes les formes hautes, ce noyau tend à se réfugier loin de la basale vers le pôle superficiel de la cellule. Ce noyau rond ou ovale se voit fréquemment en mitose.

Les éléments de la couche basilaire sont, par leur pôle d'insertion, au contact du derme dont les sépare une membrane basale non constante; par leur pôle supérieur, ils touchent aux cellules polyédriques sus-jacentes auxquelles ils sont rattachés par des filaments d'union.

β. *Cellules polyédriques.* — A l'inverse de la couche basilaire, qui est d'une fixité remarquable, la couche de cellules polyédriques peut manquer; en pareil cas, la couche basilaire est au contact des couches cornées. Mais il est de règle de voir un corps muqueux, si rudimentaire soit-il, s'interposer entre la couche profonde et le stratum corneum. Le corps de ces cellules est polyédrique ou déformé en ombrelle : dans ce dernier cas, la partie convexe de la cellule regarde le derme. Chaque cellule est individualisée par un noyau ordinairement unique, exceptionnellement double.

Les faces proximales des deux éléments polyédriques sont réunies entre elles par des filaments qui traversent les espaces clairs, séparant les unes des autres les cellules du corps muqueux. En outre, les cellules de cette couche n'ont pas d'orientation fixe dans leur plan de segmentation (Branca).

γ. *Stratum granulosum.* — Cette couche, qui peut manquer, est d'épaisseur très variable. Quand le tégument est planiforme, le stratum granulosum se réduit à une seule assise cellulaire; quand il est pourvu de papilles, on voit le stratum granulosum s'épaissir en regard des bourgeons interpapillaires. Il revêt alors, sur les coupes, la forme d'un triangle, dont le sommet s'enfonce vers le cœur du bourgeon épithélial et dont la base est contiguë à la couche cornée.

Les cellules du stratum granulosum sont volumineuses; elles ont un noyau ratatiné et pauvre en chromatine. Elles sont séparées par des espaces clairs, que traversent des filaments d'union ou pointes de Schultze. A mesure que l'on s'élève vers la surface de la peau, les cellules de la couche granuleuse perdent leurs filaments d'union, se chargent d'éléidine; leur noyau s'atrophie, l'espace clair qui sépare les cellules se rétrécit.

δ. *Couches cornées.* — D'ordinaire les couches cornées se réduisent dans l'épiderme cicatriciel; il est impossible d'y retrouver les couches qu'on décrit en histologie normale, et l'on peut même rencontrer la couche basilaire au contact de la couche feuilletée. En général, la couche cornée repose sur un corps muqueux. Un stratum granulosum s'interpose-t-il entre ces deux couches? La couche cornée se montre alors tantôt dépourvue de formations nucléées, c'est le cas ordinaire, et tantôt pourvue de ces noyaux dont la présence est la règle, au contraire, lorsque le stratum granulosum fait défaut. Sur un corps muqueux normal, revêtu partout d'assises de Langerhans, on peut voir alterner, dans la couche cornée, des régions dépourvues et des régions munies de noyaux.

b. *Tissu inodulaire.* — On appelle ainsi, depuis Delpech, la partie fibreuse des cicatrices, celle qui est due à la prolifération des éléments du derme. Comme le derme dont il procède, ce tissu est de *nature conjonctive.* Sa structure rappelle celle du chorion cutané, mais sa trame est beaucoup plus serrée. En outre, on n'y trouve plus ces amas de *nodules*, de cellules rondes, que l'on rencontre toujours dans la membrane granuleuse et dans la cicatrice jeune : le tissu cicatriciel adulte est à proprement parler *inodulaire.*

Voici la description qu'en donnent Cornil et Ranvier.

« Dans la peau, une cicatrice est constituée par du tissu fibreux, où des vésicules adipeuses se montrent bientôt dans les couches profondes; mais jamais il n'y a autant de cellules adipeuses qu'à l'état normal et le tissu fibreux y est toujours très dense. Le derme se produit dans son tissu fibreux et élastique, mais les glandes ne se reproduisent pas. Les papilles se reforment dans les cas où elles avaient, par leur hypertrophie, constitué les bourgeons charnus du tissu cicatriciel. Dans ce cas, des papilles normales de la peau, transformées en bourgeons charnus, reviennent à leur état primitif, lorsque des bourgeons s'affaissent et que le tissu embryonnaire redevient tissu conjonctif. Mais quand les bourgeons charnus végètent des parties profondes et que les papilles ont été détruites dans une étendue notable, elles ne se reforment plus complètement, et la cicatrice cutanée qui en résulte reste plate et déprimée, ou au contraire saillante si les bourgeons exubérants n'ont pu être réprimés. »

En somme, nous trouvons dans le tissu inodulaire les éléments fondamentaux du tissu fibreux : fibres conjonctives, fibres élastiques, cellules fixes du tissu conjonctif. Les éléments conjonctifs, qui, dans le derme, viennent s'ajouter au tissu fibreux : glandes sudoripares et sébacées, follicules pileux, manquent totalement dans le tissu inodulaire. Dans la trame dense et serrée de ce tissu, le microscope montre encore des coupes de vaisseaux bien reconnaissables à leur lumière et à leur endothélium.

Existe-t-il des *lymphatiques* dans le tissu inodulaire? Les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point. On n'a jamais mis en évidence, d'une façon nette, la présence de lymphatiques dans les cicatrices; mais ce n'est pas une raison suffisante pour nier complètement leur existence. La question est toujours pendante et appelle de nouvelles recherches.

Quant aux *nerfs*, leur existence n'a pas encore été démontrée dans les cicatrices cutanées. Cependant, la sensibilité dont jouissent plus ou moins toutes les cicatrices, semble bien indiquer la présence de quelques terminaisons nerveuses dans leur intérieur. Ce fait cadrerait bien, d'ailleurs, avec les constatations de Ranvier, dans la cornée du lapin : cet histologiste a montré en effet que les fibres nerveuses qui ont été divisées par section, et qui se trouvent encore en rapport de continuité avec leurs cellules d'origine, végètent avec une rapidité et une activité que rien ne pouvait faire prévoir.

B. Physiologie pathologique. — Les cicatrices ont des propriétés et des conditions de vie un peu différentes de celles de la peau normale ; nous allons successivement les passer en revue.

1. *Vitalité.* — Les cicatrices arrivées à leur état d'organisation définitive sont pauvres en vaisseaux sanguins, ce qui rend compte de leur coloration, en général plus pâle que celle de la peau ambiante. Elles sont sensibles, mais moins que la peau qui les environne. Comme le fait remarquer Jobert de Lamballe, si l'on comprime une cicatrice, si on la pique avec une épingle, si on la pince entre deux doigts, quand elle est assez large pour cela, la plupart des individus sentent distinctement ce qu'on leur fait. Il n'est guère possible d'admettre que ces sensations sont perçues seulement par les tissus sous-jacents et non par l'inodule lui-même ; car elles le sont encore lorsque, dans une région à peau flasque et extensible, on a soulevé une cicatrice non adhérente pour l'isoler, ou bien quand, au lieu de la comprimer, on se contente de la gratter superficiellement, mais avec un peu de rudesse (Hutin). On voit alors que la sensibilité, pour y être toujours un peu obtuse, ne fait cependant pas complètement défaut.

Néanmoins, un fait certain, c'est que la sensibilité des cicatrices est, en général, assez atténuée. On sait, d'autre part, que les cicatrices restent habituellement étrangères à la plupart des exanthèmes, tels que la variole, la rougeole, la scarlatine ; « elles restent pâles au milieu de la phlogose et de l'éruption qui couvrent les parties voisines » (Dupuytren).

On voit parfois des personnes chez lesquelles des cicatrices qu'elles portent au visage ne participent point à la coloration qu'y déterminent une forte chaleur ou des émotions d'ordre varié.

Il semblerait donc, à ne considérer que ces quelques faits, que les cicatrices vécussent d'une vie à part et indépendante de celle du tégument cutané qui les entoure. Mais il n'en est rien. Le tissu inodulaire n'est pas un tissu mort, un corps étranger enchâssé dans les tissus à la façon d'une pièce de prothèse, c'est un tissu essentiellement vivant et susceptible de modifications *d'ordre vital et nutritif* au même titre — bien qu'à un degré moindre — que les tissus anciens dont il a pris la place.

Cette vitalité des cicatrices s'affirme en maintes circonstances.

On sait la grande susceptibilité de certaines cicatrices relativement aux divers états atmosphériques, et avec quelle fidélité elles annoncent, chez certains sujets, par de douloureux élancements, les variations barométriques.

Les cicatrices sont fréquemment le siège d'une sensation de démangeaison, de prurit, qui force le malade à se gratter.

On connaît les *processus pathologiques* — hypertrophie, prurit, inflammation douloureuse, ulcération — qui peuvent prendre naissance au sein des cicatrices. Ces faits, bien qu'ils soient d'ordre pathologique, indiquent déjà que les cicatrices ne sont pas complètement étrangères à la vie de l'organisme. Ce ne sont pas d'ailleurs les seules modifications qui peuvent se produire au sein du tissu cicatriciel.

Dans certains *états physiologiques*, on peut voir survenir dans les cicatrices des modifications remarquables. Ainsi les cicatrices utéro-vaginales, au cours de la grossesse, participent au processus général d'imbibition et de ramollissement, qui atteint tous les organes génitaux de la femme. Leur nutrition se modifie profondément : leur tissu s'assouplit et se ramollit ; il devient le siège d'une sorte d'imbibition, de gonflement tout spécial de son appareil vasculaire. Comme les cicatrices utéro-vaginales, les cicatrices de la région mammaire peuvent subir des modifications nutritives au cours de la grossesse. Bouchacourt en rapportait tout dernièrement un bel exemple devant la Société obstétricale de France (1901).

Une femme de dix-huit ans, qui était tombée dans le feu à l'âge de trois ans, ne présentait, à la place du sein droit, que des cicatrices fibreuses blanches, au milieu desquelles il était difficile de trouver des vestiges du mamelon.

Sous l'influence de la grossesse, ces cicatrices prirent une teinte très foncée et devinrent chéloïdiennes, en même temps que la glande mammaire sous-jacente, qui paraissait complètement détruite, s'hypertrophiait et était le siège de tiraillements et de picotements physiologiques.

Ainsi, les cicatrices jouissent d'une vitalité atténuée en temps ordinaire, mais susceptible de se réveiller sous certaines influences. Nous verrons plus loin qu'il est possible de modifier cette vitalité, dans un but thérapeutique (Cl. Martin.)

2. *Dureté.* — En temps ordinaire, et hors ces modifications, le tissu cicatriciel est dur et peu malléable aux doigts ; il est loin d'avoir la souplesse et l'élasticité de la peau normale.

Comme nous l'avons dit, c'est un tissu fibreux à trame serrée, qui donne une sensation spéciale de résistance aux doigts qui le palpent, et crie sous le scalpel qui le divise.

3. *Élasticité.* — Peut-on parler de l'élasticité du tissu de cicatrice? Cela semble bien difficile. Quand on tire sur une bride cicatricielle, quel que soit l'effort que l'on déploie, on ne peut obtenir aucun allongement immédiat, ou si l'on obtient quelque chose, c'est aux dépens de la peau environnante qui se laisse distendre. L'élasticité paraît donc très peu développée dans le tissu inodulaire.

Ce tissu passe plutôt pour avoir une propriété exactement inverse : la rétractilité.

4. *Rétractilité.* — On considère habituellement la rétractilité, comme la propriété fondamentale du tissu cicatriciel. Ainsi que nous allons le voir, cette opinion doit être quelque peu modifiée.

a. *Définition.* — La rétractilité consiste essentiellement dans la tendance constante et invincible qu'ont les bords d'une plaie, à se rapprocher les uns des autres, si bien que la cicatrice est toujours moins étendue que la plaie à laquelle elle succède et qu'elle attire à elle, en la fronçant, la peau ambiante.

« Le tissu inodulaire, écrit Delpech, est doué d'une *force de crispation indéfinissable*, qui travaille au rapprochement des bords de la solution de continuité. Cette force, il la conserve lorsque la cicatrisation est achevée, et c'est elle

qui met un obstacle insurmontable à l'allongement de la cicatrice. »

b. *Durée.* — Comme on peut le voir, d'après la citation qui précède, Delpech — et avec lui tous les anciens auteurs — admettent que la *rétractilité persiste dans la jeune cicatrice*, après l'épidermisation complète de la plaie. « Cette rétraction consécutive, dit Dupuytren, ne s'arrête que lorsque la cicatrice est devenue blanche, solide, telle, en un mot, qu'elle sera le reste de la vie. » D'après ce même chirurgien, la durée du travail de rétraction, dans les cicatrices étendues, peut aller jusqu'à dix-huit mois ou deux ans.

Une opinion bien différente a été récemment soutenue, au Congrès de Paris (1900), par Minervini. D'une série d'expériences faites sur les chiens, cet auteur conclut que la *rétractilité* est une *propriété du tissu de granulation*, et non du tissu inodulaire. Dès qu'une cicatrice est constituée, non seulement elle ne se rétracte plus, mais encore elle se distend. On ne devrait donc parler, ni de cicatrices rétractiles, ni de rétraction cicatricielle : *c'est le tissu de granulation qui se rétracte* et non le tissu cicatriciel. Cette théorie est corroborée par ce que l'on voit à la suite des greffes dermo-épidermiques d'Ollier : on sait que les îlots greffés, non seulement ne se rétractent pas en vieillissant, mais peuvent même augmenter de dimensions (Ollier).

c. *Causes.* — Delpech faisait, de la rétractilité cicatricielle, une propriété contractile comparable à la contractilité musculaire. Cette théorie a été longtemps admise; elle a été adoptée par Bérard et Denonvilliers dans le Compendium. Inutile de dire qu'elle n'est plus admissible aujourd'hui.

Courty (de Montpellier) donne de la rétractilité l'explication suivante. Cet auteur assimilait la réparation des solutions de continuité de la peau à celle des solutions de continuité des os. Pour lui la cicatrice n'était qu'un cal provisoire que la nature tendait à résorber pour régénérer le tissu ancien : ce tissu représentant le cal définitif. Cette régénération se décomposait donc en deux actes : la résorption du tissu de cicatrice (tissu anormal) et la production nouvelle du tissu normal. Or, la nature ne pouvait accomplir dans la peau que l'un des actes de ce travail : la résorption du tissu inodulaire. Ce tissu se rétractait donc parce qu'il était soumis à une résorption prolongée.

Pour Berne, la rétractilité de la membrane granuleuse et des cicatrices est due à la *déshydratation progressive* de leur tissu. Cette explication, d'ailleurs, se trouve déjà dans Dupuytren.

Cette théorie toute physique, qui peut, à première vue, paraître assez plausible, rend compte, d'une manière bien imparfaite, de la rétractilité des cicatrices. En effet, ainsi que le fait remarquer F. Martin (Thèse de Lyon 1901), on ne saurait assimiler le tissu inodulaire, à une membrane organique inanimée qui se raccornit en se desséchant; car le tissu cicatriciel, comme nous l'avons dit plus haut, est un tissu vivant, qui, en mainte circonstance, manifeste sa vitalité.

Minervini (*loc. cit.*), tout en reconnaissant que l'on ne peut dire le dernier mot, sur la cause de la rétractilité du tissu de granulation, propose l'explication suivante : la rétraction serait due à la diminution progressive du nombre des cellules rondes qui infiltrent la membrane granuleuse et dont le départ diminue progressivement la masse de cette membrane.

En somme, la cause essentielle de la rétractilité cicatricielle nous échappe et tout ce que nous pouvons faire, c'est de chercher à préciser les conditions dans lesquelles elle varie. Tout d'abord, les effets rétractiles de la cicatrisation sont en raison directe de l'*étendue* et de la *profondeur* de la perte de substance à combler, ces deux facteurs commandant l'*étendue* et l'*épaisseur de la cicatrice*. En effet, plus une plaie sera vaste et profonde, plus il se formera de tissu de granulation pour rapprocher ses bords et plus la cicatrice contiendra de tissu inodulaire. En outre, dans une plaie profonde, les plans sous-cutanés participent en général à la genèse de la cicatrice ou tout au moins lui adhèrent : d'où une nouvelle cause de gêne fonctionnelle qui vient s'ajouter encore aux effets de la rétraction.

Les auteurs anciens admettaient encore une corrélation entre la *longueur de la suppuration* et l'intensité de la rétraction cicatricielle.

Effectivement, la *rétractilité* d'une cicatrice en voie d'évolution paraît bien être *fonction du travail inflammatoire* qui accompagne toujours la cicatrisation. Après un curage de l'aisselle, si l'accolement des bords de la vaste cavité opératoire se fait par première intention, c'est-à-dire *sans inflammation*, la cicatrice qui comble le creux de l'aisselle est peu ou pas rétractile et ne gêne en rien les mouvements du bras. Lorsqu'on fait des greffes dermo-épidermiques d'Ollier, sur une vaste plaie bourgeonnante et suppurante, dès que les greffes ont pris et ont adhéré à la membrane granuleuse, celle-ci, dans toute l'étendue ainsi recouverte, *perd sa rétractilité*.

Enfin, la rétractilité des cicatrices varie peut-être suivant la nature des plaies auxquelles elles succèdent. Les cicatrices qui passent pour les plus rétractiles, sont celles que laissent après elles les brûlures profondes. D'après Tripier (cité par F. Martin), les cicatrices consécutives à l'escare du pôle négatif seraient bien moins rétractiles que celles du pôle positif.

5. *Extensibilité.* — C'est là une propriété jusqu'ici très peu connue du tissu cicatriciel, mais sur laquelle F. Martin (de Lyon) vient d'attirer l'attention. Il résulte du travail de cet auteur et des nombreux arguments (faits anatomo-cliniques, résultats thérapeutiques), qu'il apporte à l'appui de sa thèse, que *la propriété fondamentale du tissu inodulaire est l'extensibilité*, que les cicatrices sont éminemment extensibles, lorsqu'on les soumet à des *pressions* ou à des *tractions lentes et continues*.

Nous trouvons, dans la pathologie, de nombreux exemples de l'extensibilité des cicatrices.

Ainsi, certaines cicatrices de laparotomie, soumises à l'effort continu de la presse abdominale (surtout quand il y a eu suppuration ou application d'un Mickulicz), se relâchent et permettent la formation des éventrations. Il en est de même quelquefois de la cicatrice utéro-pariétale qui fixe l'utérus à la paroi abdominale après l'opération de la ventro-fixation. Cette cicatrice est soumise à une traction *lente et continue*, produite d'une part par les mouvements incessants de la paroi abdominale, d'autre part, par le poids de l'utérus. Or, on voit assez souvent, sous cette influence, la cicatrice utéro-pariétale se relâcher, s'assouplir et s'allonger.

C'est encore en exerçant des tractions incessantes sur les adhérences cicatricielles qui unissent la surface externe du poumon à la paroi costale, que la *gymnastique respiratoire* augmente la capacité pulmonaire et redresse les difformités thoraciques (rétraction, scoliose) qu'entraînent à leur suite les vieilles pleurésies.

Ne voyons-nous pas encore un exemple d'allongement de tissu cicatriciel, dans la disposition infundibuliforme que prend à la longue l'orifice mitral et son appareil valvulaire, dans les vieux rétrécissements mitraux? Ici, la *pression lente et continue* — ou plutôt discontinue mais très fréquemment répétée — est réalisée par l'ondée sanguine venant de l'oreillette gauche hypertrophiée.

Ainsi c'est une loi de pathologie générale que *toutes les fois qu'une cicatrice est soumise à des pressions ou à des tractions continues elle s'assouplit et s'allonge.*

Comme nous le verrons plus loin c'est principalement sur cette propriété du tissu cicatriciel, que repose le traitement non sanglant des cicatrices vicieuses par la méthode de Claude Martin (de Lyon). (*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(26 FÉVRIER 1902)

A propos de l'observation présentée dans la dernière séance par M. Reynier et intitulée : **rétrécissement avec dilatation énorme de l'œsophage probablement d'origine congénitale**, M. Poirier fait quelques réserves sur ce diagnostic. Pour lui, il s'agit, dans ce cas, d'un simple rétrécissement de l'œsophage avec symptômes de dilatation consécutive. M. Poirier critique aussi le procédé, dit de torsion, employé chez ce malade par M. Souligoux. Ce n'est là, dit-il, qu'une torsion apparente et qui ne porte que sur la tunique musculeuse.

Nous revenons sur les **accidents du chloroforme**. M. Bazy estime que les cardiaques à lésions orificielles supportent très bien le chloroforme. Il n'en est plus de même quand le myocarde est atteint. Comme tous les urologistes, M. Bazy endort beaucoup de vieillards. Il a même donné le chloroforme à un homme âgé de quatre-vingt-sept ans, dont le pouls, pendant l'anesthésie, est tombé de 60 à 30 pulsations, sans qu'il en soit résulté aucune alerte, aucun accident. L'anesthésie terminée, le pouls est remonté à son taux normal. M. Bazy estime qu'il faut apporter une plus grande surveillance encore à la respiration qu'à la circulation. Quant à la pureté du chloroforme, c'est toujours une question bien difficile. A la suite d'une alerte, d'un accident, on fait examiner le chloroforme. Les chimistes le déclarent parfaitement pur. Il en résulte que le meilleur réactif du chloroforme est encore le malade qui y est soumis. Tous les chirurgiens ont remarqué qu'ils avaient des alertes chloroformiques par séries; il y a donc tout de même quelque chose dans le chloroforme que la chimie est impuissante à déceler. Du reste, il est du chloroforme comme de tous les toxiques. Certains sujets y sont plus sensibles que d'autres, de là l'explication probable de bien des accidents du chloroforme qu'on peut rapprocher des accidents dus à la cocaïne, à l'antipyrine, au mercure, etc.

M. Moty n'a pas eu de morts par chloroforme, il suit la technique de Hartmann et Terrier et fait usage de la pince de Lucas-Championnière. En cas de syncope le moyen qui lui a paru le plus efficace consiste dans la fixation faite avec l'index des parties postérieures du pharynx sans négliger la respiration artificielle; ce moyen lui a permis de rappeler plusieurs opérés à la vie; le dernier, après une minute de syncope.

M. Guinard revient sur le procédé mixte de M. Richelot au bromure d'éthyle et au chloroforme. Même comme l'emploie M. Richelot, ce procédé paraît dangereux à M. Guinard. Il a vu des accidents survenir dès les premières bouffées de bromure d'éthyle. Cependant, M. Guinard nous permettra de lui rappeler combien aujourd'hui est répandue l'anesthésie par le bromure d'éthyle dans les grattages de végétations adénoïdes. A entendre nos confrères laryngologistes, ils n'auraient jamais d'accidents. Quoi qu'il en soit, M. Guinard lui préfère le chlorure d'éthyle, dont il se sert pour commencer l'anesthésie qui, paraît-il, est immédiate, et qu'il continue avec le chloroforme. Pour ce qui est des cardiaques, comme la plupart de ses collègues, M. Guinard ne redoute pas les lésions valvulaires compensées, mais il élimine les symphyses cardiaques, les dégénérescences du myocarde, les toxémies alimentaires.

M. Broca appelle l'attention sur l'importance de l'hypertrophie du thymus comme cause probable de mort violente et peut-être de mort subite au cours de la chloroformisation. M. Brouardel, dans les cas d'autopsie qu'il a rapportés à l'Académie, a cité un cas de mort subite par le chloroforme, dans lequel il a trouvé un cœur gras et une hypertrophie du thymus.

M. Michaux s'étonne, avec raison selon nous, que, parmi les moyens propres à combattre les accidents du chloroforme, on n'ait pas parlé plus souvent des tractions rythmées de la langue. Il donne la préférence à ce moyen sur tous les autres, même sur la respiration artificielle.

Cette proposition soulève d'énergiques protestations de la part de MM. Poirier et Schwartz, qui mettent au-dessus de tout la respiration artificielle.

La fin de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

Très ingénieux le procédé de M. Luys pour obtenir la **séparation des urines** des deux reins, à en juger par le rapport qu'en fait M. Hartmann. Voici en quoi il consiste : on introduit dans la vessie une sorte de cathéter spécial à l'aide duquel on déprime la vessie en bas : cela fait, par le moyen d'une crémaillère on fait sortir du bout vésical de l'instrument un petit réservoir qu'on fait facilement incliner, à volonté, du côté de l'uretère droit ou du côté de l'uretère gauche. On peut ainsi recueillir séparément l'urine de l'un ou l'autre rein. D'après les nombreux échantillons d'urine ainsi recueillis que nous montre M. Hartmann, on arrive à être réellement bien fixé sur le rein malade.

MM. Bazy et Albarran ont demandé la parole pour la prochaine séance, mais dès maintenant M. Bazy déclare ce procédé très utile, très ingénieux et sans doute préférable au cathétérisme des uretères.

Les erreurs de diagnostic en matière d'**affections stomacales** sont souvent bien difficiles à éviter. L'intéressante observation que nous apporte M. Poirier en est une nouvelle preuve : il y a deux mois, M. Poirier est appelé auprès d'une femme de cinquante-huit ans, présentant tous les symptômes d'un cancer de l'estomac. C'était d'ailleurs le diagnostic porté par plusieurs médecins et chirurgiens des hôpitaux. Cachexie, teint jaune paille, amaigrissement, vomissements, douleurs, tout y était. Toutefois, M. Poirier n'était pas bien sûr d'avoir senti, au palper, la tumeur pylorique trouvée par plusieurs de ses collègues; il fait la laparotomie et l'examen direct le plus attentif de l'estomac, de la région pylorique, du foie, du duodénum, de l'épiploon, ne lui révèle rien, son diagnostic fut donc sténose pylorique; il fit la discision du pylore et, ce faisant, il trouva une éle-

vure grosse comme une petite noisette ; il l'excisa, sutura et referma le ventre. La malade a parfaitement guéri. Elle a engraissé de 8 kilogrammes. Il s'agissait d'un fibromyome, lequel avait déterminé tous les symptômes d'un cancer de l'estomac.

M. Tuffier revient sur une question qui lui est chère, l'**hémodiagnostic chirurgical**. Dans cette nouvelle communication, il ne veut parler que des modifications du sang déterminées par la présence de kystes hydatiques. Sauf une exception, dans tous les cas où existait un kyste hydatique non suppuré, M. Tuffier a constaté de l'éosinophilie, quel que fût le siège du kyste hydatique. Il a constaté aussi de l'hyperglobulie et de la leucocytose polynucléaire. M. Tuffier estime qu'on pourra tirer de l'examen du sang, dans bon nombre de cas, des renseignements très précieux au point de vue du diagnostic de certaines affections chirurgicales.

Viennent ensuite les présentations : c'est d'abord une **double fracture de la même rotule**, à deux mois et demi de distance, les deux fois suturée et guérie (M. Routier). C'est ensuite un malade qui a augmenté de 15 kilogrammes en quelques semaines, après une **résection du pylore**, présenté également par M. Routier ; un cas d'**actinomycose bilatérale** à marche rapide et un cas de **botryomycose** présentés par M. Thiéry ; un très bel exemple de **coxa vara** chez un garçon de dix-huit ans présenté par M. Maunoury (de Chartres) ; une énorme **tumeur de la paroi abdominale** prise pour une tumeur ovarique (M. Schwartz) ; enfin un **corps étranger du coude** (M. Chaput).

REVUE DES THÈSES

Dosage clinique du soufre urinaire, par M. le docteur J. Bose. (Th. de Montpellier 1900-1901.)

Le soufre se présente dans l'urine sous trois formes : sulfates proprement dits, sulfates sulfo-conjugués et soufre neutre.

L'intérêt clinique de ces éléments n'est point à négliger, et l'utilité d'un dosage vraiment clinique s'impose, car parmi les procédés existants, les uns sont trop longs (par pesée), les autres trop peu exacts (Ivon, Neubauer et Vogel).

La méthode proposée pour le dosage des sulfates nécessite deux solutions titrées, se saturant volume à volume, l'une de sulfate de potasse, l'autre de chlorure de baryum, 1 centimètre cube correspond à 0g01 d'anhydride sulfurique.

On verse 20 centimètres cubes de la solution de chlorure de baryum dans 100 centimètres cubes d'urine acidulée par l'acide arctique ; l'on jette le tout sur un filtre. Dans deux verres à expérience, on recueille 1 centimètre cube du filtratum, puis on laisse tomber dans l'un des deux une goutte de la solution titrée de chlorure de baryum, et dans l'autre une goutte de la solution de sulfate de potasse. Un trouble se produit alors dans l'un des verres à expérience. Si c'est la goutte de solution de chlorure de baryum qui le produit, c'est une preuve qu'il y avait excès de sulfates et réciproquement. Il faudra donc ajouter une certaine quantité de la liqueur qui produit le trouble pour arriver au point neutre. C'est celui où il n'y a excès ni de chlorure de baryum ni de sulfate de potasse, et à ce moment aucun trouble ne se produira dans les deux verres à expérience.

En employant 10 centimètres cubes, 5 centimètres cubes, 1 centimètre cube, 0cc50, on peut avec 6 essais en moyenne, termine l'opération en une demi-heure en maximum. En retranchant du nombre de centimètres cubes employés de la solution de chlorure de baryum ceux qui ont été nécessaires, de la solution de sulfate de potasse et en multipliant le résultat par 10, on aura la quantité de sulfates exprimés en anhydride sulfurique et par litre.

On peut donc dire que c'est une méthode clinique par sa rapidité, la netteté de sa réaction, et aussi par sa justesse. L'erreur en effet est de 0g05 au maximum par litre, ce qui est bien suffisamment exact, vu les quantités d'anhydride sulfurique correspondantes aux diverses formes du soufre urinaire.

Tel est le dosage des sulfates. Les deux autres formes du soufre urinaire s'y ramènent car on peut les transformer en sulfates.

Pour les sulfo-conjugués, il suffit de l'ébullition en présence d'un acide fort.

Le soufre neutre exige l'emploi d'un oxydant énergique, tel que le mélange de nitrate et de carbone de soude par calcination. Mais il semble que d'autres oxydants par simple ébullition, doivent donner le même résultat, tout en nécessitant moins de temps. Beaucoup cependant ont dû être éliminés, tels que le permanganate de potasse, l'acide azoteux, le chlore naissant. L'acide chromique seul paraît suffisamment énergique, et encore l'erreur est-elle trop forte si l'on compare les résultats à ceux fournis par la calcination.

Cette méthode est donc à compléter par le fonctionnement du procédé d'oxydation du soufre neutre ; mais pour les sulfates proprement dits et pour les sulfo-conjugués, elle paraît au contraire parfaitement clinique et appelée à rentrer dans la pratique.

H. M.

Contribution à l'étude de la paralysie faciale dans le zona, par M. le docteur Émile Gaudu. (Th. de Paris, 1901.)

Dans cette thèse très intéressante, inspirée par M. le professeur Debove, M. le docteur Gaudu étudie successivement :

1° Le zona et sa nature ; 2° la coïncidence de la paralysie faciale et du zona ; il fournit ensuite quinze observations très minutieusement établies de paralysies faciales zostériennes. Dans un dernier chapitre, il passe en revue les différentes théories pathogéniques et il termine son travail par les conclusions suivantes :

I. Le zona est un syndrome infectieux caractérisé, lorsqu'il est au complet, par une légère fièvre, des douleurs névralgiques, une éruption vésiculeuse, des troubles sensitifs et trophiques. Il peut présenter en outre des manifestations à distance, telles que : douleurs, troubles de la sensibilité, paralysies, et, en particulier, paralysies faciales.

II. La paralysie faciale zostérienne n'est pas due à une simple concomitance, elle reconnaît la même cause infectieuse que la maladie elle-même. L'apparition de la paralysie faciale se fait généralement dans les huit jours qui suivent le début de l'éruption vésiculeuse ; elle est toujours contemporaine de cette éruption et les phénomènes se succèdent habituellement dans cet ordre : névralgie, éruption, paralysie.

La paralysie faciale peut apparaître dans tout zona, quels que soient son siège et son intensité.

III. Les trois éléments du zona (névralgie, éruption, paralysie) peuvent être plus ou moins dissociés, plus ou moins isolés, sans pour cela cesser d'être une même maladie.

IV. Pour les classiques anciens, les paralysies faciales zostériennes passaient pour des raretés pathologiques, mais le nombre des cas publiés ces temps derniers semble démontrer une plus grande fréquence de ces paralysies.

A. R.

Sur les kystes séreux congénitaux de la paroi thoracique, par M. le docteur G. Castel. (Th. de Montpellier 1900-1901.)

On a beaucoup traité des kystes séreux congénitaux du cou et de la région sacro-coccygienne, mais ceux du thorax étant

assez rares, M. Castel a pensé faire œuvre utile en recherchant et réunissant les observations se rattachant à l'étude de ces tumeurs. Les kystes séreux congénitaux de la paroi thoracique ne se différencient par aucune particularité d'origine ou de structure des kystes occupant toute autre partie du corps; cependant ils présentent certains caracteres qu'il est bon de signaler. C'est ainsi qu'acquiérant quelquefois un volume énorme, ils ont pu faire diagnostiquer à faux une hernie du poumon.

Le pronostic est bénin ; cependant malgré cette bénignité l'intervention chirurgicale est nécessaire. Ils n'ont, en effet, aucune tendance à regresser, et si leur présence ne compromet pas la vie de l'enfant, il n'en est pas moins certain que le développement progressif de la tumeur peut amener des troubles locaux profonds, en même temps que des troubles sensitifs ou vasculaires du côté des membres supérieurs.

L'extirpation au bistouri paraît être préférable à tous les autres modes de traitement, car elle permet d'atteindre sûrement les prolongements kystiques, les cavités isolées de la masse principale, en un mot de faire la toilette de la région envahie; encore faut-il qu'elle soit possible. H. M.

Contribution au traitement du phagédénisme chancrelleux, par M. le docteur Émery. (Th. de Montpellier, 1901.)

Le but de l'auteur n'est point d'apporter un fait nouveau à la thérapeutique du phagédénisme, mais de réunir en un ensemble les différentes méthodes de traitement en usage, d'en apprécier l'efficacité et d'indiquer enfin, la conduite que doit tenir le praticien en face de cette affection.

Au début, on doit s'adresser aux modificateurs légers et peu douloureux; le traitement par la chaleur est indiqué dans le plus grand nombre des cas, on peut aussi essayer les caustiques peu énergiques. Mais si l'ulcère tarde à se modifier ou si on se trouve en présence d'une de ces terribles complications de la chancrelle, qui par leur étendue ou leur nature gangréneuse, mettent en péril la santé du sujet, il faut d'emblée recourir à la cautérisation énergique par les caustiques puissants.

Les antiseptiques trouvent leur application dans les pansements qui hâtent la cicatrisation.

Il ne faut pas négliger le traitement général, il faut agir sur le moral du malade qui est prédisposé à l'hypocondrie, car le phagédénisme est une complication de longue durée, devant laquelle le médecin est souvent désarmé, mais qui arrive à guérir, grâce à une thérapeutique persévérante.

L. I.

Étude sur l'emploi thérapeutique de l'acide cacodylique dans les maladies mentales, par M. le docteur Ernest Paulet. (Th. de Paris, 1901.)

Après une étude très documentée du cacodylate de soude, de son action physiologique et de son mode d'administration, M. le docteur Paulet nous présente dix-sept observations divisées en trois catégories correspondant aux résultats obtenus et desquelles il ressort que :

1° La médication cacodylique semble donner, dans un certain nombre de maladies mentales, des résultats se traduisant par une amélioration plus ou moins considérable qui peut, dans certains cas, aller jusqu'à une guérison durable.

2° Lors même qu'elle n'a aucune action sur l'état mental, cette médication reste utile comme activant la nutrition chez des malades profondément déprimés au point de vue physique.

3° Le seul mode d'administration est l'injection hypodermique, non seulement à cause de ses avantages au point de vue de l'absorption et de l'utilisation du médicament qui, par cette voie, respecte l'estomac et l'intestin, mais encore parce qu'il permet, seul, d'affirmer que ce médicament a été pris par les malades de la catégorie soignée.

4° Il y a lieu de faire de nouvelles recherches sur l'emploi du cacodylate de soude appliqué au traitement des maladies mentales, pour lesquelles l'arsenal thérapeutique est encore si dépourvu. A. R.

Le cèdre en thérapeutique, le cèdre de l'Atlas, le libanol, par M. le docteur H. Huertas. (Th. de Montpellier, 1900-1901).

M. Huertas a expérimenté les propriétés thérapeutiques d'une huile essentielle retirée du cèdre de l'Atlas. C'est un liquide très fluide, de couleur jaune ambré, plus léger que l'eau et soluble dans ce liquide, de densité = 0,951, son pouvoir rotatoire est (*a*) D = — 27,58, son indice de réfraction 1,521.

L'auteur rapporte de nombreuses observations de blennorragiens soumis au traitement par le libanol (3 grammes par vingt-quatre heures). Dans tous les cas, la marche de l'urétrite blennorragique a été heureusement influencée, l'écoulement a été rapidement modifié et les lavages au permanganate ont pu être pratiqués après une semaine au plus de traitement. Jamais il n'a été observé de phénomènes d'intolérance inquiétants, pas de maux de reins, ni diarrhée, ni de manifestations cutanées. Dans les cas de cystite, soumis au traitement par le libanol, on a toujours observé une diminution de la douleur dès les premières doses employées.

En application locale, pur ou associé à la vaseline, le libanol s'est montré supérieur comme calmant dans le traitement du symptôme douleur, au cours du rhumatisme articulaire aigu ou même blennorragique.

En outre le libanol posséderait un pouvoir stimulant dans la marche de la cicatrisation des plaies atones. L. I.

FORMULAIRE

Potion stimulante contre la pneumonie.

Acétate d'ammoniaque	10	grammes.
Teinture de cannelle........	5	—
Extrait de quinquina........	3	—
Eau distillée de mélisse	120	—
Eau-de-vie	50	—
Sirop d'écorces d'orange	50	—

(*Gaz. hebd.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

627. M. Arsonneau. Réunion par première intention des fistules à l'anus. — 628. M. Delaforge. De la mobilité du rein en ectopie congénitale. — 629. M. Plantard. De la tuberculose primitive des muscles. — 630. M[lle] Tschitschkina. Étude sur les formes sensitives de polynévrite. — 631. M. Laporte. Du traitement de la sciatique et en particulier de son traitement par les injections de cocaïne intra et extra-durales. — 632. M. Hauser. Étude sur la syringomyélie. — 633. M. Grimaud. Hypertrophie partielle congénitale du corps avec nævus. — 634. M. Fabre. Quelques considérations sur la pathogénie des phlébites; en particulier de la phlegmasie alba-dolens. — 635. M. Meunier. Étude sur l'endocardite infectieuse d'origine annexielle chronique. — 636. M. Deve. De l'échinococcose secondaire. — 637. M. Ramisiray. Pratiques et croyances médicales des Malgaches. — 638. M. Landaird. Fistules consécutives aux suppurations hépatiques (abcès, kystes hydatiques). — 639. M. Colombani. Introduction à l'étude des troubles psychiques dans les affections génito-urinaires de l'homme et des conséquences thérapeutiques qui en découlent. — 640. M. Mathieu. Étude sur les infections générales aiguës par le staphylocoque pyogène. — 641. M. Thiellement. Des injections extra-durales de cocaïne et du sérum dans le traitement

de la sciatique et du lumbago. — 642. M. Pajot. Documents analytiques. — 643. M. Diamantberger. L'analgésie cocaïnique par la voie rachidienne en obstétrique. — 644. M. Raoux. Du sacrum dans les bassins asymétriques. — 645. M. Bugiel. Un célèbre médecin polonais au XVIe siècle : Joseph Struthius (1510-1568). — 646. M. Martin (Georges). De la douleur abdominale dans la fièvre typhoïde. — 647. M. de Seze. Étude sur la mort subite consécutive à la rupture des kystes hydatiques du foie. — 648. M. Gaudu. Contribution à l'étude de la paralysie faciale dans le zona. — 649. M. Diard. Les manifestations gommeuses de la syphilis héréditaire tardive. — 650. M. Odinet. Contribution à l'étude de la médication cacodylique. — 651. M. Forgeas de la Mothe. Hypotome organique dans la pelade : effet thérapeutique du massage. — 652. M. Allard. Contribution à l'étude des adénopathies (tachéo-bronchique et axillaire) dans la tuberculose pulmonaire chronique. — 653. M. Rousseau. La péritonite tuberculeuse aiguë simulant l'appendicite. — 654. M. Chimot. De l'arthritisme des premières voies respiratoires. — 655. M. Blanc. De la forme anémique du cancer de l'estomac. — 656. M. Decock. Considérations sur la pathogénie et le traitement des gangrènes diabétiques. — 657. M. Jamaux. Contribution à l'étude des rapports des affections chroniques du mamelon et de l'aréole avec les cancers du sein. — 658. M. Niot. De la torsion du pédicule des kystes dermoïdes de l'ovaire droit. Diagnostic avec l'appendicite. — 659. M. Cellard. Curage du cancer de l'utérus inopérable. — 660. M. Zervoudes. De l'analgésie chirurgicale par la cocaïnisation, spécialement au point de vue de ses inconvénients. — 661. M. Mircousch. Du xanthome généralisé. — 662. M. Guihal. Contribution à l'étude de la grossesse triple. (Diagnostic, pronostic et conduite à tenir.) — 663. M. Laffitte. Cure radicale de la hernie inguinale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles de médecine. — *Reims.* — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 25 février 1902, un concours s'ouvrira le 10 novembre 1902 devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Guerre. — A la suite de mutations, les officiers du corps de santé des troupes coloniales dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Brossier, actuellement en congé à Nantes, désigné pour le 6e d'infanterie coloniale à Brest; — Carrière, maintenu au 7e d'infanterie coloniale; — Lairac, désigné pour le 6e d'infanterie coloniale, à Brest; — Tédeschi, désigné pour le 8e d'infanterie coloniale, à Toulon; — Dor, mis à la disposition de M. le général commandant supérieur des troupes de l'Afrique occidentale française pour servir dans le Haut-Sénégal et le Moyen-Niger.

MM. les médecins aides-majors de première classe Pélofi, affecté au service général de l'Indo-Chine, pour être attaché au consulat de Lang-Tchéou; — Munier, affecté au service général de l'Indo-Chine, pour être attaché au consulat d'Haïnan; — Le Clech, désigné pour le 10e d'infanterie coloniale au Tonkin.

MM. les médecins aides-majors de première classe stagiaires Vaillant, désigné pour servir au 2e tirailleurs tonkinois; — Cloître, affecté au service général de la Nouvelle-Calédonie; — Lacroix, placé hors cadres et mis à la disposition de M. le ministre des colonies pour remplir les fonctions de médecin du poste de N'Djolé, au Congo français; — Bruas, mis à la disposition de M. le général commandant en chef le corps d'occupation de Madagascar; — Kernéis, désigné pour le 10e d'infanterie coloniale, au Tonkin; — Rousseau, désigné pour le 1er tirailleurs sénégalais.

— Par décision ministérielle, du 25 février 1902, M. Thibault, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales, est mis à la disposition de M. le général commandant en chef le corps d'occupation de Madagascar.

VIe Congrès français de médecine de Toulouse. — Le VIe Congrès français de médecine doit se réunir à Toulouse, pendant les vacances de Pâques 1902, sous la présidence de M. le professeur Lemoine (de Lille).

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° *Insuffisance hépatique.* — Rapporteurs : MM. les professeurs Charrin (de Paris), Ducamp (de Montpellier), Ver Eecke (de Gand).

2° *Les convulsions chez l'enfant.* — Rapporteurs : MM. les professeurs Moussous (de Bordeaux), d'Espine (de Genève).

3° *Les médicaments d'épargne.* — Rapporteurs : MM. les professeurs Soulier (de Lyon), Henrijean (de Liège).

De plus, des séances seront réservées aux communications diverses présentées par MM. les membres du Congrès.

Les sujets des communications devront être remis avant le 10 mars, pour être compris dans les programmes et ordres du jour distribués avant la réunion du Congrès.

Les adhésions et demandes de renseignements peuvent être adressées à l'un des membres du bureau du Congrès, à Toulouse: MM. les docteurs Mossé, 36, rue du Taur; Caubet, 44, rue d'Alsace-Lorraine; Saint-Ange, 13, rue des Chapeliers; Parant, 17, allées de Garonne.

La cotisation est de 20 francs pour les membres titulaires (docteurs en médecine), et de 10 francs pour les membres associés (étudiants en médecine, dames et personnes non docteurs en médecine s'intéressant aux sciences médicales).

Les adhérents peuvent adresser dès maintenant leur cotisation ou bien, s'ils le préfèrent, M. le docteur Parant, trésorier, leur en fera présenter ultérieurement par la poste la quittance, augmentée des frais de recouvrement.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la huitième semaine, 1 313 décès.

La fièvre typhoïde a causé 22 décès; la rougeole, 13; la scarlatine, 2; la coqueluche 13; la variole 5; la diphtérie, 22.

La diarrhée infantile a causé 37 décès.

En outre, 24 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 291 décès.

En outre, 11 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 246 décès; la méningite tuberculeuse, 26; la méningite simple, 23; les tuberculoses autres que celles qui précèdent 21; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 66; les maladies organiques du cœur, 86; le cancer a fait périr 84 personnes. La hernie et l'obstruction intestinale ont causé 8 décès; la cirrhose du foie, 12; la néphrite, 37; enfin, 62 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Drappier, médecin-major en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Bar-le-Duc, à l'âge de soixante-dix-sept ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les grands symptômes neurasthéniques (pathogénie et traitement), par le docteur Maurice de Fleury. In-8° broché. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

Conférences pour l'internat des hôpitaux de Paris, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux. 30 fasc. gr. in-8° de chacun 48 p., illustrés de nombr. fig. dessinées par les auteurs. Fasc. V: *Le thorax.* — Prix de chaque fascicule : 1 franc. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 26. — MARDI 4 MARS 1902. 75e ANNÉE. MARDI 4 MARS 1902. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour six places de médecin.* — Soixante copies ont été remises pour le concours aux six places vacantes de médecin des hôpitaux. La question était : « Les péritonites dans la fièvre typhoïde. » Questions restées dans l'urne : « Péricardites purulentes ; Du cœur dans les néphrites. »

La lecture des copies a lieu à la Charité, les samedis, dimanches et lundis à huit heures et demie du matin, et les mardis à cinq heures du soir.

Concours de l'Internat. — NOTES OBTENUES. — *Anatomie.* — Séance du 25 février 1902. — MM. Morisetti, 11 + 12 = 23 ; Deglos, 8 + 10 = 18 ; Lutaud, 9 + 9 = 18 ; Juquelier, 7 + 10 = 17 ; Vicq, 8 + 9 = 17 ; Poisot, 5 + 11 = 16 ; Aubin, 8 + 6 = 14 ; Cailliau, 6 + 8 = 14 ; Boudet, 5 + 8 = 13 ; Mary, 6 + 7 = 13.

Séance du 27 février 1902. — MM. Muret, 8 + 12 = 20 ; Français (H.), 9 + 10 = 19 ; Labadie-Lagrave, 10 + 8 = 18 ; Perreaux, 7 + 9 = 16 ; Poupardin, 7 + 9 = 16 ; Renaud (J.), 8 + 8 = 16 ; Camus (Paul), 7 + 8 = 15 ; Devé, 6 + 9 = 15 ; Patry, 6 + 7 = 13 ; Pernot, 4 + 8 = 12.

Pathologie. — Séance du 26 février 1902. — MM. Sauvé, 13 + 11 = 24 ; de Lacombe, 10 + 10 = 20 ; Perpère, 9 + 10 = 19 ; Rivet, 9 + 7 = 16 ; Coutelas, 8 + 7 = 15 ; Gaillard, 8 + 7 = 15 ; Préciado, 6 + 8 = 14 ; Fruictier, 6 + 6 = 12 ; Billon, 5 + 5 = 10 ; Fabre (P.-J.), 4 + 4 = 8.

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — Le lundi 30 juin aura lieu un concours pour la nommination d'un accoucheur des hôpitaux.

La Société de neurologie de Paris tiendra sa prochaine séance, le jeudi 13 mars, à neuf heures du matin, 12, rue de Seine. — A onze heures, réunion du comité secret.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique : MM. les docteurs Artault (de Paris), Auger (de Bolbec), Bardet (d'Anet), Battesti (de Bastia), Bérillon (de Paris), Berton (de Triel), Binet du Jassoneix (de Meymac), Blé (de la Roche-sur-Yon), Boisson (de Sceaux), Bordo (de Chéragas, Alger), Bordone (de Frontignan), Breucq (de Bayonne), Bruyère (de Paris), Calmeille (de Cazals), Cambous (de Paris), Canu (d'Ardres), Caudron (de Paris), Coutrest (de Paris), Debrand (de Paris), Dejeanne (de Bagnères-de-Bigorre), Depautaine (de Gondrecourt), Desfilhes (de Bellenaves), Fouque (de Paris), Gautier (de Bazouges-la-Pérouze), Godet (des Sables-d'Olonne), Godinat (de Châteauroux), Godon (de Paris), Hoël (de Reims), Imbert (de Vendôme), Klein (de Paris), Lacaille (de Paris), Lafforgues (de la Tresne), de Langenhagen (de Plombières), Lenoir (de Paris), Lereboullet (de Paris), Lionet (de Dané-la-Fontaine), Lo-Lerat (de Nantes), Lerimy (de Coulommiers), Mangin-Bocquet, Manson et Marevéry (de Paris), Martin (de Chesne), Martin (de Constantine), Mercier et Meurisse (de Paris), Millet (de Noyon), Noël (de Noyer-Saint-Martin), Petitfour (de Brienne-le-Château), Pollet (de Douai), Purrey (de Constantine), Riche (de Jeumont), Robert (de Paris), Robin (de Reims), Schmutz (de Matha), Seguy (de Miliana, Alger), Simbat (de Bergerac), Stackler (de Paris), Thuau (de Baugé), Vaquier (de Villers-sur-Marne), Vollier (de Paris), Wemaere (de Wormhoudt), Yardin (de Laignes).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Allard (de Duclair), Amblard (de Condat-lès-Montboissier), Amourel (de Trun), d'Angelvin (de Paris), Armaing (d'Aureville), Aubert (de Mondovi), Audouin (de Bordeaux), Barat (de Saint-Antoine-sur-l'Isle), Barral (de Nîmes), Baude (de Douai), Béal (d'Ambert), Beltrami (de Paris), Bérard (de Longèves), Bernard (de Flavy-le-Martel), Berquet (de Calais), Berthault (de Sancerre), Berthomier (de Moulins), Bertrand (de Domène), Biétrix (de Concarneau), Blanc (de Lyon), Bloch (de Paris), Blois (de Saint-Denis), Bonnecaze (de Colombes), Bonneville (de Mazamet), Bos (de Lesparre), Boudon (de La Canourgue), Bouton (de Laverdure), Brandeis (de Bayonne), Braunberger (de Paris), Breitman (d'Herbault), Briand (de Lagorde), Broncquart (de Lumbres), Butruille (de Roubaix), Cacarrié (de Saint-Priest-la-Roche), Cadène (de Toulouse), Carbou (de Carcassonne), Castan (de Béziers), Casteret (de Toulouse), Castri (d'Ault), Canton (de Saint-Mihiel), Cénac (de Lombez), Chailloux (de Saint-Macaire-en-Mauges), Chapparre (de Saint-Fort), Charpentier (de Neuvy-sur-Loire), Chaudeborde (de Bordeaux), Chaumier (de Lyon), Chauvet (de Champagnolles), Chayron (de Villefranche-de-Longchapt), Chibret (d'Aurillac), Claudin (de Paris), Clozier (de Beauvais), Collet (de Noyers), Cotarmanach (de Saint-Meloir-des-Ondes), Coulom (de Sotteville-les-Rouen), Crépel (de Paris), Daniel (de la Seyne), Darteyre (de Saint-Amand-Tallende), Daspres (de Toulon), Debedat (de Bordeaux), Decouvelaere (d'Hazebrouck), Delmas (de Rieux-Minervois), Descouleurs (de Droué), Devis et Dorison (de Paris), Dubouag (d'Origne), Ducamp (de Saint-Loubès), Dupont (de Valmont), Dupouy (d'Augnax), Ermenge (de Paris). (*A suivre.*)

INFECTION PNEUMOCOCCIQUE GÉNÉRALISÉE

(ENDOCARDITE VÉGÉTANTE, MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE, INFARCTUS DU POUMON, DE LA RATE ET DU REIN) AYANT EU POUR POINT DE DÉPART UNE BRONCHO-PNEUMONIE DÉVELOPPÉE DANS UN POUMON ATTEINT DE SCLÉROSE PLEURO-PULMONAIRE ANCIENNE (1).

Par MM. MENETRIER,
Médecin de l'hôpital Tenon,
et AUBERTIN,
Interne des hôpitaux de Paris.

L'association d'endocardite infectieuse et de méningite cérébro-spinale est un fait fréquemment observé au cours des pneumococcies consécutives à des affections pulmonaires. L'observation suivante en est un nouvel exemple. Bien qu'elle présente quelques lacunes dans l'histoire clinique (le malade, entré pendant notre absence, n'a été soumis à notre observation que pendant la phase ultime de sa maladie, et nous n'avons eu que des renseignements incomplets sur la période initiale), elle est néanmoins intéressante en raison des lésions multiples présentées par le malade, et de l'évolution du processus infectieux en plusieurs étapes que nous avons pu reconstituer assez complètement par l'étude anatomique.

B..., Pierre, charretier, âgé de quarante-huit ans, entre le 12 septembre 1901 à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Menetrier, pour une affection pulmonaire aiguë, ayant débuté le 7 septembre, et constituée à ce moment par la présence de deux foyers soufflants aux deux bases, avec de la bronchite généralisée, une dyspnée très forte, une fièvre élevée, et un état général assez grave avec albuminurie, agitation très considérable.

On porta le diagnostic de broncho-pneumonie.

L'état général s'améliora, et la température descendit lentement, en lysis; mais la défervescence fut incomplète, l'apyrexie, toute relative, fut interrompue par des frissons avec ascensions thermiques assez élevées (39 degrés le 22, 39°7 le 26, 40°5 le 28).

Au moment où nous commençons à observer le malade (7 octobre) il est pâle, anémié, présentant des sueurs nocturnes, et un état général mauvais. Sa toux est encore aussi fréquente et son expectoration abondante et franchement purulente. Il se plaint enfin d'une douleur assez vive dans le côté droit.

L'examen montre à la base droite des signes de condensation pulmonaire avec souffle, gros râles humides et même gargouillement très net. Dans tout le reste de la poitrine, des signes diffus de bronchite. Les bruits du cœur sont masqués par le bruit respiratoire.

En présence de ces signes physiques, on discute l'hypothèse, soit d'une pleurésie purulente enkystée (interlobaire ou diaphragmatique), soit d'un abcès du poumon.

Le 9 octobre l'état général s'aggrave encore, la température monte à 39°7, les frissons se répètent, et le malade a quelques vomissements. Le 10, la température redescend à 37 degrés, mais le malade continue de vomir; le 11 elle remonte à 39 degrés, les vomissements persistent et la constipation s'établit : le malade accuse toujours une douleur très intense dans le flanc droit. Le 12, la température monte à 40°2, le malade présente une céphalée assez intense et des vertiges surtout accentués quand on l'assied sur son lit. Sa connaissance est conservée, cependant il est agité pendant toute la nuit et une partie de la journée. Il a de plus deux crises épileptiformes durant chacune dix minutes environ. Entre les crises le facies reste grimaçant, convulsé; par moments les muscles de la face semblent contracturés. Les deux pupilles sont en myosis assez accentué. Les vomissements persistent, la constipation est absolue, et il y a de l'incontinence d'urine. La langue est sèche, et les lèvres fuligineuses. La respiration est irrégulière, sans rythme de Cheyne-Stokes : les signes stéthoscopiques ne changent pas. Enfin le signe de Kernig existe très nettement : on ne peut asseoir le malade sur son lit sans qu'il fléchisse fortement la cuisse et la jambe, et si l'on presse sur les genoux pour étendre le membre inférieur, le tronc aussitôt retombe en arrière.

Le diagnostic de méningite étant porté d'une façon certaine, on donne au malade des bains chauds toutes les trois heures; ils sont suivis d'une amélioration apparente de l'état général, et d'un léger amendement des phénomènes cérébraux; le lendemain le malade est toujours contracturé, mais moins agité, cependant la température monte à 40°5.

Une ponction lombaire ramène quelques centimètres cubes d'un liquide louche qui présente, à l'examen histologique, de nombreux leucocytes dégénérés, et quelques rares globules rouges. Le pourcentage des différents leucocytes donne les chiffres suivants :

Polynucléaires	76,87	p. 100.
Mononucléaires et cellules endothéliales	22,71	—
Lymphocytes	0,04	—

On y trouve en plus quelques pneumocoques assez rares. Ce liquide est semé sur gélose, et inoculé à la souris.

L'examen des crachats montre l'absence du bacille de Koch et la présence du pneumocoque en assez grande abondance.

Le 14 octobre, la température monte à 40°5.

L'agitation a fait place à un abattement profond ; le malade est dans un état demi-comateux avec incontinence d'urine et constipation persistante; le myosis est encore plus intense ; il n'y a plus de crises épileptiformes, le signe de Kernig persiste. Le 15 le malade meurt dans le coma; quelques heures avant la mort, la température était de 41°8.

AUTOPSIE (17 octobre). — *Centres nerveux.* — La méningite est généralisée à tout l'axe cérébro-spinal, et suppurée en plusieurs points. Les méninges encéphaliques sont congestionnées d'une façon diffuse avec un œdème assez notable ; les petits vaisseaux de la pie-mère sont injectés. Il y a de plus de larges plaques d'exsudat purulent localisées au niveau de la scissure de Sylvius de chaque côté et à la face supérieure du cervelet. C'est un exsudat fibrino-purulent concret, épais, verdâtre et très adhérent, s'étendant sur plusieurs circonvolutions et s'infiltrant dans les sillons. En d'autres points de la surface cérébrale sont d'autres dépôts purulents moins épais et moins étendus.

La moelle est atteinte d'une manière plus massive et l'exsudat fibrino-purulent occupe toute sa portion dorsale et lombaire, en respectant complètement la moelle cervicale; il est strictement limité à sa face postérieure. Autour de la queue de cheval, le pus est plus liquide. La dure-mère est saine.

Cavité thoracique. — Le poumon droit adhère complètement à la paroi par du tissu fibreux très dense. Le lobe inférieur est transformé en un tissu œdémateux, grisâtre, mou, laissant écouler à la loupe un liquide grisâtre et trouble.

A sa partie moyenne, il renferme une cavité atteignant les dimensions d'une petite mandarine, remplie de pus et de débris nécrosés sans odeur de gangrène, limitée par une zone d'élimination festonnée et blanchâtre, et ayant les apparences d'un infarctus suppuré. Autour de cette cavité est une zone irrégulière de pneumonie grise gélatiniforme avec infiltration séro-purulente. Dans le reste du lobe sont trois noyaux de pneumonie grise suppurés, mais non ramollis, semblables à de petits infarctus suppurés. Le poumon

(1) Communication faite à la Société anatomique.

gauche présente quelques adhérences lâches et incomplètes. Au sommet sont quelques tubercules crétacés, il présente d'une façon diffuse de la congestion et de l'œdème louche.

Le péricarde est sain.

Le cœur présente son volume normal. Le myocarde est un peu flasque et mou, mais l'endocarde présente des lésions végétantes au niveau de ses deux valvules auriculo-ventriculaires. Du côté droit des caillots fibrineux sont adhérents aux cordages de la tricuspide. Une partie semble formée après la mort, mais de plus il existe contre le pilier un noyau irrégulier, gros comme un pois, jaunâtre, friable, veritable caillot blanc infectieux, paraissant manifestement formé *ante mortem*. Pas de lésions des valvules, ni des autres orifices.

Sur la grande valve de la mitrale est une végétation volumineuse, plus grosse qu'une noisette, rougeâtre, assez dure, friable, appendue sur la valve par une insertion large; sa surface extérieure est rougeâtre; elle ne présente pas d'ulcérations, mais porte des prolongements irréguliers et friables.

L'aorte et ses valvules sont saines.

Le foie est volumineux, très gras, sans infarctus. La vésicule contient une bile jaune clair.

La rate est grosse. Un gros infarctus récent, rouge au centre, blanc jaunâtre à la périphérie, en occupe presque la moitié.

Dans le reste de l'organe deux infarctus plus petits.

Le rein droit est gros et congestionné avec quelques petits points rougeâtres correspondant à des hémorragies sous-capsulaires.

Le rein gauche présente des infarctus microscopiques, et un plus considérable d'un diamètre de 1 centimètre.

L'estomac et l'intestin sont sains et ne présentent aucune suffussion hémorragique.

Examen bactériologique. — L'examen direct des crachats a montré la présence du pneumocoque associé à de nombreux microorganismes.

La ponction lombaire a montré, à l'examen direct, quelques diplocoques plus ou moins nettement encapsulés, d'ailleurs très peu nombreux et extra-cellulaires. La culture sur gélose a donné des colonies pures de pneumocoque encapsulé, soit en diplocoques, soit en chaînettes. L'inoculation de ce liquide à une souris blanche a amené la mort en trente-six heures; le pneumocoque a été retrouvé à l'état pur dans le sang, la rate et le péritoine de la souris.

Le pus du cerveau, du cervelet, de la moelle, le pus contenu dans l'abcès pulmonaire contenaient également de nombreux pneumocoques à l'examen direct.

Les frottis de la végétation endocardique de la mitrale ont montré également la présence du pneumocoque ainsi que la culture sur gélose, qui en a donné des colonies typiques.

Examen histologique.— Cerveau. — Coupes portant au niveau d'une plaque fibrino-purulente d'une des circonvolutions péri-sylviennes. L'exsudat purulent est *sous-pie-mérien* : il repose directement sur la surface du cerveau, et il est recouvert et bridé par une lame de tissu méningé constitué par la pie-mère unie à l'arachnoïde. Ce pus est formé moitié de polynucléaires, moitié de mononucléaires à petit noyau très coloré ou à gros noyau réticulé. Les coupes colorées à l'éosine montrent un réseau abondant de fibrilles de fibrine maintenant entre elles les cellules de l'exsudat; il y a une proportion assez forte de globules rouges, formant même de petites hémorragies en nappe à la surface de la substance nerveuse. Les coupes à la thionine permettent d'y constater l'existence de pneumocoques, en dehors des cellules.

L'exsudat pénètre dans la scissure; il forme une gaîne purulente autour des vaisseaux dilatés, sans altération de leur paroi.

La membrane pie-mérienne est épaissie et œdémateuse. Elle est infiltrée à sa face interne de cellules leucocytiques, beaucoup moins nombreuses à sa face externe. Ses cellules propres, plates ou étoilées, sont plus nettes que normalement, comme tuméfiées, mais sans indice de prolifération.

La substance nerveuse est remarquablement indemne au voisinage du foyer suppuratif qui la recouvre; il n'y a pas d'infiltration leucocytique, même superficielle. Les vaisseaux présentent cependant un petit manchon de cellules leucocytiques dans la gaîne lymphatique, qui s'arrête à peu de profondeur. Tous les vaisseaux qui pénètrent la substance nerveuse sont vides de sang, comme comprimés par l'exsudat.

Les cellules pyramidales sont normales, sans chromatolyse.

Quant à la substance blanche et aux fibres nerveuses, les procédés employés ne permettent pas de se rendre compte de leur état.

Moelle dorsale. — Au niveau de la moelle, la disposition de l'exsudat purulent est inverse de celle qu'on voit au cerveau. Au lieu d'être compris entre la substance nerveuse de la pie-mère, l'exsudat forme une nappe libre à la surface de celle-ci qui reste unie à la substance nerveuse, d'une façon intime et sans cavité interposée. La pie-mère est épaissie dans toute son étendue et infiltrée de pus à sa partie postérieure seulement : cette infiltration est très abondante dans ses couches superficielles, de plus en plus rare dans la protondeur, et cesse complètement au niveau de la substance nerveuse. Les racines postérieures baignent dans l'exsudat; elles ne présentent d'ailleurs aucune lésion.

Pas de lésions cellulaires dans la moelle.

Poumon. — Les coupes du poumon pratiquées en plusieurs points du lobe inférieur droit, soit en dehors de l'abcès, soit au niveau de ses parois, ont montré que cet abcès était constitué par un infarctus suppuré, nécrosé et éliminé. Elles ont de plus permis de reconstituer l'histoire de la maladie en montrant sur le même poumon trois ordres de lésions successives : une sclérose ancienne, une broncho-pneumonie et enfin un infarctus.

1° Sclérose pleuro-pulmonaire ancienne. La plèvre est considérablement épaissie, fibreuse, constituée par du tissu adulte parcouru par de nombreux vaisseaux. Le poumon est divisé en véritables lobules par l'épaississement fibreux du tissu périlobulaire et des espaces lymphatiques; à cet épaississement se joint une sclérose péribronchique très intense; enfin les parois alvéolaires elles-mêmes sont sclérosées et très épaisses.

Les bronchioles terminales sont dilatées, leur épithélium cylindrique a fait place à un épithélium à plusieurs couches, soit cylindrique, soit pavimenteux. Par places, on note des modifications encore plus profondes : un tissu de sclérose massive avec des vestiges de bronches reconnaissables à des fragments de cartilage presque complètement détruits.

2° Broncho-pneumonie suppurée, reconnaissable à une infiltration diffuse de cellules migratrices et dans les alvéoles et dans le tissu interstitiel. Il y a de véritables foyers suppurés microscopiques dans les cavités bronchiques dilatées avec infiltration s'étendant aux alvéoles voisins en nodule péribronchique.

3° Cavité formée par un infarctus, dont les parois présentent des zones nécrosées plus ou moins étendues. Dans cette zone nécrosée où l'on reconnaît encore les éléments constituants du parenchyme sclérosé antérieur (à certains endroits, la paroi de l'abcès est en effet constituée par du tissu fibreux adulte et ancien), parenchyme modifié et infiltré de cellules de pus, on trouve de place en place des vaisseaux thrombosés permettant d'affirmer que l'ischémie est d'origine vasculaire et le résultat d'un infarctus actuellement en grande partie éliminé.

Les coupes présentent d'ailleurs une grande variété d'as-

pect : les unes permettent de distinguer une zone d'élimination bien nette, les autres montrent un foyer nécrosé étendu avec vaisseaux thrombosés, d'autres enfin un tissu scléreux infiltré avec vestiges de bronches et débris de cartilages.

Le foie ne présente qu'une diapédèse intense, surtout marquée autour des espaces portes, de la congestion et quelques nodules infectieux situés en plein parenchyme hépatique. Les cellules elles-mêmes sont normales.

La rate présente une congestion sanguine très accentuée. L'infarctus est constitué par du tissu splénique nécrosé, entouré d'une zone d'élimination où sont accumulées des cellules migratrices en grand nombre.

L'infarctus du rein est constitué par du tissu nécrosé, sans globules rouges, coloré en masse par l'éosine, sans coloration des noyaux par l'hématéine. Tout autour est une zone de congestion non nécrosée, où règne une diapédèse intense qui forme une couronne autour de la partie nécrosée.

En d'autres points, le parenchyme est le siège d'une congestion intense avec de petites hémorragies visibles au microscope, et quelques nodules infectieux.

En résumé, nous trouvons là des lésions d'infection générale pneumococcique présentant les caractères typiques des altérations dues au microbe de Talamon-Frænkel, c'est-à-dire des exsudats fibrino-purulents, surtout constitués au point de vue cytologique par des polynucléaires, lésions qui se sont localisées surtout en deux points : au cœur, d'où les embolies septiques, et les infarctus viscéraux, septiques, mais non suppurés (sauf celui du poumon); aux méninges de tout l'axe cérébro-spinal, ainsi qu'il est de règle dans les méningites pneumococciques. L'association, et peut-être la subordination de ces deux lésions est habituelle, et de nombreux exemples en sont cités dans les mémoires de Netter sur l'endocardite et la méningite pneumococciques et dans la thèse de l'un de nous (1). Quant au poumon, son histoire anatomique est plus complexe, car on distingue trois ordres, et, disons-le tout de suite, trois étages de lésions : 1° une sclérose ancienne avec transformation complète du tissu pulmonaire, et destruction partielle de l'arbre bronchique, cause importante de stagnation et d'infection facile; 2° une broncho-pneumonie suppurative récente avec abcès péribronchiques; 3° dans ce poumon déjà malade, un infarctus ayant son origine dans la thrombose leucocytique du cœur droit due à l'infection sanguine, et ayant abouti à la suppuration.

Ce sont ces lésions pulmonaires, antérieures, contemporaines et postérieures à la broncho-pneumonie qui a été le point de départ de cette septicémie pneumococcique, qui nous permettent de reconstituer ainsi l'histoire clinique :

1° Une sclérose pleuro-pulmonaire ancienne, peut-être remontant à l'enfance, et non mentionnée dans les renseignements cliniques fournis.

2° Une affection aiguë du poumon qui évolua anatomiquement, du fait de la sclérose ancienne, non vers le type pneumonie, mais vers le type broncho-pneumonie. Car ainsi que l'un de nous l'a soutenu dans sa thèse, l'infection pneumococcique revêt cette forme dans le poumon d'adulte seulement quand il a été antérieurement modifié.

3° Enfin une infection pneumococcique sanguine à point de départ pulmonaire, d'où les altérations du cœur :

a. Thrombose leucocytique du cœur droit et infarctus pulmonaire terminé par abcès.

b. Endocardite végétante mitrale, d'où les infarctus du rein, de la rate, d'où peut-être la méningite terminale.

(1) Menetrier. *Grippe et pneumonie en 1886*, Th. de Paris, 1887.

TRAITEMENT ET ÉLEVAGE D'UN ENFANT

ATTEINT D'UNE ATROPHIE EXTRÊME D'ORIGINE GASTRO-INTESTINALE PAR L'EMPLOI EXCLUSIF ET MÉTHODIQUE DU LAIT STÉRILISÉ INDUSTRIELLEMENT.

Par M. G. Variot,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Le jeune enfant que j'ai l'honneur de présenter (1) à la Société des hôpitaux représente le type le plus avancé de l'atrophie, d'origine gastro-intestinale, que nous soyons parvenu à guérir à notre « goutte de lait » du dispensaire de Belleville, sans recourir au lait de femme, en maniant uniquement le lait stérilisé industriellement.

Ce petit garçon pesait, à onze mois, 8 livres 160 grammes, c'est-à-dire le poids de naissance des beaux nourrissons.

Il nous fut apporté avec ce poids, très amaigri, le teint pâle, ayant le facies que nous avons l'habitude de voir chez les athrepsiques de Parrot. Pour lui, pas plus que pour les autres atrophiques de la population pauvre du faubourg de Belleville, nous ne pouvions songer à la nourrice mercenaire qui est toujours dispendieuse ; nous étions obligé de renoncer au lait de femme que les parents ne pouvaient pas payer et réduit à tenter l'élevage avec le lait stérilisé. Nous avons réussi et nous sommes heureux de montrer maintenant cet enfant, âgé de vingt-huit mois, marchant seul, n'ayant pas de stigmates notables de rachitisme, malgré l'usage très prolongé du lait stérilisé et ayant des fonctions gastro-intestinales très actives et très régulières. Il est certainement d'une petite race, comme vous pouvez vous en assurer en regardant, par comparaison, sa petite sœur qui est maintenant âgée de quatre ans et très peu développée : à cet âge, il est probable que sa taille sera plus élevée que celle de sa sœur.

La mère est une femme du peuple, peu vigoureuse, dont les sommets sont suspects, qui tousse tous les mois et a été soumise à un traitement créosoté. Le père est imprimeur, a eu des coliques de plomb et n'est pas robuste.

Malgré toutes ces conditions défavorables, nous sommes arrivés, en conseillant la mère et en surveillant, chaque semaine, l'enfant plus de dix-sept mois, à le guérir de la gastro-entérite, fort ancienne, dont il souffrait, puis à le faire croître et à l'élever, en un mot. Pour obtenir ce résultat, ce n'était pas trop de la collaboration étroite de la mère et du médecin. Cette entente n'est possible que dans nos « gouttes de lait », où les nourrissons, recevant les soins quotidiens de leur mère, sont apportés, avec une grande régularité hebdomadairement, pour être pesés et examinés; les jours intercalaires, s'il survient quelque accident urgent, les mères consultent les médecins habituels du dispensaire, MM. Dufestel, Lazard, Roger, qui sont pour nous des collaborateurs aussi assidus que dévoués.

Je ne doute guère que, si cet enfant eût été mis en nourrice, dans le moment où il était si bas, il n'eût pas survécu ; l'affection et les soins maternels incessants sont seuls capables de triompher d'un pareil état morbide. Voici,

(1) Présentation à la Société médicale des hôpitaux, séance du 28 février 1902.

d'ailleurs, dans le détail, l'histoire clinique de cet enfant qui est surtout fixée par les variations de poids que nous reproduisons telles qu'elles sont inscrites sur la fiche spéciale du jeune Marius O... depuis qu'il fréquente la « Goutte de lait » du dispensaire de Belleville.

Marius O... est né le 30 octobre 1899; il était assez beau en naissant au dire de la mère ; il n'a jamais pris le sein, et jusqu'à onze mois, il n'a reçu que du lait de crémerie, à 5 sous le litre : aussi, il n'a pour ainsi dire jamais cessé d'avoir la diarrhée, jusqu'au 30 août 1900 où la mère nous l'apporte dans un état lamentable; il a tout à fait l'aspect de l'athrepsique de Parrot, comme je l'ai indiqué.

Pendant les deux premières semaines, nous ne donnons que de très faibles doses de lait stérilisé, coupées d'un tiers d'eau de riz ou d'eau bouillie. D'abord seulement 25 grammes de lait et 15 grammes par litre d'eau.

Lorsque, par cette demi-diète, nous avons rendu les selles moins fréquentes et mieux digérées, nous augmentons lentement et progressivement les quantités de lait à chaque tétée. Pendant quatre semaines, l'état reste presque stationnaire; le 12 octobre 1900, à l'âge d'un an, par conséquent, l'enfant ne pèse encore que 4^{k}250, moins de la moitié du poids normal d'un nourrisson de cet âge. Le 19 octobre, il pèse 4^{k}500, a gagné, dans sa semaine, 250 grammes et a percé sa première dent. Dès lors, il continue de s'accroître très lentement; à dix-sept mois, il ne pesait que 5 kilos. A ce moment, il prenait, à chaque tétée, 105 grammes de lait et 15 grammes d'eau, avec une cuillerée à café de sucre en poudre.

Ci-dessous la liste de tous les poids :

1900.	31 août.	4^{k}150	
	7 septembre.	4^{k}100	
	28 —	4^{k}300	
	5 octobre.	4^{k}150	
	12 —	4^{k}250	
	19 —	4^{k}500	
	26 —	4^{k}450	
	2 novembre.	4^{k}550	
	9 —	4^{k}700	
	28 —	4^{k}800	
	18 décembre.	4^{k}900	
1901.	8 janvier.	5^{k}	
	1er février.	5^{k}250	
	22 —	5^{k}400	
	8 mars.	5^{k}400	
	15 —	5^{k}550	
	22 —	5^{k}650	(120^{gr} de lait pur à ch. tétée).
	5 avril.	5^{k}950	
	19 —	5^{k}900	
	25 —	5^{k}900	
	7 mai.	5^{k}600	(grippe, laryngite).
	17 —	5^{k}670	
	22 —	5^{k}670	
	31 —	5^{k}620	
	7 juin.	5^{k}920	
	17 —	6^{k}050	
	21 —	6^{k}030	
	28 —	6^{k}100	
	5 juillet.	6^{k}150	
	12 —	6^{k}300	
	19 —	6^{k}350	
	26 —	6^{k}300	
	2 août.	6^{k}550	
	9 —	6^{k}800	
	23 —	6^{k}680	
	6 septembre.	6^{k}675	
	21 —	7^{k}120	
	28 —	7^{k}490	
	11 octobre.	7^{k}550	(13 dents).
	18 —	7^{k}720	
	25 —	7^{k}550	
	8 novembre.	8^{k}170	
	25 décembre.	8^{k}560	
1902.	3 janvier.	8^{k}370	
	10 —	8^{k}420	
	17 —	8^{k}500	
	25 —	8^{k}650	
	31 —	8^{k}920	
	7 février.	9^{k}350	
	14 —	9^{k}200	
	21 —	9^{k}400	

L'élevage de tels enfants atrophiques, qui se rapprochent beaucoup des vrais athrepsiques de Parrot, à l'aide du lait stérilisé est évidemment aléatoire. Nous atteignons la limite extrême de la curabilité de l'état atrophique, sans l'usage du lait de femme qui est la ressource suprême en pareil cas, mais qui n'est malheureusement pas à portée de toutes les bourses. — A cet égard, la question de l'allaitement a un côté social qui mérite toute l'attention des médecins qui sont les conseillers naturels des mères pour l'hygiène infantile. Il est capital que l'on sache bien dorénavant que les enfants atrophiques à la suite de troubles gastro-intestinaux peuvent être guéris et élevés par l'emploi méthodique du lait stérilisé. Il y a une dizaine d'années tous ces enfants des faubourgs ayant perdu 1/3 ou 1/4 de leur poids normal s'acheminaient doucement vers l'athrepsie vraie de Parrot et succombaient dans le marasme.

Nous pensions alors que la nourrice mercenaire, que le lait de femme était indispensable pour relever ces nourrissons retardés dont la nutrition était si profondément troublée.

Dès 1898, je faisais part à notre Société de mes essais heureux dans cette direction et le *Bulletin* du 17 novembre contient ma première communication appuyée déjà sur un assez grand nombre de cas; je demandais à reprendre le terme d'*atrophie* infantile, très usuel à l'étranger, mais inconnu en France, pour qualifier les enfants retardés dans leur développement par suite de troubles gastro-intestinaux. Je montrais que ce terme était plus souple que le mot *athrepsie* créé par Parrot, et se prêtait à la distinction de degrés que l'on pouvait apprécier exactement par la balance. J'allais même jusqu'à parler d'atrophies de 1/4, de 1/3, de 1/2 pour indiquer qu'il manquait à ces enfants 1/4, 1/3 ou même la moitié du poids normal qu'ils auraient dû gagner à leurs âges respectifs. L'athrepsie de Parrot était naturellement le degré extrême de l'atrophie; les nourrissons athrepsiques avaient perdu la moitié et même plus de leur poids normal, et étaient presque toujours incurables à cause des lésions profondes et généralisées du tractus digestif et des glandes annexes.

M. Battino (de Corfou) avait étudié avec moi les courbes des enfants atrophiques que nous sauvegardons et que nous élevons au lait stérilisé.

M. Ignard, dans sa thèse inaugurable sur le « Traitement

de l'atrophie infantile par le lait stérilisé », 1899, relatait un grand nombre de cas où notre mode d'élevage avait été heureux ; il reproduisait dans son consciencieux travail un grand nombre de nos fiches du dispensaire de Belleville, avec toute la série des poids ascensionnels des enfants.

Depuis lors, nous avons vérifié et contrôlé les effets avantageux du lait stérilisé industriellement pour faire croître les atrophiques sur plus de 500 nourrissons. Chaque année, nous faisons distribuer à prix réduit environ 50000 litres de lait, ce qui fait près de 300000 litres en six années. Il est bien vraisemblable que la « Goutte de lait de Belleville » sauvegarde la vie chaque année à une centaine d'enfants qui nous sont apportés atrophiques par les mères, après un séjour plus ou moins prolongé chez des éleveuses mercenaires, ou dans des crèches parisiennes. Ces nourrissons, abandonnés à eux-mêmes, continuant à recevoir du lait de crémerie ou de porte-cochère, deviendraient fatalement athrepsiques et succomberaient.

Nous avons eu aussi la satisfaction de voir se fonder à Paris d'autres « Gouttes de lait médicales » sur le modèle de celle de Belleville, pour soigner, surveiller et élever les enfants atrophiques trop nombreux dans la population parisienne pauvre.

Le docteur Bresset, depuis quatre ans, a installé, dans le dispensaire de la rue Oudinot, une distribution de lait stérilisé industriellement où il manie le même lait que nous. Ce médecin distingué dirige sa « Goutte de lait » avec une rare conscience, et il a obtenu des résultats excellents sur des enfants atrophiques avancés. J'ai reproduit ailleurs (1) six courbes d'enfants atrophiques guéris et élevés par M. Bresset; la constance des résultats obtenus dans des milieux divers, montre que notre méthode est bien définitive.

D'autre part, le docteur Raimondi a installé une Goutte de lait à Montmartre, et il a obtenu les mêmes succès que M. Bresset comme j'ai pu m'en convaincre d'après des fiches assez nombreuses qui m'ont été montrées.

Je crois devoir rappeler brièvement ce que je disais en 1898, au sujet du scorbut infantile, à propos de la communication de notre collègue M. Netter. Nous n'avons jamais vu de maladie de Barlow, en employant le lait stérilisé pur ordinaire pour élever les enfants.

D'après le relevé fait par mon élève M. Paugam dans sa thèse inaugurale « Sur la maladie de Barlow en France », Paris 1901, il paraît bien établi que le lait maternisé est presque toujours en cause dans le scorbut infantile; les modifications du lait, centrifugations, additions de lactose, etc., ne paraissent pas sans inconvénients.

J'en dirai autant du rachitisme proprement dit. On a avancé que tous les nourrissons élevés au lait stérilisé étaient plus ou moins rachitiques. Cette assertion est inexacte. Lorsque le lait stérilisé est bien manié, lorsque les enfants ne sont pas suralimentés, lorsqu'ils ne prennent pas trop de *farine lactée*, de panades, de soupes, d'aliments ordinaires préparés pour la table commune, ils ne sont pas rachitiques; il est impossible de découvrir sur leur squelette le moindre stigmate de cette maladie. Le rachitisme, à part quelques exceptions chez des nourrissons nés de parents débiles, élevés aussi bien au sein qu'au biberon, le rachitisme, dis-je, est une maladie d'alimentation et non d'allaitement. J'ai vu et examiné un très grand nombre d'enfants allaités au lait stérilisé industriellement dans la classe aisée, sans constater la moindre déformation osseuse, ni dans les épiphyses, ni dans la jonction des cartilages et des côtes. Dans nos Gouttes de lait, nous trouvons assez souvent des nourrissons légèrement rachitiques, particulièrement au commencement de la deuxième année, soit qu'ils nous aient été apportés déjà rachitiques, soit que, malgré nos conseils, ils aient été suralimentés et aient reçu trop tôt, avant l'éruption dentaire, des bouillies farineuses.

D'ailleurs nous voyons aussi dans le cours de la deuxième année des stigmates de rachitisme sur un bon nombre d'enfants élevés entièrement au sein jusqu'à dix mois, un an, mais ne recevant plus de lait à partir du sevrage, et nourris à la table commune: « Ils mangent comme nous, » disent les mères, et ils deviennent dyspeptiques et un peu rachitiques, malgré l'allaitement exclusif au sein durant une année. Qu'on me permette d'ajouter que, pour élucider tous ces délicats problèmes relatifs à l'allaitement dans ses rapports avec le rachitisme, il faut avoir un champ d'étude, une méthode d'observation, un grand nombre de nourrissons que l'on connaisse, que l'on suive, que l'on surveille exactement. Les enquêtes rétrospectives sont toujours difficiles avec les mères et les nourrices quand il s'agit d'éclaircir la cause d'un accident, ou une maladie. Comme il est plus aisé, sur 100 à 150 nourrissons que l'on inspecte hebdomadairement, de se former des idées solides sur la valeur nutritive du lait que l'on manie, sur ses avantages et ses inconvénients!

Grâce à l'initiative de M. Budin, qui a installé le prototype des consultations de nourrissons à la maternité de la Charité en 1892, nous avons désormais un champ d'étude et une méthode absolument scientifique pour faire progresser l'allaitement. Ce n'est ni à l'hôpital, où les enfants ne séjournent que peu, ni dans les crèches où ils reçoivent des soins défectueux, que les problèmes de l'allaitement doivent être étudiés: c'est dans les consultations de nourrissons, dans les Gouttes de lait où les enfants sont laissés aux soins de leur mère et surveillés régulièrement par le médecin.

M. Budin, ainsi que les accoucheurs qui l'ont suivi dans la voie féconde qu'il a ouverte, ne conserve dans sa Goutte de lait que des nourrissons normaux, nés dans son service, dont il a toujours dirigé les mères et qui n'ont jamais échappé à sa surveillance. Il continue à manier le lait importé frais à Paris et stérilisé en petites bouteilles dans des appareils du type Soxhlet.

Peut-être avons-nous fait un pas en avant, mes collaborateurs et moi, ainsi que MM. Bresset et Raimondi, en appliquant aux nourrissons atrophiques la méthode inaugurée par MM. Budin et Chavane pour les enfants sains et normaux. Dans nos Gouttes de lait médicales, nous manions le lait stérilisé industriellement en province parce qu'il nous présente plus de garanties que le lait transporté frais à Paris, qui, pendant son adduction, peut être fermenté et frelaté de tant de manières. Dans un hôpital, on peut à la rigueur analyser chaque matin le lait et le soumettre à une stérilisation assez longue et dispendieuse à cause du lavage des petits flacons, etc. Dans un dispensaire, où les ressources sont limitées, un tel *modus faciendi* serait impossible.

D'ailleurs avons-nous lieu de le regretter? En 1900, au Congrès de pédiatrie, nous avons cherché à établir dans un rapport spécial que le lait stérilisé industriellement présentait plus de garanties de pureté à Paris que le lait frais et

(1) Voir *Revue scientifique*, 22 février 1902 : L'élevage des enfants atrophiques.

qu'on devait lui donner la préférence dans les grands centres de population pour l'allaitement artificiel.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(28 FÉVRIER 1902)

La très intéressante communication de M. G. Variot sur l'**emploi du lait stérilisé dans l'athrepsie** se trouvant *in extenso* plus haut (voir page 249, 2e col.), nous insisterons un peu plus longuement sur le travail de M. Béclère ayant trait à l'**examen radioscopique des plèvres interlobaires et au diagnostic de la sclérose de l'interlobe**. Dès l'abord, M. Béclère insiste sur la nécessité, quand on explore le thorax à l'aide des rayons de Röntgen, de donner le pas à l'examen radioscopique sur la radiographie et de toujours commencer l'exploration par ce mode d'examen alors même qu'on se propose de demander à la radiographie une image durable des organes intra-thoraciques. S'il est nécessaire de toujours débuter, dans la radio-exploration du thorax, par l'emploi de l'écran fluorescent, en voici les deux principales raisons :

C'est un privilège inappréciable, réservé seulement à l'écran, de déceler les mouvements invisibles qui se répètent sans trêve à l'intérieur de la cavité thoracique, sous le voile de ses parois. Les images mouvantes qu'il présente reproduisent, sous les yeux de l'observateur, la descente et l'ascension alternées du diaphragme dans les changements de courbure de ce muscle, le jeu des côtes, l'expansion et le retrait des poumons, la systole et la diastole du cœur, les pulsations rythmiques de l'aorte et jusqu'aux passagères ampliations de l'oreillette droite pendant l'inspiration, sans parler du cheminement des corps opaques déglutis, le long du canal œsophagien. L'écran, seul, révèle à l'état pathologique les troubles des fonctions de l'œsophage et les contractures antipéristaltiques au-dessus d'un rétrécissement, la mobilité des corps étrangers accidentellement introduits dans les bronches, les changements survenus dans l'élasticité comparée du parenchyme des deux poumons, les oscillations des collections liquides à l'intérieur de la cavité pleurale, les déplacements du médiastin liés à la respiration, les troubles des mouvements des côtes et du diaphragme, et la différence dans les contractions des deux moitiés de ce muscle. En un mot, l'écran fluorescent, avec ses ombres mobiles, représente la vie; il permet d'étudier la physiologie des organes en pleine activité, tandis que les images figées sur les épreuves radiographiques ont une immobilité de mort et ne figurent plus, pour ainsi dire, que des pièces anatomiques. Il est donc évident que l'écran donne au médecin toute une somme de notions de la plus haute valeur pour le diagnostic, qu'il ne peut pas demander à la radiographie.

La seconde raison n'a guère moins d'importance que la première : c'est la multiplicité des images diverses, capables de se compléter et de se corriger mutuellement qui, pendant l'exploration d'un même thorax, peuvent se succéder sur l'écran en quelques instants. Un examen radioscopique du thorax n'est complet que s'il fait voir toute la série de ces images. On les obtient en faisant varier les positions relatives de l'ampoule radiogène, du sujet examiné et de l'écran fluorescent.

Pour atteindre ce but, on a le choix entre plusieurs dispositifs. Sans décrire avec détails celui qu'emploie M. Béclère habituellement, on peut rappeler que le sujet examiné le plus souvent debout ou assis, exceptionnellement couché, peut se mouvoir entre deux plans parallèles, constitués l'un par l'écran fluorescent, l'autre par un cadre rectangulaire, à l'intérieur duquel l'ampoule est mobile en tous sens. Dans ces conditions, si l'on fait tourner autour de son axe vertical le malade debout, ou si l'on fait tourner le siège à pivot sur lequel il est assis, on fait varier la direction générale des rayons de Röntgen au travers du corps et suivant qu'ils pénètrent le thorax directement d'avant en arrière ou d'arrière en avant, transversalement de droite à gauche ou de gauche à droite, obliquement enfin dans les nombreux diamètres intermédiaires, on obtient sur l'écran toute une série d'images très différentes.

M. Béclère a utilisé ces notions pour l'examen clinique d'une femme de soixante-sept ans, alteinte de phtisie chronique fibreuse. Or, chez cette femme, on ne voit pas autre chose, sur l'écran simplement appliqué contre le dos ou contre le sternum, dans la position de l'ampoule à hauteur moyenne, qu'une diminution de la clarté des deux images pulmonaires à leur sommet, tandis que l'image pulmonaire droite, dans certaines positions respectives de la malade, de l'ampoule et de l'écran, apparaît très nettement divisée en deux étages par une étroite bande sombre. Des considérations géométriques très simples sur la marche des rayons au travers du thorax et sur la projection des ombres permettent de rapporter cette bande à un épaississement fibreux de la cloison pleurale interlobaire.

Une série d'épreuves radiographiques reproduit les diverses images observées sur l'écran, mais la lésion serait certainement passée inaperçue si la malade avait été tout d'abord radiographiée dans les conditions habituelles.

La technique spéciale et le raisonnement qui ont permis de reconnaître un cas de sclérose pleurale interlobaire, devront désormais servir à l'exploration méthodique de l'interlobe. Ce n'est pas seulement l'épaississement fibreux des feuillets pleuraux qui le limitent, ce sont les collections liquides séreuses ou purulentes enfermées dans sa cavité, ce sont les lésions congestives, œdémateuses ou inflammatoires du tissu pulmonaire avoisinant, limitées à la base des lobes supérieurs qui pourront, à l'avenir, être plus sûrement diagnostiquées, à mesure que les images radioscopiques correspondantes seront mieux recherchées et plus exactement interprétées.

M. Gaucher a préparé avec MM. Lextrait et Gaudellon un nouveau sel soluble de mercure : le **lactate neutre de mercure**. Cette préparation peut être facilement ingérée, en solution au millième, à raison de quatre cuillerées à café par jour. Elle est absolument sans goût.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement médicamenteux de la chorée de Sydenham.

Par M. L. Babonneix,
Interne à l'hôpital des Enfants-Malades.

De la série innombrable des médicaments proposés contre la chorée, la pratique journalière n'a retenu que ceux qui ont véritablement fait leurs preuves : ce sont l'antipyrine, l'arsenic, le tartre stibié, l'opium, le chloral et les bromures.

Introduite en thérapeutique infantile par Wollner et Legroux, l'*antipyrine* est considérée actuellement comme le meilleur remède à opposer aux chorées simples. On l'administre généralement en potion, comme dans les formules suivantes de M. Comby :

I. Antipyrine .... 10 grammes.
Sirop simple .... 190 —
Alcoolat de menthe .... 1 —

II. Antipyrine .... 10 grammes.
Extrait de réglisse .... } *ââ* 15 —
Glycérine .... }
Eau distillée .... Q. s. p. 150 cent. cubes.

Une cuillerée à bouche de chacune de ces deux potions contient exactement un gramme de substance active (1).

La façon de donner l'antipyrine, comme d'ailleurs les autres médicaments de la chorée, consiste à prescrire, dès le premier jour, une dose forte que l'on augmentera progressivement tous les jours. On peut hardiment (si les reins sont sains) commencer, chez un enfant de six à huit ans, par 3 grammes d'antipyrine, et monter les jours suivants à 4 et 5 grammes; chez un enfant de plus de huit ans, des doses journalières de 5 à 6 grammes ne sont pas exagérées, mais elles ne doivent pas être dépassées, sous peine de n'être plus tolérées. Lorsque ces doses sont donnée depuis quelques temps, la chorée s'améliore et disparaît même complètement. Il est prudent, dès que l'on constate une amélioration, de ne pas cesser brusque-ment l'antipyrine, mais d'en prolonger encore l'usage, en diminuant les doses, jusqu'au delà de la guérison totale.

L'antipyrine est d'habitude bien supportée, ce qu'explique l'intégrité des émonctoires chez l'enfant. Parfois, cependant, elle provoque quelques accidents : exanthèmes cutanés, troubles digestifs (surtout des vomissements), complications rénales : oligurie, rétention d'urine. Ces accidents sont rares, et, le plus souvent, l'antipyrine guérit rapidement et sans aucun à coup les chorées infantiles : aussi faut-il l'employer systématiquement dans tous les cas, en proportionnant les doses à l'âge du malade et à la gravité de la maladie.

Après bien des vicissitudes, l'*arsenic* et ses dérivés sont considérés aujourd'hui comme un des plus puissants modificateurs de la chorée. A l'arséniate de soude, employé par Gillette, Cadet de Gassicourt, etc., à la liqueur de Fowler, en potion ou en injections sous-cutanées (2), aux composés organo-métalliques sur lesquels M. Gautier vient encore de rappeler l'attention, on préfère aujourd'hui la liqueur de Boudin, solution aqueuse d'acide arsénieux au millième; la liqueur de Boudin est facile à doser puisqu'elle contient par gramme un milligramme d'acide arsénieux.

Pour administrer l'arsenic de cette façon, on commence par donner, à un enfant de six à huit ans, par exemple, quatre grammes de cette liqueur le premier jour. Cette quantité sera augmentée de 2 grammes tous les jours et portée rapidement jusqu'à l'apparition des phénomènes d'intolérance. Les auteurs recommandent soit de diluer la liqueur dans un julep gommeux de 120 grammes et d'administrer régulièrement la potion toutes les deux heures ou toutes les heures, soit de l'additionner de lait, qui modère les réactions gastriques, ou encore de la donner au moment des repas. Quoi qu'il en soit, lorsqu'on est arrivé à la limite de la tolérance (généralement 25 à 30 grammes), des accidents d'intoxication arsenicale apparaissent : le petit malade accuse des douleurs abdominales, des fourmillements généralisés, de la sécheresse de la bouche et de la gorge; il vomit et présente même quelquefois une parésie plus ou moins nette du côté des membres. Mais, en même temps, les mouvements choréiques diminuent d'intensité, le calme et le sommeil reparaissent, et, si l'on a soin de diminuer progressivement les doses et de les continuer encore pendant quelques jours, la guérison ne tarde pas à survenir. Dans le cas de rechute, il n'y a qu'à reprendre le même traitement.

(1) Voyez HUBRECHT. *L'antipyrine dans la chorée de Sydenham*, Th. de Paris, 1895.

(2) GARIN. Th. de Lyon, 1879.

Quels sont les résultats de la médication arsenicale (1)? Le plus souvent, en même temps que l'on note l'apparition des phénomènes d'intolérance, la chorée diminue d'intensité et évolue vers la guérison. Quelquefois celle-ci est retardée par une complication d'ordre toxique, paralysie des membres (Lancereaux), vomissements répétés, etc. D'autres fois encore, la chorée résiste à la médication arsenicale et l'on est obligé de recourir à une autre thérapeutique.

C'est pour ces cas graves et rebelles que Laënnec, Gillette et Bonfils (2), Cadet de Gassicourt, etc., ont proposé l'emploi de l'*émétique*. Gillette donnait ce médicament par séries de trois jours, séries espacées de cinq à six jours. Dans la première série, on donne :

Vingt	centigrammes	d'émétique	le premier jour.
Trente	—	—	le deuxième —
Quarante	—	—	le troisième —

Puis on attend quelques jours. La chorée est-elle jugulée, on s'arrête; sinon, on passe à la seconde série, dans laquelle on donne :

Quarante	centigrammes	d'émétique	le premier jour.
Cinquante	—	—	le deuxième —
Soixante	—	—	le troisième —

Quelquefois ces deux séries suffisent, sinon on passe à la troisième en donnant :

Cinquante	centigrammes	d'émétique	le premier jour.
Soixante	—	—	le deuxième —
Soixante-dix	—	—	le troisième —

Au bout de ces trois séries, il est prudent de s'arrêter pendant une semaine au moins, après quoi on peut recommencer comme avant, en employant même des doses plus élevées.

Gillette ne craignait pas, chez des enfants de huit à dix ans, d'atteindre les doses véritablement colossales de 1 gramme d'émétique à la fin de la troisième série : il est prudent de rester fort en deçà de ces chiffres et de ne pas dépasser les doses déjà fort honnêtes de 50, 60, 70 centigrammes *pro die*.

Cette méthode jugule souvent les chorées les plus rebelles : quelquefois aussi elle échoue, probablement parce que le médicament passe comme un corps étranger à travers le tube digestif et n'est même pas partiellement absorbé (Cadet de Gassicourt). D'autres fois, elle donne les accidents graves du choléra stibié ou provoque une dépression exagérée de la tension artérielle : aussi est-elle contre-indiquée dans tous les cas où le tube digestif n'est pas absolument intact et dans ceux où le système cardio-vasculaire est déjà en état de faiblesse manifeste. En somme, la médication stibiée doit toujours rester une méthode d'exception.

Le *chloral*, associé ou non aux bromures, a été recommandé par MM. Joffroy, Cadet de Gassicourt, etc. Il est administré par le premier de ces auteurs de la façon suivante : au-dessus de dix ans, on donne 4 grammes de chloral en trois prises administrées après les repas, 1 gramme le matin à sept heures, 1 gramme vers midi, et 2 grammes le soir vers six heures. On continue ainsi jusqu'à guérison. Le véhicule employé est de la gelée de groseille et la solution est telle qu'elle contient 1 gramme de chloral environ par cuillerée à bouche (3).

Le chloral donne souvent de merveilleux résultats, mais il peut, soit être vomi par le malade, soit être absorbé, mais ne déterminer aucune amélioration (4); comme le dit si bien

(1) Voir, pour plus de détails, la thèse de del Pozo, Paris 1898.

(2) Th. de Paris, 1858.

(3) CHANGEUX. Th. de Paris, 1895.

(4) CADET DE GASSICOURT. *Cliniques*, t. II, p. 283,

Cadet de Gassicourt, « le chloral est peut-être le plus héroïque des calmants, mais il n'est ni unique ni infaillible. » De plus, cette substance exerce une forte action dépressive sur le cœur : aussi Bouchut la proscrit-il d'une façon absolue chez tous les cardiaques. Ces réserves faites, le chloral est un médicament précieux dont il faut savoir user dans les cas très graves, qui menacent rapidement la vie.

On peut d'ailleurs, dans ces cas, le remplacer au bout de quelques jours par les bromures : « ils maintiennent et accentuent aussi le calme produit par un agent plus prompt et leur vrai rôle semble être de continuer l'action du chloral » (Cadet de Gassicourt).

Enfin l'*opium* reste le remède de choix dans les cas désespérés. Il est indispensable, pour provoquer une amélioration, de le donner à doses extrêmement élevées, et tout le monde a présente à la mémoire l'observation de Trousseau où l'on était arrivé à donner plus d'un gramme de morphine par jour. L'opium est souvent dangereux, en particulier chez les enfants; il peut aussi échouer. On lui substituera donc, suivant les cas, le chloral, l'antipyrine, l'arsenic, l'émétique, etc., mais toujours à doses élevées. Car, et ce sera notre conclusion, il faut savoir être éclectique dans le traitement de la chorée et ne pas hésiter à modifier la thérapeutique, si le premier médicament employé a échoué. Il faut aussi, dans tous les cas, arriver aux limites de l'intoxication, substituer pour ainsi dire à l'intoxication choréique une intoxication médicamenteuse.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de microbie (1) : *Technique et microbes pathogènes*, par M. L.-H. Thoinot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et M. E.-J. Masselin, médecin vétérinaire.

Le *Précis de microbie* est arrivé à sa quatrième édition. La faveur que cet ouvrage a rencontrée jusqu'ici auprès des étudiants et du public médical est certainement acquise à cette nouvelle édition, qui a été remaniée complètement, et pour laquelle ont été mises à profit les récentes découvertes microbiologiques.

Le cadre est resté le même que dans les éditions précédentes, et les auteurs ont tenu encore à se borner aux notions élémentaires et pratiques qui s'apprennent au laboratoire et qui sont aujourd'hui indispensables à tout médecin ou vétérinaire, mais le livre a subi une refonte presque complète : on trouvera dans la première partie, en particulier, une technique absolument nouvelle de la culture des anaérobies et des colorations microbiennes.

La deuxième partie a reçu des additions importantes, telles que le chapitre des pasteurelloses, des piroplasmoses, des levures pathogènes, des trypanosomes, etc.

Le Précis s'est, en outre, enrichi de nouvelles figures en grand nombre : les appareils de laboratoire ont été dessinés d'après nature; les cultures et préparations appartiennent aux collections de l'Institut Pasteur.

Sous cette nouvelle forme, le *Précis de microbie* continuera à rendre, aussi bien à l'étudiant au laboratoire qu'au praticien curieux de se tenir au courant, les services qui lui ont valu la vogue dont il a joui jusqu'à présent.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 10 au 15 mars 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 10 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Reclus et Rieffel.

(1) 4e édit., revue et augmentée. In-16 diamant avec 210 fig. dont 20 en coul., cart. toile souple. — Prix : 8 francs. — Paris, Masson et Cie.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Pasteur* : MM. Lannelongue, Poirier et Lepage; — (ancien régime), *Salle Richet* : MM. Jalaguier, Wallich et Cunéo; — M. Rémy, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Broca (Aug.) et Walther; — (2e série) : MM. Terrier, Delens et Gosset; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Bezançon; — M. Legueu, suppléant.

MARDI 11 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Thiéry et Rieffel.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Hanriot et Launois.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Salle Pasteur* : MM. Le Dentu, Schwartz et Demelin; — (nouveau régime), *Salle Richet* : MM. de Lapersonne, Remy et Bonnaire; — (2e partie, ancien régime), *Salle Vulpian* : MM. Dieulafoy, Dupré et Renon; — M. Thoinot, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Pozzi, et Faure; — (2e partie, 1re série) : MM. Gilbert, Charrin et Vaquez; — (2e série) : MM. Raymond, Méry et Achard; — M. Jeanselme, suppléant.

MERCREDI 12 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Mauclaire, Poirier et Cunéo.

3e (1re partie, ancien régime) : MM. Reclus, Walther et Potocki; — (nouveau régime) : MM. Delens, Lepage et Rieffel; — (oral, 2e partie, nouveau régime) : MM. Fournier, Brissaud et Wurtz.

4e (ancien régime) : MM. Pouchet, Netter et Widal; — M. Desgrez, suppléant.

JEUDI 13 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Auvray et Rieffel.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Achard et Mery.

2e : MM. Gley, Launois et Desgrez.

3e (oral, nouveau régime, 2e partie) : MM. Cornil, Hutinel et Thiroloix; — (1re partie, ancien régime, 1re série) : MM. Berger, Thiéry et Potocki; — (2e série) : MM. Schwartz, Marion et Demelin.

4e (ancien régime) : MM. Brouardel, Proust et Chassevant; — M. Retterer, suppléant.

VENDREDI 14 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Legueu et Rieffel.

4e (nouveau régime), *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Wurtz et Thoinot; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Kirmisson, Mauclaire et Gosset; — (2e partie) : MM. Landouzy, Teissier et Legry; — M. Gaucher, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich.

SAMEDI 15 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Quenu et Rieffel.

3e (2e partie, ancien régime) : MM. Chantemesse, G. Ballet et Launois.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Salle Thouret* : MM. Marion, Bonnaire et Faure; — M. Langlois, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Potocki et Demelin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 27. — JEUDI 6 MARS 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 6 MARS 1902. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — NOTES OBTENUES. — *Anatomie.* — Séance du 28 février 1902. — MM. Ertzbischoff, 9 + 11 = 20 ; Saillant, 10 + 10 = 20 ; Masson (Albert), 8 + 10 = 18 ; Sautelet, 8 + 8 = 16 ; Le Jemtel, 6 + 9 = 15 ; de Fourmestraux, 6 + 8 = 14 ; Lemaistre, 6 + 7 = 13.

Séance du 1er mars 1902. — MM. Beaufumé, 11 + 11 = 22 ; Autefage, 10 + 10 = 20 ; Renaud (M.), 9 + 9 = 18 ; Jouhaud, 7 + 10 = 17 ; Levassort, 7 + 8 = 15 ; Lévy-Franckel, 5 + 10 = 15 ; Carlotti, 5 + 9 = 14 ; Fournier, 6 + 7 = 13 ; Houzel, 5 + 6 = 11 ; Privat de Fortunié, 5 + 6 = 11.

Séance du 3 mars 1902. — MM. Wicart, 8 + 12 = 20 ; Chartier, 9 + 10 = 19 ; Bailleul, 10 + 8 = 18 ; Delion, 9 + 8 = 17 ; Debidour, 6 + 9 = 15 ; Hérisson, 9 + 6 = 15.

Pathologie. — Séance du 28 février 1902. — MM. Darcanne, 9 + 10 = 19 ; Gourmand, 9 + 10 = 19 ; Picot, 9 + 9 = 18 ; Caeys, 8 + 7 = 15 ; Clément, 9 + 6 = 15 ; Monod (Oct.), 8 + 7 = 15 ; Chirié, 8 + 6 = 14 ; Galezowski, 8 + 6 = 14 ; David (Ch.), 7 + 6 = 13 ; Troller, 7 + 6 = 13.

Séance du 3 mars 1902. — MM. Blondin, 11 + 9 = 20 ; Foisy, 10 + 9 = 19 ; Viteman, 9 + 10 = 19 ; Français (Ray.), 9 + 9 = 18 ; Tixier, 9 + 9 = 18 ; Heller, 9 + 8 = 17 ; Gachet, 9 + 6 = 15 ; Kauffmann, 8 + 7 = 15 ; Blanluet, 7 + 7 = 14 ; Durozoy, 7 + 7 = 14.

— Un concours pour la nomination à deux places d'assistant titulaire et à deux places d'assistant adjoint des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Paris pour entrer en fonctions le 1er juillet 1902 sera ouvert le lundi 2 juin 1902, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

Les candidats seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, du jeudi 1er mai au jeudi 15 du même mois inclusivement.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique : MM. les docteurs Jean Bayol (d'Eyguières), Deshayes (de Rouen), Jamme (de Lalinde), Marvaud, médecin inspecteur de l'armée, Mora (de Dax), Pierrot, médecin principal de l'armée, Veyrat (de Chambéry), Vigouroux (de Paris) et Tissier (de Remiremont).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bon (de Navarrens), Bouvet (de Paris), Carageorgiades (de Saint-Dizier), Carlotti (de Bastia), Castiau (de Vieux-Condé), Chapdeleine (de Paris), Claudot (de Neufchâteau), Delarue et Dupuy-Dutemps (de Paris), Evrard (de Vernantes), Fabre (d'Astaffort), Faugère (de Faux), Faure (de Riom), Ferrand (de Marseille), Flandrin (de Grenoble), Firmin (de Paris), Folacci (de Bastelica), Fournier (de Sigoulès), Fourniols (de Montastruc-la-Conseillère), Fringuet (de Brioux), Gagnière (de Choisy-le-Roy), Gannelon (de Vervins), Gasiglia (d'Aspremont), Gauch (de Nîmes), Gaudrez (de Montreuil-Bellay), Girot (de Tillières-sur-Avre), Goudard (de Pau), Gouffier (de Neuilly-sur-Seine), Gourdou (de Bordeaux), Goyon (de Paris), Guers (de Mouzaïaville, Alger), Guignabert (de Brioude), Guillemard (de Thiéblemont), Herland (de Rosporden), Herr (de Grigny), Houdry (de Bondy), Jacob (de Saint-Affrique), Jacquin (de Jouaville), Janin (de Vertus), Jen-Kergnistel (de Merquer), Jaudou (de Juvigny), Joanny (de Saint-Martin-Valmeroux), Klein (de Nantes), Labache (de Chaumes), Lachâtre (de Chantelle), Lafon (de Bourdeilles), Lalanne (de Maréville), Lamole (d'Arbas), Lamouroux (de Montpellier), Lanfranchi (de Sainte-Marie-Siché), Larcher (de Champs-Lagranville), Lasne (d'Aix-en-Othe), Lasserre et Laurent (de Bordeaux), Laval (de Paris), Lebron (de Mayet-de-Montagne), Legrand (de Paris), Lemoine (de Ribemont), Le Noc (de Pontivy), Leray (de Paris), Leroy (d'Evreux), Lesecq (de Paris), Leturc (de Saint-Lô), Level (de Commercy), Lévy (de Paris), L'heureux (d'Airaines), Machefert (de Vincennes), Macrez (de Liomer), Mahée (de Vertous), Mailhetard (de Tonnay-Charente), Martin du Magny (de Bordeaux), Mary (de Nanterre), Mauny (de Saintes), Maurel (de Marseille), Ménard (de Paris), Meunier (de Sully-sur-Loire), Meynard (de Marines), Michaux (de l'Isle-sur-le-Doubs), Milliot (de Chevanges), Monod (de Bordeaux), Monod (de Pau), Ollivier (de Dinan), Parmentier (de Paris), Passana (de Cognocoli-Monticchi), Pelon (de Montpellier), Pelvet (de Vire), Perrachon (de Paris), Petit (d'Angers), Pillot (d'Auxerre), Piotay (de Niort), Pitsch (de Paris), Ponteil (d'Isly-Jourdain), Porchaire (de Neuvicq), Portalier (de Florac), Pouchet (de Grignols), Prevost (de Thiviers), Rabourdin (de Voves), Ravailler (de Saint-Amand), Reddon (de Sceaux), Reilhac (de Retz), Remignard (de Plémet), Richard d'Aulnay (de Paris), Richerolles (de Montluçon), Robin (de Grand-Serre), Rousseau (de Paris), Rumeau (de Pamiers), Sainturet (de Paris), Sanrey (de Batna), Savin (d'Apremont), Segond (de Valbonne), Spiral (de Montmédy), Stourme (de Lyon), Therre (de Vichy), Thiéry (d'Orchies), Thoviste (d'Amplepuis), Traby (d'Olette), Trémoureux (de Niort), Vadon (d'Aise), Valat (de Cahors), Veillard (de Meung), Vergniau (de Brest), Villeprand (de Paris).

MM. Patein, pharmacien en chef de Lariboisière ; Ecalle, pharmacien à Paris ; René Faure, à Briançon.


MARQUE DE FABRIQUE DÉPOSÉE

A PROPOS DE LA CHLOROFORMISATION ET DE L'ÉTHÉRISATION

Par M. le professeur PONCET (de Lyon).

Ce n'est pas sans hésitation que je prends part à cette discussion. Tout me semblait avoir été dit et si bien dit depuis longtemps, par les physiologistes, par les chirurgiens, sur cette importante question de la chloroformisation et de l'éthérisation. Mes scrupules sont tombés en présence de la nature de la discussion et du terrain sur lequel se sont placés nos collègues.

Vous me permettrez d'entrer immédiatement dans le vif du débat, et de parler uniquement en clinicien (2).

Cette question de l'anesthésie qui domine le XIXe siècle de toute la hauteur, dont la douleur et les misères humaines dépassent les autres accidents de la nature, a enfanté un nombre incalculable de travaux, de publications, de discussions dans les sociétés savantes, etc., et cependant, malgré cet amoncellement de documents, la lumière n'a pas été faite complète.

Un point, entre tous, est resté obscur, particulièrement angoissant, celui *de la mort par l'anesthésie, de la mort par le chloroforme et par l'éther*.

Ces deux narcotiques se disputent la faveur des chirurgiens. D'eux seuls, je m'occuperai.

Les dangers de la chloroformisation et de l'éthérisation hantent donc toujours l'esprit du chirurgien, et c'est ainsi qu'incidemment, après l'importante communication de M. Huchard ayant pour titre : *Anesthésie chloroformique chez les cardiaques*, la discussion a tout naturellement dévié, sur les cas de mort par le chloroforme.

Le débat s'en trouve considérablement élargi. Il a pris toute l'ampleur qu'il mérite puisque, simultanément, devant vous et à la Société de chirurgie, on s'occupe de la *mort par chloroformisation*.

Une première réflexion s'impose aujourd'hui, comme autrefois déjà : ce sont les *chloroformisateurs* et non les *éthérisateurs* qui font naître la discussion. Ce sont eux, permettez-moi l'expression, qui attachent le grelot.

Les premiers, avec une sincérité des plus louables, comptent leurs morts. Ils en cherchent l'explication, ils en demandent la cause. Leur inquiétude persiste, car malgré les discussions passées et présentes, l'avenir des chloroformisés reste le même.

Les seconds, plus tranquilles, puisque l'expérience leur a dsnné une confiance motivée dans leur anesthésique de choix qui est l'éther, sont entraînés dans la lutte. Ils l'acceptent volontiers.

I. *Morts par le chloroforme.* — Quoi qu'en ait dit Sédillot : « Le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais, » — il est vrai que quelques lignes plus loin, il laisse échapper cet aveu : « Une seconde suffit quelquefois pour tuer le malade (2), » — le chloroforme tant pur et tant bien administré soit-il, tue bel et bien. Je n'en veux pour preuve que les faits apportés à cette tribune.

Ce n'est pas là une nouveauté, et les cas de mort par chloroformisation sont certainement plus nombreux que ne l'indiquent les statistiques.

Cette constatation brutale n'a d'intérêt que par le mécanisme des accidents mortels, que par l'interprétation qui en est donnée, et surtout par la possibilité de les prévenir.

Comme dans des discussions antérieures, les orateurs qui ont pris déjà la parole, ont envisagé trois facteurs d'une importance considérable. Leur étude épuise la question.

Ces trois facteurs sont : l'endormi, l'endormeur et le chloroforme.

1° Les chloroformisés appartiennent à deux catégories de malades qu'il importe de séparer nettement, pour bien juger de l'anesthésique.

a. Dans la première classe prennent place certains grands blessés, les sujets en état de misère pathologique profonde, les porteurs de lésions viscérales graves, soit du côté des centres nerveux, soit, plus volontiers, du côté des appareils circulatoire, respiratoire, etc., et chez lesquels les troubles fonctionnels d'organes lésés, accrus par l'anesthésie, expliquent la mort.

De tels malades que l'on endort à contre-cœur, et à propos desquels il n'est pas nécessaire d'évoquer davantage leur physionomie clinique bien connue, qui les transforme en *noli me tangere*, ne prouvent pas grand'chose, par leur mort, contre tel ou tel anesthésique ; en particulier, contre le chloroforme. Ils meurent avec lui, si l'on peut dire, et non par lui.

Tout au moins, ils ne le montrent pas, d'une façon frappante, plus meurtrier que l'éther.

Dans des observations de ce genre, tous les chirurgiens le reconnaissent, l'anesthésie, quel que soit, à certaines variantes près, le narcotique employé, est la goutte d'eau qui fait déborder le verre.

Pour bien juger de la bénignité et de la malignité d'un anesthésique, on doit envisager les sujets sains, sans tare organique appréciable, chez lesquels l'autopsie, pratiquée avec soin, ne révèle aucune lésion.

b. Ces malades forment la deuxième catégorie. Ils sont venus souvent réclamer une intervention chirurgicale pour une affection de peu de gravité, tels que : l'ablation d'un kyste, d'une petite tumeur quelconque, la cure d'un phimosis, d'un ongle incarné, l'extraction d'une dent, etc. Parfois, dès les premières inhalations chloroformiques, ils tombent foudroyés, ou bien, tout à coup, dans le cours de la narcose qui paraît normale, le cœur s'arrête, la respiration se suspend. Peu importe l'ordre d'apparition et de succession de ces deux complications, la catastrophe est imminente, instantanée. C'est la mort par choc chloroformique, par syncope primitive ou laryngo-réflexe, complètement inconnue avec l'éther. C'est elle qui, si impressionnante dans sa soudaineté et dans sa fatalité, alors que tous les moyens de rappel à la vie échouent, a converti à l'éthérisation tant de chirurgiens en France et à l'étranger.

L'autopsie ne révèle rien. Elle ne fournit aucune explication. Elle laisse le chirurgien plus perplexe encore après qu'avant.

Des cas de ce genre ont fait abandonner le chloroforme, il y a plus de quarante ans, par Bonnet, Diday, Barrier, Pétrequin, Valette, etc. Avec d'autres dangers de la chloroformisation, dont je ne parlerai pas : les *syncopes secondaires (respiratoires et cardiaques)*, la *syncope tertiaire par intoxication chloroformique complète* ; ils justifient la préférence absolue, donnée à l'éthérisation, aujourd'hui comme dans le passé par l'École de Lyon.

La tradition de la supériorité de l'éther est restée d'autant mieux maintenue parmi nous, que toute tentative, à divers moments, de restauration du chloroforme, s'est trouvée promptement frappée de stérilité, par des accidents mortels, plus nombreux, plus inexplicables qu'avec l'éther.

La terreur du malade avant l'anesthésie, son *trac opératoire* ne sauraient, assurément, être mis en doute, comme cause adjuvante, de mort pendant la chloroformisation.

Avec l'éther, cette anxieté est quantité négligeable. Je ne l'ai pas vue aggraver le pronostic de l'éthérisation.

II. *Mode d'administration du chloroforme.* — La façon de

(1) Je tiens à ne pas oublier ici les remarquables travaux des grands physiologistes dont les noms sont sur vos lèvres : des Claude Bernard, Vulpian, Paul Bert, et à rendre hommage aux belles recherches des Raphaël Dubois, François-Franck, Arloing, Dastre et Morat, Laborde, etc., pour ne citer que des noms français.

(2) VALETTE. *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, 1875.

donner le chloroforme a certainement une grande importance, et dès le début, on a cherché dans le *modus faciendi* l'explication des accidents.

Après de nombreux tâtonnements, sont nés deux procédés, dont il est difficile de préciser la paternité (Gosselin, Labbé), procédés qui se différencient par la quantité plus ou moins abondante d'anesthésique versé sur la compresse (1).

L'un est le procédé de la chloroformisation goutte à goutte, stilligoutte (*procédé des gouttes* ou *dosimétrique*); l'autre de la chloroformisation à doses massives (*procédé de la sidération* ou *des doses massives*).

Ces deux modes d'administration ont leurs partisans. Ils invoquent d'excellents arguments, surtout les chloroformisateurs de petite vitesse qui, dans la forme, tout au moins, semblent avoir raison. Mais lorsque, pour juger en dernier ressort de la valeur des deux procédés, on envisage les statistiques, on voit des morts dans les deux camps, et en proportions à peu près égales.

Les morts les plus foudroyantes ne surviennent-elles pas, par syncope primitive, dès les premières inhalations de quelques vapeurs de chloroforme?

L'éducation et l'ignorance, l'habileté et la maladresse, les qualités et les défauts du chloroformisateur interviennent alors. Malheureusement l'entente n'existe pas mieux sur cette question que sur la précédente. Les uns exigent des chloroformisateurs de profession, comme en Angleterre, les les autres demandent de bons élèves, formés à leur école, et devenus, plus ou moins, des spécialistes en matière d'anesthésie. Quelques chirurgiens, enfin, ne s'en rapportent qu'à eux-mêmes.

A en juger, par les difficultés d'avoir un bon chloroformiste, on se doute bien un peu que son rôle n'est pas le principal dans la responsabilité des alertes, si fréquentes et, parfois, si irrémédiablement mortelles.

Que conclure de ces divergences, alors qu'en Angleterre, par exemple, les morts par chloroformisation sont, dit-on, plus fréquentes qu'en France, alors que le chloroformisateur le plus habile, le plus avisé, n'est pas, lui non plus, à l'abri d'accidents mortels (2)?

La réponse paraît bien simple, et avec toute l'adéférence que comporte la haute autorité de maîtres admirablement intentionnés, l'explication de la mortalité n'est pas dans le mode d'administration. Elle tient au chloroforme lui-même.

III. *Le chloroforme, cause directe de la mort.* — Le chloroforme est un merveilleux agent d'anesthésie, mais il est dangereux.

Il est meurtrier. Comment? Par ses impuretés, disent ses partisans.

Il appartient, dès lors, à la chimie de nous éclairer? Eh bien, ici encore, satisfaction ne nous est pas donnée. *Le chloroforme pur tue comme le chloroforme impur*. La pureté du chloroforme a été nettement établie dans bon nombre de cas malheureux. Si j'en crois certaines confidences de chimistes, l'absence d'impuretés serait même alors la règle.

Quels sont, du reste, ainsi que le fait remarquer M. Dastre (3), les produits d'altération qui se développent par la présence de l'oxygène et l'action de la lumière dans un chloroforme pur? Du chlore, de l'acide chlorhydrique, du gaz chloroxycarbonique.

Les deux premiers corps peuvent, sans doute, augmenter l'effet irritant des vapeurs sur les premières voies, exalter la salivation, la toux, avec les conséquences qui en résultent, mais ils ne peuvent être responsables que des irrégularités, ou des accidents du début. Ils sont incapables de créer des périls nouveaux.

Le gaz chloroxycarbonique, qui est des plus toxiques, décèle trop aisément sa présence pour qu'il soit dangereux. Il a une odeur suffocante, angineuse.

Il se trahit immédiatement par son odeur *sui generis*, et par la présence de fumée, due à sa décomposition en acide chlorhydrique et en acide carbonique, sous l'influence de l'humidité de l'air. Il ne peut être absorbé sans provoquer des phénomènes réactionnels très intenses par suite de son action irritante sur la muqueuse des voies aériennes (Hugounenq).

Telle est l'opinion des chimistes et des physiologistes les plus autorisés.

Force est donc de chercher ailleurs l'explication de la mort par le chloroforme.

C'est lui-même qu'il faut incriminer.

Par sa composition chimique il constitue, comme les autres anesthésiques, un poison pour les centres nerveux. Dans l'espèce, ce qui le caractérise, c'est sa malignité plus grande que celle de l'éther.

Pourquoi en est-il ainsi? Uniquement parce qu'à la manière d'autres poisons dont le mode d'action nous est, du reste, tout aussi inconnu, qu'il s'agisse de la strychnine, de l'acide cyanhydrique, du curare, etc., il provoque du côté des éléments nerveux des perturbations fonctionnelles, des lésions, incompatibles avec la vie.

Sa dose, maniable ou clinique, est de plus individuelle. Pour tout un groupe de sujets d'une idiosyncrasie, ou d'une sensibilité spéciale, le mot importe peu à la chose, qui sont tués par cinq, six et dix bouffées de chloroforme, il se comporte comme un poison des plus actifs. Nous ne possédons, malheureusement, aucune donnée sur le coefficient de susceptibilité et de résistance de tel ou tel sujet à ses vapeurs.

Nous ne sommes guère, hélas! plus avancés, en fait du mode de toxicité du chloroforme, que Molière ne l'était sur le mode d'action de l'opium. On peut dire de lui : *Il tue parce qu'il est meurtrier*.

Pour nous, cliniciens, cette explication si lointaine est, cependant, plus que suffisante. Elle nous met en face d'un danger d'autant plus menaçant que ses causes nous échappent, et nous sommes tentés de répéter avec Marion Sims, témoin d'un empoisonnement chloroformique des plus émouvants : « Je crois que la meilleure chose à faire serait d'abandonner l'usage entier du chloroforme. »

En résumé : qu'il s'agisse des conditions individuelles de l'endormi, de la pureté ou de l'impureté du chloroforme, de son mode d'administration, de l'habileté ou de l'ignorance et de la gaucherie du chloroformisateur, le chloroforme tue malgré tout, sans que l'on sache ni pourquoi, ni comment, d'où l'impossibilité présente de remédier à un tel état de choses.

De cette incertitude angoissante sont nées les méthodes plus nouvelles : *la méthode des mélanges titrés*, *les anesthésies mixtes*, *associées*, dont je dirai un mot à propos de l'éthérisation.

Ces deux méthodes ne sont pas entrées dans la pratique chirurgicale courante. Après avoir été essayées, elles ont été généralement abandonnées.

IV. *Le chloroforme chez les cardiopathes.* — Quant à l'innocuité de la chloroformisation, chez les cardiopathes et les aortiques anciens, présentée avec tant de talent par M. Huchard, je l'ai toujours considérée comme très relative. Les maladies chroniques et aiguës de l'appareil circulatoire tiennent une trop grande place dans le chapitre des contre-indications de l'anesthésie générale, pour ne pas rester très

(1) Je laisse de côté la *méthode des mélanges titrés* qui n'est pas entrée dans la pratique des chirurgiens.

(2) Est-il donc si difficile de bien administrer le chloroforme? Quand on songe que l'éther est donné, la plupart du temps, dans nos hôpitaux, en quelque sorte, par le premier venu, par un externe nouvellement promu, par un stagiaire, par un étudiant de première année qui le remplace, on se demande de quelle arme meurtrière se servent les chloroformistes?

(3) *Les anesthésiques. Physiologie et applications chirurgicales*, Paris, 1890.

méfiants à leur endroit, ainsi, du reste, que le spécifie M. Huchard dans ses conclusions.

J'ai continué de considérer le chloroforme comme plus meurtrier chez les cardiopathes, par cette seule raison que, puisqu'il tue des sujets sains, indemnes de toute lésion, il doit être, à fortiori, plus dangereux dans les affections du cœur, de l'aorte, etc., ainsi qu'on l'a toujours cru.

Le chloroforme tue par le cœur, démontrent les physiologistes; c'est un poison du bulbe, répètent les chirurgiens. Les accidents sont donc d'autant plus redoutables que le cœur est malade, qu'il est troublé dans sa fonction. Avec le poumon et le système nerveux général, n'est-il pas une des branches du trépied vital de Bichat, et le vase n'a-t-il pas d'autant plus de chances de chavirer, que l'un de ses trois pieds est en mauvais état?

Le chapitre des contre-indications à l'anesthésie générale reste toujours ouvert.

Si, en face de la douleur, il ne saurait exister de contre-indications absolues, on ne doit pas oublier que certains états constitutionnels et pathologiques, que certaines affections chirurgicales et certaines opérations, d'après leur siège et leur nature, en augmentent considérablement les risques.

Ces contre-indications imposent une surveillance plus grande. Elles réclament l'emploi de l'anesthésique le moins dangereux.

Je me trouve ainsi amené à parler de l'éther.

V. *De l'éthérisation.* — Mon embarras est grand pour envisager l'éthérisation sous un jour nouveau.

En tenant compte de ma pratique qui porte aujourd'hui sur 29 000 éthérisations environ, je ne pourrai que répéter ce que j'ai dit dans deux discussions, à la Société des sciences médicales de Lyon (1) et à la Société de chirurgie de Paris (2). Mon expérience se résume, dans cette opinion, qui est conforme à toutes les statistiques : l'éther est un poison moins violent, et, par cela même, moins redoutable que le chloroforme. Les accidents qu'il provoque peuvent être heureusement combattus. Leur mécanisme est moins obscur et mieux connu, car la mort ne se produit guère que chez des malades grièvement atteints. Elle s'explique par leur état pathologique antérieur.

La pratique m'a donné dans l'éther une confiance aussi grande qu'on peut l'avoir, chirurgicalement parlant. Si devant l'Académie je ne parle qu'en mon nom, je suis certain, cependant, d'être l'interprète de mes collègues de Lyon, qui sont également restés fidèles à l'éthérisation.

Notre sécurité n'est pas partagée de tous côtés. Beaucoup de chirurgiens, surtout à Paris, accusent l'éther, entre autres méfaits de moindre importance, d'être un irritant spécifique des bronches et des poumons, de donner lieu à des complications pulmonaires post-opératoires.

Qu'y a-t-il de vrai dans ces accusations, dont je ne veux retenir que la principale, et si l'éther irrite les voies respiratoires, en a-t-il le monopole, le chloroforme n'est-il pas responsable des mêmes accidents?

Telle est la double question que je désire maintenant étudier.

VI. *Action irritante de l'éther sur les voies respiratoires ; bronchite, broncho-pneumonie, etc., consécutives à l'éthérisation.* — J'aborde, ai-je dit, le plus grand grief formulé, maintes fois, contre l'éther.

M. Lucas-Championnière n'a pas craint de dire, dans cette dernière discussion, que les éthérisés étaient emportés dans les premiers jours qui suivaient l'anesthésie, par des complications pulmonaires, dans une proportion telle, que l'équilibre se trouvait rétabli, en tant que mortalité, entre le chloroforme et l'éther.

L'argumentation de notre éminent collègue peut se résumer ainsi : plus de morts brutales, foudroyantes, sur les tables d'opération, avec le chloroforme ; un nombre, au moins égal, de décès post-opératoires dans les salles, avec l'éther, par accidents pulmonaires.

Je proteste contre cette assimilation de gravité.

Je suis d'autant mieux placé pour tenir ce langage, que, dans la discussion à la Société de chirurgie de 1895, je m'exprimais dans ces termes, à propos des contre-indications relatives de l'anesthésie générale par l'éther : « Chez les vieillards atteints d'emphysème, mais surtout de catarrhe pulmonaire, l'éther est contre-indiqué. Il donne lieu à des bronchites, à des broncho-pneumonies graves, parfois mortelles. »

Ce raisonnement du : *post hoc propter hoc,* me semblait, cependant, suspect et j'ajoutais : « Je dois faire remarquer que ces complications pulmonaires post-opératoires me paraissent avoir été trop facilement imputés à l'éther seul. On oublie aisément que les malades, souvent découverts, sont soumis, pendant des opérations parfois longues, à des refroidissements prolongés ; que par leur maladie antérieure, ou par l'opération, leur résistance est diminuée, et que de tels facteurs peuvent jouer dans l'éclosion des accidents pulmonaires un rôle étiologique, de tout autre importance, que les vapeurs d'éther. »

Aujourd'hui, après l'expérience de ces six dernières années, mon attention ayant été plus particulièrement éveillée sur les complications pulmonaires consécutives à l'éthérisation, je suis mieux documenté, mieux armé, pour faire la part de ce qui revient à l'anesthésie, et aux autres causes que je mentionnais alors brièvement.

Je crois toujours à l'action plus ou moins irritante des vapeurs éthérées, mais ce que je puis affirmer, c'est que, chez mes opérés qui ont présenté des lésions pulmonaires, cette étiologie n'a dû jouer qu'un rôle très secondaire dans leur développement, et que, sans elle, ils s'expliquent très facilement.

En dépouillant mes observations d'éthérisation qui s'élèvent depuis six ans à quatre mille et qui ont été recueillies, à ce point de vue, je vois, en effet, que les broncho-pneumonies post-opératoires n'ont pas été notées chez toute une catégorie de blessés.

Les malades frappés sont les gens d'un certain âge, surtout les vieillards atteints d'occlusion intestinale, de hernie étranglée, etc., ce sont les prostatiques avec infection urinaire, ce sont certains intoxiqués de vieille date chez lesquels on pratique une gastrostomie, une pylorectomie, une gastro-entéro-anastomose, etc., ce sont encore, et souvent, des cures radicales de hernie, des laparotomies, etc., toutes les opérations, en un mot, portant sur le tube digestif et intéressant le domaine du vague et du sympathique ; ce sont les cachectiques, porteurs de tumeurs malignes, en particulier les cancéreux buccaux, pharyngiens, linguaux, etc., les anciens goitreux simples, cancéreux, etc., enfin, toute cette lignée de sujets en équilibre plus qu'instable au point de vue des complications pulmonaires, de par l'infection dont ils sont atteints.

L'infection antérieure ou acquise, l'infection anté ou post-opératoire, voilà le coupable.

Je ne dis pas, remarquez-le bien, que les vapeurs d'éther ne puissent être incriminées dans une certaine mesure, mais elles ne jouent qu'un rôle physico-chimique très accessoire.

Le fait est si vrai que je n'ai pas vu un opéré non infecté présenter, dans la suite, des complications pulmonaires.

Si les observations cliniques confirment cette tolérance de l'éther, elle trouve encore sa démonstration dans les recherches expérimentales.

(1) Valeur de l'anesthésie avec l'éther, *Province méd.*, mai 1891.
(2) *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, p. 415 et suivantes, 1895.

Déjà Arloing avait montré (1) que, chez les jeunes chats éthérisés jusqu'à la mort, on ne trouvait pas, dans les bronches, des mucosités en quantité appréciable. « Quand elles existent, elles sont peu abondantes ; en outre, leurs caractères physiques dissipent tous les soupçons. Ces mucosités sont, en effet, filantes, non spumeuses, ce qui démontre qu'elles ne viennent pas du poumon. »

Cette absence de mucosités témoigne de l'innocuité de la narcose éthérée sur les voies respiratoires.

De récentes expériences faites dans mon laboratoire de l'Hôtel-Dieu, avec le concours de mon chef des travaux, le docteur L. Dor, nous ont révélé les mêmes particularités.

Chez les lapins, chez les cobayes éthérisés pendant plus d'une heure, puis sacrifiés, nous n'avons pas constaté d'hypersécrétion, de rougeur, de la muqueuse bronchique.

Il en a été de même, avec le chloroforme, mais, remarque qui a bien son intérêt, plusieurs de ces animaux sont morts pendant l'anesthésie chloroformiqne (jeunes rats blancs) sans avoir pu être ranimés par les moyens usuels, par la respiration artificielle, tandis que les mêmes animaux supportaient bien l'éthérisation. N'est-il pas de notion courante dans les laboratoires que le chloroforme est plus dangereux que l'éther, que ses accidents sont plus graves?

De ces expériences comparatives je ne tirerai aucune conclusion en faveur de l'un ou l'autre anesthésique.

Si l'on tient compte cependant de ce fait, connu et facile à contrôler, que le chloroforme pur en application locale sur la peau, sur les muqueuses, se comporte comme un acide et brûle [une goutte de chloroforme sur la cornée provoque une kératite intense par exemple, tandis que plusieurs gouttes d'éther ne donnent lieu qu'à une cuisson passagère sans ulcération, sans destruction de tissu (2)] que le chloroforme s'altère facilement, que ses impuretés le rendent encore plus offensif (3), on sera porté à croire que ses vapeurs sont plus irritantes pour les voies respiratoires que celles de l'éther.

La clinique n'infirme pas cette opinion.

Les chloroformistes verraient aussi souvent des bronchites, des pneumonies, chez leurs opérés que les éthérisateurs. Nous ne connaissons pas une statistique établissant que les complications pulmonaires sont plus communes, plus graves après la narcose avec l'éther qu'avec le chloroforme.

Ne faudrait-il pas aussi et tout d'abord montrer que les complications pulmonaires sont plus fréquentes et plus malignes chez les sujets endormis que chez ceux qui ont été opérés sans anesthésie? Aucune enquête n'établit cette distinction.

Il serait plus vrai, jusqu'à plus ample informé, de parler de *pneumonies d'opération* que de *pneumonies d'éthérisation*.

Parmi mes quatre derniers mille éthérisés j'ai eu des phtisiques, des tousseurs. La plupart ont bien supporté l'éther. Lorsqu'une aggravation est survenue du côté des poumons, j'ai dû l'attribuer, non à l'anesthésie, mais aux causes dont j'ai parlé.

Je n'irai pas jusqu'à dire que des bronchites chroniques, que des pneumonies, ainsi que l'ont pensé quelques chirurgiens, peuvent être heureusement influencées par la narcose. D'après mes observations, cependant, je suis convaincu que l'on a exagéré beaucoup l'action funeste des vapeurs d'éther dans la genèse des accidents pulmonaires.

Il n'en est pas moins vrai, sous peine d'être paradoxal, que le mauvais état des organes respiratoires, du poumon, comme celui du cœur, des gros vaisseaux, sans s'opposer formellement à l'anesthésie, la rendent plus aléatoire, dans ses suites immédiates et consécutives, et cela, quel que soit le narcotique utilisé.

Voilà, je crois, la vérité telle, au reste, qu'elle est formulée partout, à propos des contre-indications de l'anesthésie générale, chez les pulmonaires.

On l'emploie parce qu'on ne peut pas s'en passer.

VII. *Anesthésie mixte.* — Quand à la narcose mixte, je serai très bref, qu'il s'agisse des premières inhalations de chlorure d'éthyle, de bromure (1), etc., précédant l'éthérisation, et particulièrement de l'injection, de la solution atropo-morphinique, pratiquée, quinze à vingt minutes, avant l'anesthésie. Je ne pourrai que répéter ce que j'ai dit ailleurs.

L'anesthésie mixte est appelée à faciliter le sommeil et surtout à le rendre, dès son début, moins dangereux, en prévenant la syncope primitive; mais, d'après mes observations, et ainsi que l'a établi un de mes élèves, le docteur Cathoire, aujourd'hui médecin-major de l'armée (2), elle favorise *la syncope cardiaque tertiaire* ou *syncope par intoxication* de Duret.

A cela rien d'étonnant, lorsque l'on songe aux diverses substances toxiques: atropine, morphine, chloroforme, etc., que l'on emploie, dont l'action physiologique est assez mal connue, et alors que leur association l'est moins bien encore.

Il s'agit d'une véritable macédoine de poisons, que l'on peut assez bien assimiler dans leurs effets, à certaines associations microbiennes, dont la malignité relève de la multiplicité des germes réunis. J'ai été témoin de plusieurs cas graves d'anesthésie prolongée. Quelques endormis seraient certainement morts, si on ne les avait surveillés longtemps après l'opération, quelques-uns pendant plusieurs heures.

L'anesthésie mixte doit, d'autant plus volontiers, céder le pas à l'éthérisation pure, que la syncope primitive qu'elle a charge de prévenir est particulière à la chloroformisation. Je ne sache pas qu'on l'ait signalée dans les anesthésies avec l'éther. Tout au moins, je ne l'ai jamais observée, et j'ai tout lieu de croire qu'elle est exceptionnelle.

VIII. *Conclusions.* — D'après mon expérience personnelle:

Le chloroforme est plus dangereux que l'éther (3).

(Toutes les statistiques en font foi. Les recherches de Julliard, de Gurlt, qui portent sur plus de 100000 cas, donnent 1 mort sur 2 ou 3000 chloroformisations et 1 mort sur 13 à 14000 éthérisations.)

Sur 29000 éthérisations je compte une mort, chez un enfant, à l'autopsie duquel nous avons trouvé de vieilles lésions cardiaques, plus accusées du côté des orifices (4).

---

(1) *Recherches expérimentales comparatives sur l'action du chloral, du chloroforme et de l'éther, avec applications pratiques*, Thèse de Lyon, 1879.

(2) Un de mes infirmiers, qui avait reçu dans l'œil une goutte de chloroforme, présenta une kérato-conjonctivite aiguë. La membrane de Bowmann complètement détruite, comme si elle eût été en contact avec une goutte d'acide sulfurique, est actuellement remplacée par une cicatrice épaisse.

(3) A la lumière du gaz ou du pétrole, la combustion du chloforme donne naissance à des corps (chlorure de carbonne) très irritants pour les voies aériennes, d'où, d'après quelques auteurs, des symptômes brusques d'asphyxie, et consécutivement de la toux, des pneumonies catarrhales.

---

(1) Broca a rapporté ces jours-ci à la Société de chirurgie un nouveau cas de mort par l'anesthésie mixte au bromure d'éthyle et au chloroforme.

(2) Dangers de l'anesthésie mixte et accidents tertiaires après l'éthérisation et la chloroformisation précédée de l'injection atropo-morphinique, Thèse de Lyon 1894.

(3) Cette opinion avait été déjà celle de la Commission des sciences médicales de Lyon, qui avait conclu, en 1867, sous la plume de son rapporteur, M. le professeur Gayet : « L'éther, tout capable de tuer qu'il est, est beaucoup moins dangereux que le chloroforme. »

A trente ans de là, M. Vallas, dans un article très instructif : « De l'anesthésie par l'éther et de ses résultats dans la pratique des chirurgiens lyonnais » (*Revue de chirurgie*, 1893), arrive à la même conclusion.

(4) L'observation de cet enfant est rapportée dans l'importante thèse d'agrégation de Duret : *Des contre-indications è l'anesthésie chirurgicale*, Paris 1880.

Je dois ajouter un autre cas de mort, survenue en 1897, dans mon service, entre les mains de mon ancien chef de clinique le docteur Vil-

L'éther ne donne pas lieu à la syncope primitive ou laryngo-réflexe du début, si soudainement mortelle, et relativement fréquente avec le chloroforme.

L'éthérisation simple, c'est-à-dire avec l'éther seul, est préférable à l'anesthésie mixte.

Rien ne prouve, aucune statistique n'établit que des complications pulmonaires post-opératoires : bronchite, congestion, broncho-pneumonie, œdème du poumon, etc., soient dues à l'action irritante des vapeurs éthérées.

Les pneumonies dites d'*éthérisation*, de *chloroformisation*, sont avant tout des pneumonies d'*infection*.

Les accidents pulmonaires sont probablement aussi fréquents chez les opérés qui n'ont pas été endormis que chez ceux qui ont été anesthésiés.

Il n'est pas exact de dire que la mortalité, après la narcose par l'éther, dans les jours qui suivent l'opération, redevient la même que celle du chloroforme qui tue, pendant l'anesthésie, sur la table d'opérations.

Cette opinion est d'autant moins justifiée, que les vapeurs de chloroforme, ainsi que le démontrent ses propriétés physiques, sont plus irritantes que celles de l'éther.

Les contre-indications anciennes, tirées de l'état de l'appareil respiratoire, restent les mêmes que par le passé. Comme les cardiopathies, les aortites, les lésions pulmonaires ne s'opposent pas absolument à l'éthérisation, pour une opération longue, douloureuse, mais l'anesthésie réclame, dans ces cas spéciaux, une surveillance extrême.

MÉNINGITE AIGUE

GUÉRISON PAR LE TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE MALGRÉ L'ABSENCE D'ANTÉCÉDENTS ET DE STIGMATES SYPHILITIQUES LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN RICHE EN LYMPHOCYTES ET SANS VIRULENCE POUR LE COBAYE (1)

Par MM. F. Widal et L. Le Sourd.

Les faits de méningite aiguë non suppurée terminés par la guérison ont un intérêt tout spécial tiré souvent de l'incertitude de leur origine. L'étude du liquide céphalo-rachidien, examiné au point de vue cytologique, bactériologique et expérimental, chez le malade que nous vous présentons, nous a permis de serrer de plus près le problème étiologique. Rapportons d'abord son observation, nous en discuterons ensuite l'interprétation.

Cet homme, âgé de vingt-neuf ans, était entré dans notre service le 2 octobre dernier, pour une céphalée violente et des vomissements.

Pour tout antécédent personnel, on ne relevait chez lui qu'une rougeole dans le jeune âge et une blennorragie à l'âge de vingt-deux ans. Interrogé avec la plus grande minutie, il nous dit n'avoir jamais eu de chancre, ni aucune des manifestations de la syphilis ; il n'en présente d'ailleurs actuellement aucun stigmate. Il n'a jamais eu, d'autre part, d'accident nerveux d'aucune sorte et ne présente aucun stigmate d'hystérie.

Son hérédité est relativement chargée. Son père est mort de tuberculose pulmonaire et sa mère de péritonite puerpérale. Il a eu six frères ou sœurs dont deux sont morts en bas âge, l'un du croup, l'autre, à onze jours de maladie inconnue. L'une de ses sœurs est tuberculeuse ; une autre, mariée, a eu un enfant mort-né et en a perdu un autre de méningite.

Quelques semaines déjà avant qu'il vienne nous demander ses soins, son entourage avait observé des modifications sensibles de son caractère ; il était devenu sombre, triste, irascible et recherchait la solitude.

Les douleurs de tête dont le malade se plaignait à nous avait commencé en septembre ; elles avaient augmenté depuis une dizaine de jours et s'étaient localisées dans la région frontale, surtout à droite, et dans la région occipitale. Ces douleurs étaient continues, mais présentaient des exacerbations nocturnes qui empêchaient souvent le sommeil. On ne trouvait à la pression de la tête ni points douloureux, ni zones hyperesthésiques hystérogènes du cuir chevelu.

Cinq jours avant son entrée, le malade avait été pris de vomissements tels qu'il ne pouvait plus conserver le moindre aliment. Toute substance ingérée était immédiatement rejetée sans efforts, ni douleurs. Les vomissements du matin étaient seuls teintés de bile. L'analyse chimique nous a montré que le suc gastrique était celui d'un hypochlorhydrique. Le liquide renfermait de l'albumine, des peptones et du glucose ; le résidu ne contenait pas d'acide chlorhydrique libre. Jamais nous n'avons constaté la moindre douleur spontanée ou provoquée au niveau de l'estomac.

Pendant les quelques jours qui suivirent l'entrée du malade, la céphalée et les vomissements restèrent les seuls symptômes essentiels. La céphalalgie pendant ce temps avait augmenté d'intensité, surtout pendant la nuit.

A partir du 9 octobre l'aspect général se modifie ; le malade est très abattu, somnolent, et ne répond plus aux questions qu'on lui pose, ou ne répond plus que d'une façon incohérente ; les vomissements persistent, verdâtres, et la céphalée est toujours aussi intense. Couché en chien de fusil le malade est somnolent. Seul, le délire a cessé, mais le malade reste somnolent, il ne parle plus, et répond à peine aux questions qu'on lui pose. Le pouls est *très lent* et dicrote ; il ne bat que 50 pulsations à la minute, mais est resté très régulier. La température oscille entre 35°6 et 36°2. La constipation persiste depuis quelques jours.

Le 12 octobre la température s'élève pour la première fois, et atteint 38°4 ; le pouls est à 80. Le malade est moins somnolent, mais la céphalalgie est aussi violente que la veille.

Le 14 octobre, la douleur occipitale est toujours aussi intense, et le signe de Kernig est toujours aussi net. Le malade est toujours dans la torpeur, et ne répond que par monosyllabes aux questions qu'on lui pose. La température est de 37°8 et le pouls atteint 114 pulsations à la minute. La constipation reste opiniâtre.

Le 15 octobre, les signes de méningite persistent aussi intenses. Le malade présente toujours de la raideur de la nuque et le signe de Kernig. Le réflexe rotulien paraît exagéré surtout à droite.

On fait au malade, pour la première fois, une injection d'huile biiodurée. Cette injection est continuée chaque jour jusqu'au 7 novembre. On prescrit en même temps l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes par jour. Déjà le 18 octobre, trois jours après le début du traitement, le malade commence à se sentir mieux ; la céphalée, toujours persistante, est moins violente, la raideur de la nuque est moins marquée, et le signe de Kernig n'est plus qu'ébauché.

Les jours suivants, les symptômes vont en s'améliorant progressivement. Le 29 octobre, on note encore une ébauche de signe de Kernig, et de l'inégalité pupillaire (c'est la pupille gauche qui est la plus rétrécie) ; pas de signe d'Argyll Robertson ; le malade a retrouvé toute sa lucidité ; il n'a plus de raideur de la nuque, et la céphalée a presque complètement disparu.

---

lard. Il s'agissait d'une occlusion intestinale grave, avec vomissements incessants.

L'asphyxie mortelle, qui se produisit pendant l'éthérisation, fut le fait du passage dans la trachée des matières vomies. (Voir cette observation complète dans l'excellente thèse de L. Tixier : *Pratique de l'éviscération en chirurgie abdominale*, Lyon 1897.)

On lit dans la littérature chirurgicale plusieurs observations semblables. Ce même mécanisme de la mort s'y trouve nettement précisé, et on ne voit pas, sans insister davantage, quel anesthésique, de l'éther ou du chloroforme, tous deux faisant vomir, pourrait le mieux mettre à l'abri de ce genre de mort.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

Le 7 novembre, le malade a recouvré toute sa santé, et il quitte notre service le 12 novembre; il reprend ses occupations sans plus ressentir aucun malaise.

Deux mois après sa sortie de notre service, le 15 janvier dernier, notre homme a été repris de céphalalgie violente caractérisée par des douleurs occipitales et des douleurs frontales, avec prédominance à droite, comme lors de la première atteinte. Il vient, sans tarder, nous consulter le 17 janvier; nous constatons à nouveau de l'inégalité pupillaire (c'est toujours la pupille gauche qui est la plus rétrécie), une exagération des réflexes rotuliens et achilléens avec prédominance cette fois du côté gauche, une trépidation épileptoïde nette à gauche et seulement ébauchée à droite. Pas de signe d'Argyll Robertson. Pas de signe de Babinski.

Le malade est soumis immédiatement cette fois au traitement biioduré, et déjà cinq jours après la première injection la céphalée a disparu, et l'inégalité pupillaire s'est effacée.

Actuellement, les troubles réflexes et le phénomène du clonus que nous venons de signaler persistent encore; on ne note aucun autre phénomène nerveux.

Examen du liquide céphalo-rachidien. — Nous avons pratiqué des ponctions lombaires chez cet homme le 4, le 10 et le 14 octobre. Hier encore 20 février, avec son autorisation, nous l'avons ponctionné à nouveau avant de vous le présenter.

Le liquide céphalo-rachidien s'est toujours montré limpide, et nous n'avons jamais assisté à la formation d'un coagulum.

Après centrifugation de 4 centimètres cubes en tubes effilés, nous avons constaté une lymphocytose abondante dans le liquide provenant de chaque ponction. Sur les préparations, au milieu des lymphocytes, nous avons trouvé parfois quelques grosses cellules uninucléées. L'examen microscopique n'a jamais permis de déceler le moindre microbe, et les ensemencements sont restés stériles.

Le 10 octobre, deux cobayes ont été inoculés dans le péritoine, l'un avec 8 centimètres cubes, l'autre avec 12 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. Ces animaux, sacrifiés quelques semaines après l'inoculation, n'ont pas présenté la moindre lésion tuberculeuse.

Enfin le liquide céphalo-rachidien ponctionné hier était toujours riche en lymphocytes, malgré la guérison du malade. Un certain nombre d'éléments uninucléés, dont certains semblaient bien dérivés des cellules endothéliales, étaient mêlés aux lymphocytes. Le point de congélation était — 0°52.

En résumé, chez ce jeune homme de vingt-neuf ans, sans cause aucune, ont éclaté brusquement des phénomènes méningés, ayant débuté par une céphalée frontale et occipitale violente à exacerbation nocturne, et par des vomissements continuels. Pendant quinze jours se sont déroulés tous les autres symptômes classiques de la méningite: constipation, ralentissement du pouls, torpeur, délire, photophobie, inégalité pupillaire, raideur de la nuque, signe de Babinski, exagération des réflexes, etc.

Durant les deux premiers jours, la température était audessous de la normale, entre 35°6 et 36°2; elle est remontée ensuite pour n'atteindre qu'un seul jour 38°4. Sous l'influence des injections de bi-iodure mercuriel et de l'iodure de potassium, les accidents ont rapidement rétrocédé et le malade sortait complètement guéri six semaines après son entrée dans notre service. Deux mois après sa sortie, il a été repris à nouveau de céphalée, qui, cette fois, traitée immédiatement par les injections mercurielles, a rétrocédé en quelques jours. Comme dernier vestige, il conserve encore de l'exagération des réflexes et une légère ébauche de trépidation épileptoïde.

A quelle cause rapporter les phénomènes méningés observés chez cet homme?

Les résultats fournis par l'exploration méningée vont nous aider à tenter la solution de ce problème.

L'hystérie ne saurait être mise en cause. La maladie de cet homme n'a nullement présenté l'évolution de l'attaque hystérique à forme méningitique; nous avons vu, d'autre part, que ni dans son passé, ni dans son présent, on ne trouvait le moindre symptôme hystérique. Enfin, la lymphocytose constatée dans le liquide céphalo-rachidien est pour ainsi dire un symptôme *anatomique* qui permet d'écarter l'hystérie. Dans le liquide céphalo-rachidien des hystériques, alors même qu'ils sont atteints depuis des années de paralysies des membres dues à leur névrose, la lymphocytose fait défaut, comme nous avons pu nous en convaincre dans tous les cas soumis à notre observation.

La méningite tuberculeuse était le diagnostic auquel nous nous étions ralliés pendant plusieurs jours; il a dû être abandonné en raison de la curabilité de la maladie. Ajoutons que l'inoculation aux cobayes, en restant négative, est venue nous prouver que le liquide céphalo-rachidien de notre malade n'était pas de provenance tuberculeuse.

Le liquide céphalo-rachidien de phtisiques dont les méninges sont indemnes de tuberculose s'est toujours montré dans nos observations dénué de virulence. Le cobaye, inoculé avec le liquide céphalo-rachidien, est un réactif très sensible de la méningite tuberouleuse; il ne peut servir à établir un diagnostic rapide au lit du malade, puisqu'il lui faut plusieurs semaines avant de donner sa réponse, mais il permet, avec le temps, de distinguer sûrement les cas de méningite tuberculeuse de ceux qui ne le sont pas.

Dans tous les cas, au nombre de neuf actuellement, où nous avons inoculé dans le péritoine des cobayes le liquide provenant de malades atteints de méningites tuberculeuses confirmées plus tard à l'autopsie, toujours nous avons assisté à l'éclosion de la tuberculose chez ces animaux.

On n'a plus le droit, en tout cas, comme on le voit faire encore de temps à autre, de parler de prétendues méningites tuberculeuses, terminées par la guérison, quand le liquide céphalo-rachidien du malade n'a pas été éprouvé par inoculation au cobaye. Quand les observateurs, avant de conclure, se seront toujours soumis à cette obligation, on verra sans nul doute que la méningite tuberculeuse reste bien une affection dont l'évolution vers la mort est toujours une fatalité.

Malgré l'absence de chancre ou de tout stigmate spécifique dans le présent ou dans le passé du malade que nous vous présentons, on ne peut se défendre de penser à l'origine syphilitique de la méningite si rapidement guérie par la médication iodurée et mercurielle.

L'examen cytologique n'infirme en rien cette manière de voir. Nous avons rapporté ici même, il y a quelques semaines (1), que, dans un cas de méningite syphilitique, confirmée à l'autopsie, le liquide céphalo-rachidien s'était montré riche en lymphocytes pendant la vie. MM. Sicard et Monod, et nous-mêmes, avec M. Ravaut, avons établi la formule cellulaire du liquide céphalo-rachidien au cours de la méningo-myélite syphilitique. Les communications de MM. Babinski et Nageotte (2) et celles faites dans la dernière

(1) *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 17 janv. 1902.
(2) Babinski et Nageotte. *Soc. méd. des hôpit.*, 24 mai 1901.

séance, ont montré combien la lymphocytose était fréquente au cours des manifestations méningées de la syphilis acquise. Bien plus, même dans la syphylis héréditaire tardive, une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien peut traduire une irritation méningée spécifique, comme en donne la preuve un jeune garçon de quinze ans, actuellement dans notre service, porteur de divers stigmates, et en particulier de dents d'Hutchinson, et qui, depuis quatre semaines, est atteint pour la première fois, de céphalée à type nocturne. Chez un syphilitique héréditaire, ayant le nez en lorgnette, les dents d'Hutchinson et le crâne déformé, mais ne présentant aucun phénomène nerveux, l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien est resté au contraire négatif.

La constatation du chancre ou de divers accidents spécifiques aurait pu seule donner la certitude sur la nature syphilitique de la lésion méningée de notre malade. Mais à défaut de certitude, on pouvait avoir une présomption ; c'est cette présomption qui nous a fait instituer par deux fois, avec succès, le traitement spécifique chez notre malade ; cette présomption est dès lors devenue si formelle, que c'est elle qui devra guider encore le traitement d'avenir de cet homme. La lymphocytose constatée hier encore dans son liquide céphalo-rachidien, prouve d'ailleurs que l'irritation de ses méninges n'est pas encore éteinte.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(4 mars 1902)

Cette séance a été entièrement consacrée au **chloroforme**. Il nous serait bien difficile d'en faire un compte rendu quelque peu détaillé sans répéter ce qui a déja été dit vingt fois, sans présenter toujours les mêmes propositions, les mêmes arguments. C'est d'abord M. Panas qui, éloigné de l'Académie par la maladie, n'en suit pas moins les travaux et les discussions, et qui lui adresse un travail dont M. Vallin a donné lecture : c'est l'exposé des résultats d'une longue pratique chirurgicale. M. Panas a vu essayer et a essayé lui-même tous les anesthésiques et tous les procédés, depuis l'éther, le premier en date, le chloroforme, les mélanges titrés d'eau et de chloroforme, le protoxyde d'azote, le bromure d'éthyle, le chlorure de méthylène, les injections préalables atropo-morphiniques, etc. Il a fini par se fixer au chloroforme. Son but, en passant en revue tous les anesthésiques, était de rechercher le moins toxique. M. Panas fait observer avec raison que ce n'était qu'une question de toxicité, le chloroforme serait d'autant plus dangereux qu'on en absorberait davantage ; or on sait que les cas de mort surviennent le plus souvent dès les premières bouffées. Ce n'est donc pas tant une question de toxicité de l'agent anesthésique qu'une question de prédisposition individuelle à des accidents réflexes.

Les seuls sujets selon lui qui, réellement, courent des dangers et nécessitent une surveillance redoublée au début de l'anesthésie, sont les nerveux à réflexes intensifs faciles à se produire et aussi à se prolonger pendant un temps plus ou moins long. Chez eux il faut, pour ainsi dire, distiller goutte à goutte l'administration du chloroforme et le cesser non moins souvent jusqu'à ce que le rythme respiratoire retrouve sa régularité parfaite.

Après les chirurgiens de Paris, voici les chirurgiens de la province : MM. Poncet (de Lyon) et Duret (de Lille) sont venus prendre part à la discussion. Avec M. Poncet nous entendons un plaidoyer complet en faveur de l'anesthésique cher à l'école de Lyon, de l'éther. A ce point de vue, la communication de M. Poncet est de toute importance et c'est pourquoi nous la publions plus haut *in extenso* (voy. p. 259). Nous n'y relevons ici qu'une proposition qui nous a semblé quelque peu exagérée ; M. Poncet nous dit avec raison que l'éther ne donne jamais les accidents de la syncope du début que nous donne parfois le chloroforme, qu'à ce point de vue l'éther est incontestablement moins dangereux que le chloroforme. Cela est parfaitement exact. Mais M. Poncet ajoute qu'on a calomnié l'éther en lui attribuant les accidents tardifs ou consécutifs dont on a plusieurs fois parlé dans cette discussion. Nous nous séparons ici complètement de l'éminent professeur de Lyon. Malgré notre répugnance toute personnelle pour l'éther nous reconnaissons que les accidents graves du début de l anesthésie sont infiniment plus rares avec lui qu'avec le chloroforme, mais nier les accidents consécutifs de l'éther, les poussées congestives pulmonaires, c'est nier l'évidence. Il y a bien longtemps que, dans les multiples essais de l'éther auxquels nous avons pris part nous avons été frappé de la fréquence de ces accidents. Nous préférons de beaucoup à ces accidents les quelques rares vomissements parfois et même toujours consécutifs du chloroforme. Peut-être serait-il juste, dans cette discussion, de tenir un peu compte de l'opinion des plus intéressés, des opérés eux-mêmes. Nous pouvons à ce point de vue, fournir un renseignement personnel qui a bien sa valeur. Trois fois, nous avons subi l'anesthésie chloroformique, les trois fois nous n'avons éprouvé qu'un réel agrément dans cette façon de s'endormir. Une seule fois quelques nausées après l'anesthésie. Jamais nous n'avons été soumis à l'anesthésie par l'éther, mais chaque fois que nous l'avons administré à des malades, nous en avons été fortement incommodé et jamais nous ne consentirions à être endormi par l'éther. Ce n'est, dirait-on qu'une opinion personnelle, qu'une idiosyncrasie particulière, mais nous sommes bien convaincu de n'être pas seul de cette opinion. Quoi qu'il en soit, il appartenait à M. Poncet de venir rappeler, dans cette discussion, la méthode anesthésique lyonnaise. Personne ne le pouvait faire avec plus de compétence et plus d'autorité.

M. Duret, dont la thèse sur les indications et les contre-indications du chloroforme est bien connue de tous ceux qui s'occupent d'anesthésie, a été heureux d'entendre M. Huchard exprimer, à la tribune de l'académie, cette opinion que le chloroforme n'était pas plus dangereux chez certains cardiaques que chez les autres. Cette opinion, M. Duret l'avait déjà défendue dans sa thèse. Mais il ne saurait trop insister également avec M. Huchard, sur les dangers du chloroforme dans les cas de dégénérescence graisseuse du cœur ou de symphyse cardiaque. Malheureusement, comme le fait très justement observer M. Duret, il n'est pas toujours très aisé de diagnostiquer ces états du cœur qu'on n'a reconnus, dans bien des cas, qu'à l'autopsie, après les accidents mortels survenus au cours ou au début et même souvent à la suite d'une anesthésie. En effet, dans sa thèse, M. Duret cite plusieurs cas de mort survenus quelques heures, ou même deux ou trois jours après le chloroforme et qui, à l'autopsie, ne peuvent être expliqués que par la dégénérescence graisseuse ou plus souvent encore par la symphyse du cœur. Depuis, dans sa pratique chirurgicale, M. Duret a relevé plusieurs cas qui n'ont fait que confirmer cette manière de voir.

Pour M. Duret, on meurt deux fois plus du chloroforme par le cœur que par la respiration. Il faut donc surveiller le pouls au moins aussi attentivement que la respiration. En outre, le chloroforme est dangereux pour le cœur pendant toutes les phases de l'anesthésie. Est-il plus dangereux pour les malades atteints d'affections cardiaques ? Non, s'il s'agit simplement de lésions valvulaires compensées. Oui, certainement s'il s'agit d'asistolie, de générescence du muscle cardiaque, de symphyse cardiaque. Dans les statistiques qu'a relevées M. Duret, dans sa thèse, chez 21 p. 100 des malades morts par le chloroforme, on a constaté des lésions cardiaques.

Pour la pureté du chloroforme qu'il faut obtenir autant que possible, M. Duret insiste sur les avantages qu'il y a à faire de fréquentes distillations du chloroforme qu'on a à sa disposition.

M. Delorme se sépare de M. Huchard sur l'innocuité relative du chloroforme chez les cardiaques. Cette opinion tendrait à diminuer la responsabilité des chirurgiens en cas de catastrophes. Or rien ne saurait diminuer cette responsabilité ; il faut bien qu'on sache qu'elle devient plus lourde encore en présence d'un malade atteint d'une affection cardiaque.

De l'avis de ses collègues sur la nécessité, dans la pratique hospitalière, d'apprendre aux élèves à donner le chloroforme, M. Delorme, dans la pratique de la ville, admettrait bien le chloroformisateur attitré, comme donnant au chirurgien plus de sécurité. Si nous avons bien compris, M. Delorme semblerait avoir la même sécurité quand c'est le médecin ordinaire du malade qui donne le chloroforme. Nous sommes loin de partager cette confiance; qu'on nous permette cet aveu sans vouloir en rien médire de nos confrères de la ville. En effet, ils ne sont appelés généralement à donner le chloroforme que d'une façon très exceptionnelle et c'est là un danger.

Pour la pureté du chloroforme, M. Delorme fait observer avec beaucoup de justesse que le chloroforme reconnu chimiquement pur peut donner des alertes.

L'analyse chimique seule est donc insuffisante. Le contrôle clinique doit être le corollaire obligé du contrôle chimique. La distillation systématiquement renouvelée paraît à M. Delorme un des meilleurs moyens d'assurer la pureté chimique du chloroforme.

Dans les cas exceptionnels, on est dominé par les circonstances, on fait comme on peut et pour le mieux.

A l'armée du Nord, en 1870, à Busigny, M. Delorme amputa pour la première fois une jambe, celle d'un cavalier saxon. Ce fut un gendarme français qui chloroformisa cet opéré, et il l'endormit très bien sur ses indications et sous sa surveillance.

Dans de semblables conditions, la responsabilité s'atténue.

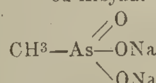
THÉRAPEUTIQUE

Étude comparative entre le cacodylate de soude et le méthylarsynate de soude.

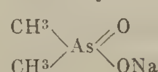
A la suite des intéressantes communications faites récemment par M. Armand Gautier à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine sur un succédané du cacodylate de soude, communications dont nous avons rendu compte ici même, nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de signaler les particularités chimiques qui différencient le nouveau corps du cacodylate.

Ce corps, le méthylarsynate disodique ou arsynal, ne paraît au premier abord différer que fort peu du diméthylarsynate sodique ou cacodylate. Ils ont en effet respectivement pour formule :

Methylarsynate disodique ou Arsynal



Diméthylarsynate sodique ou Cacodylate



Cette différence infime dans l'expression de la formule est cependant profonde si l'on considère les propriétés physiques et chimiques des deux corps.

L'arsynal a une composition chimique telle qu'il ne peut donner aucun produit secondaire et qu'il passe intact dans le torrent circulatoire.

Le cacodylate, au contraire, donne par décomposition dans l'estomac de l'oxyde de cacodyle, corps éminemment toxique et qui est la cause de tous les méfaits qu'on lui a reprochés, à savoir : l'odeur d'ail, les troubles gastriques et l'action nocive sur le rein, qui obligeaient à recourir uniquement à la voie sous-cutanée.

Aussi M. Armand Gautier a-t-il pu dire avec raison que le méthylarsynate de soude avait tous les avantages du cacodylate sans en avoir les inconvénients.

L'arsynal est un corps blanc, cristallisant dans le système prismatique, s'effleurissant à l'air en perdant son eau de cristallisation. Desséché à 120 degrés il n'éprouve pas de fusion jusqu'à 300 degrés. A cette température seulement il se décompose sans fondre, avec mise en liberté d'arsenic métallique.

Cristallisé dans l'eau et non desséché, il fond à 130-140 degrés.

L'arsynal est très soluble dans l'eau à chaud et à froid, à peine soluble dans l'alcool concentré. Il est insoluble dans l'éther, la benzine, le sulfure de carbone, l'éther de pétrole et les autres dissolvants neutres. Il est également insoluble dans l'huile.

Chauffé jusqu'à 300 degrés il ne dégage aucune odeur d'ail. Il en résulte que ses solutions peuvent être facilement stérilisées sans crainte de décomposition.

Absorbé par voie buccale il ne subit, sous l'influence des ferments digestifs aucune réduction et passe directement sous forme de $CH^3AsNa^2O^3$ dans le torrent circulatoire.

Le tableau ci-dessous donne, résumés comparativement, les caractères de chacun des deux corps et permettra au point de vue analytique de les différencier entre eux.

RÉACTIFS.	MÉTHYLARSYNATE DISODIQUE ou *Arsynal*.	DIMÉTHYLARSYNATE SODIQUE ou *Cacodylate*.
Tournesol..........	Bleuit le papier rouge de tournesol.	Neutre.
Azotate d'argent.....	Précipité blanc en petites aiguilles de méthylarsynate d'argent insoluble dans l'eau.	Pas de précipité.
Sulfate de cuivre....	Précipité vert-pré.	Pas de précipité.
Acétate neutre de plomb............	Précipité blanc.	Pas de précipité.
Sous-acétᵉ de plomb.	Précipité blanc.	Pas de précipité.
Bichlorure de mercure..............	Précipité rouge brique d'oxyde de mercure.	Pas de précipité.
Nitrate mercureux...	Précipité blanc.	Précipité blanc, mais devenant presque immédiatᵗ jaune.
Chlorure de calcium.	Rien à froid : à l'ébullition précip. abondᵗ d'écailles blanches.	Pas de précipité, ni à chaud ni à froid.
Azotate de cobalt ...	Précipité violacé.	Pas de précipité.
Sulfate de nickel.....	Précipité vert-pré.	Pas de précipité.
Sulfate de manganèse.	Précip. couleur chair.	Pas de précipité.
Sulfate de fer ammoniacal............	Précipité vert.	Pas de précipité.
Perchlorure de fer...	Pas de précipité.	Pas de précipité.
Chlorure d'or.......	Pas de précipité.	Pas de précipité.
Chlorure de platine..	Pas de précipité.	Pas de précipité.
Hydrogène sulfuré...	Pas de précipité.	Pas de précipité.

H. L. D.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les gardes-malades, congréganistes, mercenaires, professionnelles, amateurs, par les docteurs Hamilton et Félix Regnault, avec une préface du docteur Maurice Letulle. In-8°, illustré de 64 grav. — Prix : 3 francs. — Paris, Vigot frères.

Le médecin dans la société contemporaine, conférences de déontologie, par les docteurs P. Le Gendre, médecin des hôpitaux de Paris, et G. Lepage, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur des hôpitaux. In-16. — Prix : 2 francs. — Paris, Masson et Cie.

Comment on se défend contre la tuberculose (avec un exposé d'un nouveau traitement des maladies respiratoires), par le docteur Henri Mendel, ancien interne des hôpitaux de Paris. Broch. in-8° de 44 p., avec fig. dans le texte. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 28. — SAMEDI 8 MARS 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 8 MARS 1902. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Des cicatrices vicieuses (1).

Par M. Charles VIANNAY, interne des hôpitaux de Lyon, préparateur du cours de médecine opératoire à la Faculté.

IV

Traitement des cicatrices vicieuses. — Ce traitement devra être : *prophylactique* d'abord, *curatif* ensuite.

A. TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — Il consiste à empêcher la formation des cicatrices vicieuses, en dirigeant et surveillant l'évolution des plaies qui peuvent se cicatriser vicieusement.

Ces plaies sont toutes celles qui sont vastes, profondes et abondamment suppurantes : la grande majorité succède aux brûlures.

Pour prévenir les cicatrices vicieuses on devra :

1° Surveiller attentivement l'attitude des différents segments de membres au voisinage des plaies en voie de cicatrisation;

2° Restreindre la production du tissu de cicatrice, en favorisant par des greffes, le recouvrement des vastes plaies.

1. *Attitude.* — a. *Au voisinage des jointures.* — La règle est de placer le membre dans l'attitude la plus défavorable au rapprochement immédiat des bords de la plaie. En général, cette attitude est celle de l'extension.

On arrivera à ce résultat à l'aide d'atelles rigides ou d'appareils à extension continue, au moyen desquels on écarte autant que possible les bords des plaies, afin de permettre entre eux l'organisation d'une cicatrice suffisamment étendue. On poursuit encore le même but, aux doigts par exemple, par l'introduction de mèches profondément engagées et solidement maintenues dans l'angle que forme la réunion des deux surfaces suppurantes et correspondantes : ou encore en exerçant une compression continue sur cet angle même, à l'aide de bandelettes de tissu élastique convenablement disposées. Mais, les mèches placées dans l'angle des plaies ne réussissant pas toujours, on a songé à empêcher l'organisation de la cicatrice dans cet angle même, afin qu'il ne puisse servir de point de départ à l'adhésion des surfaces suppurantes, qui se cicatriseraient ainsi isolément. Dans ce but Amussat incisait chaque jour l'angle d'union des surfaces granuleuses; d'autres chirurgiens ont cautérisé cet angle, d'autres enfin l'ont simplement déchiré ou avivé avec un stylet.

b. *Au voisinage des orifices naturels.* — Quand la rétraction cicatricielle menace de rétrécir ou d'obturer quelque ouverture naturelle, on introduit dans cette ouverture un corps étranger (drain, tige de laminaire, etc.) qui la maintient béante, ou même, au besoin, la dilate.

Au contraire quand le travail cicatriciel tend à exagérer la béance d'un orifice, à attirer dans un sens excentrique une paupière ou une lèvre, on lutte contre cette tendance, en maintenant rapprochés les bords de l'orifice en question, en les suturant même au besoin.

2. *Greffes préventives.* — Lorsqu'on a affaire à une vaste plaie suppurante, comme celles qui succèdent aux brûlures étendues; lorsqu'il est manifeste que l'organisme aura une peine énorme à faire les frais de la réparation, il est indiqué, autant pour lui venir en aide que pour *restreindre la production de tissu cicatriciel* et les difformités qui peuvent s'ensuivre, de recourir aux *greffes.* Nous décrirons plus loin les différentes greffes et leur manuel opératoire; pour l'instant nous disons seulement que deux d'entre elles conviennent plus particulièrement, lorsqu'on veut obtenir l'épidermisation rapide d'une vaste surface bourgeonnante et suppurante ce sont : *la greffe épidermique de Reverdin et la greffe dermo-épidermique d'Ollier.*

B. TRAITEMENT CURATIF. — Le traitement curatif des cicatrices vicieuses comprend des méthodes non sanglantes et des méthodes sanglantes.

1. *Méthodes non sanglantes.* — Le traitement non sanglant des cicatrices vicieuses varie considérablement suivant les variétés de cicatrices.

a. *Cicatrices colorées.* — Contre la *rougeur* persistante des cicatrices on emploiera efficacement la *compression* (Lisfranc).

Quand on aura affaire à des cicatrices colorées par la déflagration de la poudre, on pourra tenter d'extraire les grains non déflagrés, à l'aide d'une aiguille à cataracte. Forgue et Reclus conseillent aussi des applications d'acide acétique ou d'ammoniaque, dont on frictionne les parties piquetées. Si ces moyens échouent, il faudra traiter les cicatrices colorées par la poudre, comme G. Variot traite les tatouages. Il badigeonne les parties de peau tatouée avec

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 25, p. 233.

une solution concentrée de tannin, puis à l'aide d'un jeu d'aiguilles, il fait des piqûres très serrées sur toute la surface de la peau qu'il veut décoller : il introduit ainsi, dans la partie superficielle du derme une certaine quantité de tannin. Puis il passe, en frottant fortement sur toutes les parties qu'il a piquées au tannin, un crayon de nitrate d'argent. Il se forme du tannate d'argent, dans les couches superficielles du derme et, consécutivement, une escare qui, dans sa chute, entraîne les parties tatouées.

b. *Cicatrices saillantes.* — Contre les cicatrices saillantes, nous avons à notre disposition trois modes de traitement : la compression, la scarification et l'extirpation. Bien que ces deux dernières méthodes soient des méthodes sanglantes, nous en dirons quelques mots ici, afin de n'avoir plus à revenir sur le traitement des cicatrices saillantes.

1° *Compression.* — C'est là un moyen déjà ancien, qui excelle à aplanir les cicatrices exubérantes ou fausses chéloïdes. Il était connu de Lisfranc qui rapporte, à ce sujet, l'observation suivante.

« Une actrice distinguée de la scène française fut affectée, dans l'âge adulte, d'une variole confluente qui lui mutila la figure; des cicatrices multiples offrant des mamelons, séparés par des enfoncements légers, s'y montraient. Elle eut la patience de porter, durant près de six mois, un masque avec lequel elle comprimait sa face, pendant la nuit et pendant la plus grande partie de la journée : les cicatrices saillantes s'effacèrent, les dépressions s'aplanirent, et la figure recouvra presque toute sa beauté. »

La compression a été appliquée récemment par quelques chirurgiens au traitement des chéloïdes de l'oreille et il en a été question, il y a quelques années, à la Société de chirurgie de Paris.

Elle a été réalisée de diverses façons. Delorme emploie la seule force manuelle : il saisit la tumeur entre le pouce et l'index et cherche à l'écraser. Reclus a essayé, dans un cas, la malaxation d'une chéloïde au moyen d'une tenaille à mors caoutchoutés; au bout de trois séances, le résultat était nul.

Enfin Rouvier, au cours de la discussion, a cité le cas d'une jeune blanchisseuse, qu'il avait opérée d'une chéloïde du lobule de l'oreille. Avant de venir le consulter, cette jeune fille s'était fait à elle-même de la compression pendant de longs mois, avec une pince de blanchisseuse : le résultat avait été absolument nul.

Un moyen à la fois simple et pratique de faire de la compression sur des cicatrices saillantes consiste à appliquer sur elles une cuirasse de bandelettes de Vigo. Ce moyen est recommandé par MM. Forgues et Reclus.

Lisfranc conseillait l'emploi de plaques de plomb, appliquées à nu ou enveloppées d'un linge; ou encore, selon les régions, d'un simple bandage ou de petits appareils spéciaux.

2° *Scarification.* — C'est un mode de traitement à mettre sur le même plan que la compression. Les scarifications ont donné des succès contre l'exubérance des cicatrices, entre les mains de Vidal, Guyard et d'autres chirurgiens. C'est un traitement peu douloureux et dont l'action est peut-être plus rapide que celle de la compression.

3° *Extirpation.* — Lorsque les moyens précédents ont échoué dans le traitement des chéloïdes, il est indiqué de les extirper et de réunir, par une suture bien affrontée, les bords de la plaie ainsi créée.

c. *Cicatrices déprimées.* — Il faut envisager ici deux ordres de cas : ou bien la cicatrice est simplement déprimée, ou bien elle est en même temps adhérente au plan sous-jacent.

1° *Dépression simple.* — Dans ce cas, pour relever le niveau de la cicatrice, on emploiera la *méthode de Gersuny* (de Vienne), qui consiste à injecter, dans le tissu cellulaire sous-jacent à la cicatrice, de la vaseline liquide. Cette substance ne se résorbe pas et maintient la cicatrice relevée au niveau de la peau ambiante. M. Jaboulay présentait récemment à la Société de chirurgie de Lyon, un malade à qui il avait appliqué avec succès cette méthode.

2° *Dépression avec adhérence.* — Il ne faut pas se presser d'intervenir : on voit parfois la cicatrice se libérer soit spontanément, soit aidée par des douches, bains, massages, ou par des exercices modérés. Forgues et Reclus disent avoir observé un certain nombre d'exemples de cette libération spontanée, au niveau du scrotum, dans les épididymites caséeuses, sur les joues et sur le cou, à la suite des périostites alvéolo-dentaires.

Quand les moyens que nous venons d'énumérer ne suffisent pas, il faut intervenir. On fera alors la libération de la cicatrice au ténotome, par la méthode sous-cutanée, suivie de sa mobilisation, pour empêcher l'adhérence de se reproduire.

Si l'on échoue et si l'adhérence se reforme, on fera une nouvelle section, suivie cette fois d'une injection de vaseline liquide, qui isolera la face profonde de la cicatrice, du plan auquel elle tend à adhérer.

Cet isolement pourra être obtenu encore par une greffe de tissu adipeux. Nous reviendrons, d'ailleurs, plus loin sur ce sujet.

d. *Cicatrices unissantes et oblitérantes.* — A cette catégorie appartiennent les cicatrices les plus nombreuses et les plus difficiles à traiter, car elles forment des brides, des cordes souvent très volumineuses et très résistantes.

Contre ces cicatrices, on a préconisé une série de moyens.

1° *Applications médicamenteuses.* — On a tenté d'obtenir l'assouplissement des brides cicatricielles par des moyens médicamenteux, tels que : applications relâchantes, onctions avec des corps gras, des pommades, embrocations huileuses, etc. Tous ces moyens, que nous ne citons que pour mémoire, sont complètement abandonnés aujourd'hui, la preuve de leur inefficacité n'étant plus à faire.

Il y a quelques années Hébra proposa de traiter les cicatrices au moyen d'injections sous-cutanées de thiosinamine employée en solution alcoolique à 15 p. 100. Par cette méthode il prétendit obtenir l'assouplissement du tissu cicatriciel. Nous ne savons rien de cette méthode dont l'emploi ne semble pas s'être généralisé : nous ne connaissons du moins aucun travail sur la question depuis celui d'Hébra.

2° *Moyens mécaniques.* — α. *Douches, bains tièdes.* — On leur a attribué une action émolliente sur le tissu de cicatrice, et à ce titre un certain nombre d'auteurs ont employé, pour assouplir certaines cicatrices, des douches tièdes, des bains de vapeur, des fomentations variées. Ces moyens, isolés, ne sont guère plus efficaces que les précédentes. Mais ils peuvent être un utile adjuvant dans le traitement des cicatrices vicieuses par la méthode de Cl. Martin.

β. *Gymnastique suédoise* (méthode de Neumann). — « Les prétentions de cette méthode, dit Panas (Dict. de Jaccoud), sont de faire disparaître, sans opération sanglante, les inconvénients des cicatrices vicieuses, en donnant à celles-ci une mobilité, une souplesse, une surface lisse, qui rapprochent leur tissu de celui de la peau.

Il s'agit d'exercer seulement sur le tissu de cicatrice une mobilisation et une compression énergique et répétée. Cette compression, faite à l'aide des doigts, peut être obtenue soit par une personne spécialement chargée de ce soin, soit par le malade lui-même et ne doit être suspendue que quand ce dernier ressent une douleur insupportable. Après un repos d'une ou deux minutes, on recommence, et ainsi de suite. Il suffit, dit Neumann, de quelques semaines ou de quelques mois au plus, pour faire disparaître, au moyen de ce traitement, les cicatrices les plus dures. De pareilles prétentions nous inspirent des doutes, et nous pensons que la méthode suédoise ne peut avoir d'autre rôle que de venir en aide aux opérations. »

F. Martin se range à l'avis de Panas, au sujet du massage employé *seul* au traitement des cicatrices. Cependant il ne faut pas, dit-il, refuser toute influence au massage : cette méthode, employée avec douceur, est certainement susceptible de modifier la vitalité des cicatrices. Ainsi que nous le verrons, les appareils lourds et à pression continue, au moyen desquels Cl. Martin obtient la dilatation des cicatrices vicieuses de la cavité buccale, agissent en partie « par leur mobilité, grâce à laquelle ils exercent sur les cicatrices une sorte de *massage qui provoque leur ramollissement* » (Cl. Martin).

γ. *Autres moyens mécaniques.* — On a encore employé, pour assouplir les cicatrices, le *massage*, l'application d'*appareils à extension* progressive ou continue. Au dire de M. Legouest, peu de temps après la cicatrisation, alors que les brides et les adhérences cutanées présentent encore une certaine souplesse, ces différents moyens peuvent, en assouplissant les cicatrices et en les étendant, s'opposer aux difformités.

Il est bon, toutefois, d'être prévenu que ces divers moyens, notamment l'extension, doivent être mis en œuvre avec la plus grande prudence et rigoureusement gradués, sous peine de provoquer l'ulcération des cicatrices et leur ramollissement.

3° *Méthode de Claude Martin* (de Lyon). — Cette méthode est basée surtout sur l'*extensibilité du tissu cicatriciel*. Comme nous l'avons déjà dit plus haut, la nature nous montre fréquemment des exemples de cette extensibilité.

Or, ce que la nature produit en maintes circonstances, Cl. Martin le réalise à volonté pour toute espèce de cicatrices, en les soumettant, au moyen d'une série d'appareils, dont on trouvera la description dans la thèse de F. Martin, à des *pressions et à des tractions lentes et continues*.

Mais Cl. Martin ne cherche pas seulement à exercer sur la cicatrice une action mécanique. Ce qu'il veut surtout, c'est, par la pression lente et continue de ses appareils, par le massage qu'ils exercent sur la cicatrice, lorsqu'ils sont placés dans une région mobile comme la cavité buccale, *arriver à modifier la vitalité du tissu cicatriciel*, à le ramollir, à l'assouplir, comme se ramollissent, pendant la grossesse, les cicatrices qui siègent dans la zone génitale.

Cl. et F. Martin ont traité par cette méthode, toute une série de cicatrices vicieuses, à savoir :

1° *Brides cutanées;*

2° *Rétrécissements cicatriciels des conduits organiques;*

3° *Rétrécissements cicatriciels des orifices (narines, bouche, orifices palpébraux, etc.), sans participation du squelette sous-jacent;*

4° *Cicatrices cavitaires accompagnées de déformations squelettiques : cavité buccale atrésiée par résection de maxillaire, cavités nasales déformées par des traumatismes du nez ayant laissé après eux des cicatrices plus ou moins étendues.*

Ils ont obtenu, dans la plupart de ces cas, des résultats remarquables, qui ont été consignés dans la thèse de F. Martin, et dont les six figures suivantes peuvent donner une idée.



Fig. 1. — *Avant.* (D'après F. Martin.)



Fig. 2. — *Après.* (D'après F. Martin.)

Les deux premières (fig. 1 et 2) ont trait à un malade qui, à la suite d'une suppuration de la gaine des vaisseaux, après ligature de la poplitée pour anévrysme artérioso-veineux des vaisseaux tibiaux postérieurs (1), eut une cicatrice rétractile du creux poplité qui lui maintenait la jambe fléchie à angle droit sur la cuisse (fig. 1). Après un mois du traitement de Martin (port d'un appareil à traction continue), on avait beaucoup gagné du côté de l'extension : la jambe faisait avec la cuisse un angle très obtus (fig. 2).

Les figures 3 et 4 représentent des photographies de moulages du visage d'une femme, à qui M. le professeur Pollosson avait réséqué, en 1895, la moitié gauche du

(1) Cette observation, intéressante d'ailleurs au point de vue chirurgical, a été publiée *in extenso* dans les *Archives provinciales de chirurgie*, 1901.

maxillaire inférieur, pour un sarcome myéloïde de la branche horizontale. Après cicatrisation complète — la prothèse immédiate n'ayant pu être maintenue et surveillée — la moitié inférieure gauche de la face offrait une dépres-

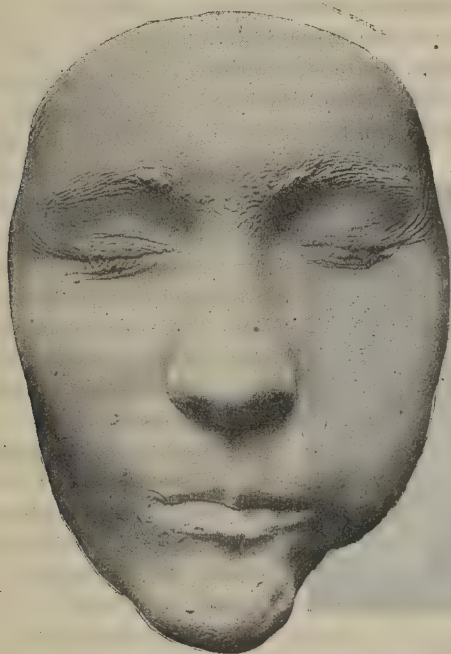


Fig. 3. — *Avant.* (D'après F. Martin.)

sion profonde due à la rétraction cicatricielle et représentée par la figure 3. Au bout de quinze mois du port continu d'un appareil de Martin, de volume et de poids progressivement croissants, la cicatrice avait cédé complète-

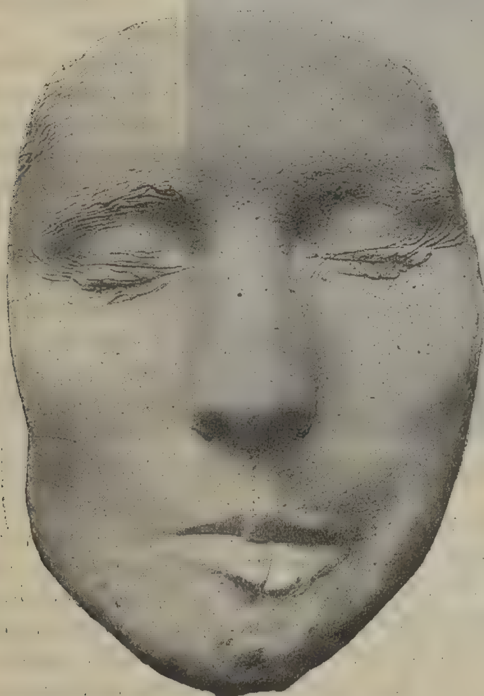


Fig. 4. — *Après.* (D'après F. Martin.)

ment : l'appareil avait creusé dans le tissu cicatriciel une dépression suffisante pour loger un appareil définitif, remplaçant la moitié absente du maxillaire et, comme le montre la figure 4, la moitié inférieure gauche de la face avait recouvré son relief normal.

Les figures 5 et 6 représentent le nez d'une jeune fille qui, à la suite d'un écrasement traumatique dont la cicatrisation n'avait pas été suffisamment surveillée, conservait une encoche assez disgracieuse. Celle-ci disparut complètement,



Fig. 5. — *Avant* (d'ap. F. Martin).



Fig. 6. — *Après* (d'ap. F. Martin)

après l'application d'un appareil à ressort, exerçant, à l'intérieur de nez, une pression de dedans en dehors, sur la cicatrice.

2. *Méthodes sanglantes.* — Toutes les cicatrices vicieuses ne sont pas justiciables du bistouri, même après échec des méthodes non sanglantes.

A ce sujet, Dupuytren a formulé un certain nombre de règles qui ont encore aujourd'hui force de loi.

1° On ne doit chercher à corriger les difformités par cicatrices, dit Dupuytren, que quelques mois, ou même quelques années après la formation de la cicatrice. On ne peut s'écarter de cette règle sans s'exposer à voir la perte de substance se reproduire par suite de la destruction de tout le tissu nouvellement formé ;

2° Il ne faut jamais opérer sans être certain d'obtenir, à l'aide de la position des bandages, une cicatrice moins large ou moins difforme que celle qu'on veut corriger ;

3° On ne pratiquera l'opération que lorsqu'elle peut rendre aux parties leur forme et leurs fonctions premières, et on s'en abstiendra par conséquent toutes les fois que les articulations seront enkylosées, les surfaces articulaires déformées, les muscles ou les tendons détruits.

Quand aucune de ces contre-indications n'existe et qu'on se décide à intervenir, on a le choix entre une série d'opérations d'inégale valeur, que l'on associe souvent entre elles. Ce sont : l'*incision*, l'*excision*, les *greffes* et l'*autoplastie*.

a. *Incision.* — Ce procédé a été appliqué de toute antiquité au traitement des brides cutanées. La plupart des chirurgiens qui l'ont employé, depuis Celse et Paul d'Egine, divisent transversalement la bride dans toute sa largeur et dans toute son épaisseur, ramènent les parties dans une direction opposée à celle que la rétraction de la bride leur avait donnée, et les maintiennent dans cette position, jusqu'à ce que la nouvelle cicatrice ait perdu toute tendance à reproduire la difformité.

Decès, au lieu de couper transversalement la bride, la sectionnait en plusieurs points à l'aide d'incisions disposées en V, imbriquées ou alternes, ou mieux en zig-zag. C'est là ce que l'auteur appelle : procédé des *coupes ondulées*.

Bien que les auteurs du *Compendium* de chirurgie disent avoir obtenu des guérisons *solides et durables* par la méthode

des incisions, ce procédé compte d'assez nombreux revers qui tiennent pour la plupart à la reconstitution de la bride sous l'influence de la cicatrisation. Les résultats ne varient guère lorsque, au lieu de sectionner la bride avec un instrument tranchant, on la divise lentement avec un fil de plomb [Rudtorffer (cité par Legouest, *Dictionnaire de Dechambre*)], ou d'un entérotome très étroit et très mince, et lentement serré, comme l'ont fait Maisonneuve et Giraldès. En somme, l'incision pure et simple des brides cicatricielles est une méthode inefficace, à peu près complètement abandonnée et à laquelle on ne doit plus avoir recours, sauf dans quelques cas spéciaux et exceptionnels.

b. *Excision.* — Les règles de cette méthode ont été formulées par Delpech. C'est lui qui le premier pratiqua systématiquement l'excision totale du tissu cicatriciel, suivie de l'affrontement immédiat des lèvres de la plaie, dans le but de supprimer complètement l'*inodule*, cause première et permanente de l'attitude vicieuse.

Pour enlever le tissu de cicatrice, on circonscrit la bride entre deux incisions courbes se regardant par leur concavité (Delpech) ou entre deux incisions en ligne brisée enfermant la cicatrice dans un losange (Sédillot) que l'on extirpe. L'excision une fois faite, on rapproche et l'on suture les bords de la plaie ainsi créée.

Mais cette méthode n'est pas applicable dans tous les cas. Elle ne peut guère convenir qu'à des brides cicatricielles étroites, linéaires en quelque sorte, dont l'extirpation ne détermine qu'une plaie assez étroite pour que l'on puisse en faire la réunion immédiate. Mais dans le cas de cicatrices vastes et s'étendant également dans tous les sens, l'extirpation complète du tissu cicatriciel détermine une perte de substance trop considérable pour qu'il soit possible d'en rapprocher les bords. Alors il faudra faire suivre l'excision de *greffes* ou d'*autoplastie*, méthodes qu'il nous reste maintenant à étudier.

C. Greffes. — On s'est livré, en matière de greffes, aux tentatives les plus variées. Les uns ont pris leurs greffes sur les téguments des animaux, les autres, sur ceux de l'homme, d'où la division des greffes en deux grandes variétés :

Zoogreffes et greffes humaines.

1° *Zoogreffes.* — Elles ont été empruntées à la peau de différents animaux : chien (Jacenko, Philippe), cobaye (Dubreuil, Letiévant), poulet (Redard) et surtout grenouilles (Baratoux et Dubousquet-Laborderie, Vincent).

Czerny et Houzé de l'Aulnoit se sont servis de la muqueuse buccale du chien, du lapin et du bœuf; Ririac de l'épiploon du mouton, de Wecker et de Grammont, de la conjonctive oculaire du lapin; d'autres ont eu recours au mésentère du même animal. Ollier avait tenté des greffes de périoste à la surface des plaies; enfin Amat s'est servi de la membrane coquillière de l'œuf.

MM. Forgues et Reclus, qui ont essayé la plupart de ces variétés de greffes animales, les considèrent comme très inférieures aux greffes dermo-épidermiques d'Ollier-Thiersch. Leurs résultats confirment d'ailleurs les conclusions de Berezowski, qui a étudié (1892) les processus histologiques observés dans la transplantation de lambeaux cutanés sur des animaux d'espèces différentes.

Cependant les zoogreffes comptent à leur actif un certain nombre de succès, principalement les greffes de peau de grenouille. MM. Vincent (de Lyon), Baratoux et Dubousquet-Laborderie, Reverdin y ont eu recours avec succès. Voici, d'après Baratoux et Dubousquet, les conditions dans lesquelles on devra se placer, pour avoir le maximum de chances de réussite : « 1° Plaie bourgeonnante. 2° Éviter de faire saigner, la coagulation du sang empêchant le contact immédiat entre les cellules de la greffe et celles des bourgeons charnus. 3° Éviter la suppuration qui agit comme la coagulation et entraîne avec elle les minces pellicules de grenouille. 4° Docilité et immobilité du blessé pendant les trois ou quatre premiers jours. 5° Faire soi-même les pansements qui seront rigoureusement antiseptiques, et apporter le plus grand soin au pansement de début qui est le plus important et qui doit être compressif. »

Dans un cas, ces auteurs ont employé comparativement des greffes humaines et des greffes de peau de grenouille : le résultat fut à l'avantage de la cicatrice due à la peau de grenouille, élastique et molle. De même Reverdin a obtenu en dix jours, par le même moyen, l'épidermisation de deux plaies étendues. « En comparant, ajoute cet auteur, ce résultat à ceux que je connais, je me demande si, mettant autant de peau humaine que j'ai mis de peau de grenouille, j'aurais eu une réparation aussi rapide et aussi bonne. »

On pourra donc, surtout lorsqu'on aura affaire à des sujets timorés n'acceptant pas la taille de larges transplants, ou à des plaies trop étendues, recourir aux zoogreffes et surtout à la peau de grenouille, que l'on empruntera aux régions les moins colorées : paroi abdominale et face antéro-interne des cuisses.

2° *Greffes humaines.* — Ces greffes sont presque toujours empruntées à la peau humaine. Elles se distinguent les unes des autres par la plus ou moins grande épaisseur de peau qu'elles intéressent. La greffe *cornée* prend seulement la couche cornée de l'épiderme ; la greffe *épidermique* comprend tout l'épiderme et l'extrême sommet des papilles du derme, que l'on est obligé d'intéresser pour avoir l'épiderme tout entier, y compris ses bourgeons inter-papillaires; la greffe *dermo-épidermique* intéresse l'épiderme et une partie du derme; enfin, la greffe *cutanée totale* comprend toute l'épaisseur de la peau.

a. *Greffe cornée.* — Cette greffe, tentée par Marc Sée en France, Fiddes et Hodgen en Angleterre, consiste à semer à la surface d'une plaie, des squames vieillies, des écailles d'épiderme obtenues par le râclage. Studer, Bribach, ont utilisé ainsi la mince rognure détachée d'un cor au pied. On peut encore rapprocher de cette méthode, les essais de transplantation d'épiderme soulevé par un vésicatoire [Tigri (de Sienne)].

Si les premières tentatives de ce genre (Sée, Fiddes) ont paru donner des résultats, on n'a pas tardé, en renouvelant ces expériences (Soldie, Czerny, Reverdin), à s'apercevoir qu'on échouait toujours quand on ne comprenait pas, dans la greffe, la couche de Malpighi. Il était facile, du reste, de prévoir ce résultat *a priori* et de ne pas compter sur une couche de cellules mortes, pour jouer un rôle aussi vivant (Marduel).

b. *Greffe épidermique.* — Cette greffe a été appliquée pour la première fois par Reverdin (1870) qui l'a employée pour hâter la cicatrisation des vastes plaies bourgeonnantes. Les greffes appliquées suivant cette méthode doivent être *petites* et *nombreuses*. Elles sont en outre très *superficielles* et comprennent l'épiderme et l'extrême sommet des papilles du derme.

On taille le lambeau très mince, soit avec une lancette,

soit mieux, avec un rasoir ou avec la cuiller tranchante de Reverdin, spécialement construite à cette effet. La membrane granuleuse doit être préparée pour recevoir les greffes. Les bourgeons charnus exubérants seront réprimés par le nitrate d'argent ou la teinture d'iode. Un pansement compressif aux bandelettes de Vigo ou au styrax, excelle à les aplanir et à les dégorger. Forgues et Reclus ont obtenu d'excellents résultats, par la balnéation quotidienne ou biquotidienne dans de l'eau à 50 degrés : la membrane granuleuse se tasse et se vivifie et l'on peut alors songer à la greffe.

Au bout de vingt-quatre heures, chaque lambeau greffé paraît plus blanc, plus épais, gonflé et ramolli ; au bout de quarante-huit heures, il est cerclé d'une petite bordure gris pâle, qui rougit le quatrième jour et devient gris nacré le cinquième ; puis une nouvelle aréole rouge l'entoure, et les îlots vont ainsi s'accroissant, tandis que le liséré marginal progresse de son côté et marche à leur rencontre. La croissance des îlots greffés n'est pas indéfinie, d'où l'indication d'en multiplier le nombre.

Bien que plus efficace que les précédentes, cette greffe compte de nombreux échecs, aussi lui prefère-t-on généralement la suivante.

c. *Greffe dermo-épidermique.* — L'idée première de la greffe dermo-épidermique, ainsi que sa première exécution, sont dues à Ollier.

C'est lui qui, le premier, substitua, aux petites greffes épidermiques de Reverdin, la greffe de larges lambeaux, comprenant non seulement l'épiderme, mais la plus grande épaisseur du derme. Son but était de « substituer à la pellicule épidermique des cicatrices ordinaires, une membrane ayant les éléments essentiels de la peau normale en tant que membrane limitante, et en conservant les caractères ».

C'est en 1872 qu'Ollier présenta, à l'Académie de médecine, les résultats de ses premières greffes, qui dataient alors de deux ans. Un grand nombre de chirurgiens : Broca, Dubreuil, J. Beckel, Pollock, Holmes, Thiersch, etc., imitèrent la pratique du chirurgien lyonnais. Thiersch apporta quelques modifications à la technique de la greffe d'Ollier (1). Il montra que les hémorragies, la suppuration, les exsudats qui se produisent à la surface des bourgeons charnus, et qui s'interposent entre eux et les lambeaux greffés, étaient une cause fréquente d'échec de la greffe. Or, comme les hémorragies et les exsudations viennent surtout de la couche superficielle des bourgeons charnus, il ne faut appliquer les greffes qu'après avoir cureté ces bourgeons.

La compression, faite au moyen d'un tampon imbibé d'une solution chlorurée sodique, suffit à arrêter l'hémorragie qui se produit après le passage de la curette. La plaie étant ainsi préparée, on s'occupe de la taille des greffes.

On les prend de préférence sur la face antérieure de la cuisse. Après une asepsie soigneuse, la main gauche de l'opérateur, tend la peau antérieure de la cuisse, aidée de celles d'un aide qui, placé à la racine du membre, empaume sa face postérieure avec ses deux mains aux doigts joints. La main droite, alors armée d'un rasoir d'histologiste à large lame, entame franchement la peau de la cuisse, dans la moitié de son épaisseur environ, et descend dans le même plan de clivage, par un rapide et régulier mouvement de va-et-vient. « Si la greffe est bien taillée, un ruban de constante largeur — de 1 à 2 centimètres — finement dentelé, non opaque, blanc rosé, se ramasse par plis réguliers sur la lame ; on l'arrête à la longueur convenable, en relevant d'un coup net le tranchant appuyé sur le pouce. Sur la surface ainsi rasée, se produit un pointillé sanguin, correspondant à la section des papilles, et indiquant que la taille s'est faite à bonne profondeur... Les lanières sont portées par glissement, sur une large spatule coudée : on en profite pour rectifier les plis et les doublures qui ont pu se produire. La spatule chargée est approchée du bord de la plaie par son extrémité. Fixez, avec une sonde cannelée, le bout du lambeau sur la marge même de la plaie et éloignez la spatule en sens inverse : la lanière se déploie et s'applique » (Forgues et Reclus).

On peut aussi faire passer directement la greffe, du rasoir sur la plaie, sans l'intermédiaire d'une spatule. Si l'on veut recouvrir, en une seule séance, toute l'étendue d'une plaie, on place côte à côte, une série de bandelettes débordant les marges de la plaie et se recouvrant par une mince lisière. On rectifie la position des bandelettes, on étale leurs bords, puis, au fur et à mesure, un aide les « colle » à la plaie, sous la pression douce d'une compresse de gaze, mouillée d'une solution chlorurée sodique, mais soigneusement exprimée. Puis on recouvre la surface greffée d'une pièce de silk protective ; on applique un pansement *aseptique* mais non antiseptique ; enfin on immobilise le membre.

Les greffes, pour prendre, demandent de deux à trois semaines. Elles constituent une assez bonne couverture, moins souple que la peau normale, mais beaucoup plus que le tissu de cicatrice.

Sur une de ses opérées, présentée à la Société de chirurgie de Lyon, M. Nové-Josserand a pu constater, deux ans et demi après l'opération, que les lambeaux greffés s'étaient légèrement élargis, mais aussi raccourcis et que leurs dimensions totales étaient restées les mêmes. De plus, la greffe avait une sensibilité assez atténuée ; elle présentait quelques poils grêles et rares ; enfin, l'étude de sa sécrétion sudorale, faite d'après la méthode d'Aubert, avait montré quelques rares points noirs correspondant à des orifices de glandes sudoripares.

d. *Greffe cutanée totale* (*greffe de lambeaux cutanés sans pédicule*). — La *transplantation* de larges lambeaux non pédiculés, comprenant toute l'épaisseur des téguments, est un procédé peu employé et peu pratique. Il y a à cela deux grandes raisons : la difficulté de se procurer l'étoffe nécessaire et la difficulté que l'on a à faire vivre la greffe.

α. *Difficulté de se procurer l'étoffe.* — C'est là le principal écueil de la méthode. Il faut en effet tailler de très grandes pièces, à cause de la rétraction considérable du lambeau : on sait qu'il faut pratiquement compter sur un retrait de moitié (Ollier). Aussi n'est-il guère possible de prendre l'étoffe sur l'opéré lui-même, car la taille du lambeau laisserait après elle des pertes de substance trop considérables : ce serait faire un trou pour en boucher un autre. On ne peut guère songer à prendre le lambeau sur un tiers complaisant. Car on trouvera rarement des dévouements semblables à celui de cet époux modèle, qui mettait son tégument cutané à la disposition de Delpech, pour y tailler les lam

(1) Bien que Thiersch ait apporté, au manuel opératoire de la greffe dermo-épidermique, une modification importante, en curetant les bourgeons charnus, l'idée première de la méthode n'en appartient pas moins à Ollier. Aussi, serait-il plus juste d'appeler cette greffe, greffe d'Ollier que greffe de Thiersch, comme l'appellent un certain nombre d'auteurs de langue allemande et même de langue française. En France, on désigne communément la greffe dermo-épidermique, sous le nom de greffe d'Ollier-Thiersch.

beaux devant servir à combler la vaste brèche que devait faire sur la poitrine de sa femme l'ablation d'un cancer en cuirasse.

Empruntera-t-on le lambeau à un membre qu'on vient de couper? Mais, comme le font justement observer Forgues et Reclus, on n'a pas toujours une amputation à faire et surtout une amputation traumatique, partant inattendue, chez un sujet sain, sans tare rédhibitoire.

Dans ces dernières années, quelques chirurgiens allemands (Hirschberg, Krause) sont revenus à la transplantation cutanée, en prenant des lambeaux multiples, pour restreindre l'étendue de la brèche nouvelle.

β. *Difficultés de faire vivre la greffe.* — Depuis la mise en pratique de l'asepsie, cette difficulté est moindre qu'autrefois. Ainsi, sur 100 lambeaux empruntés aux différentes régions du corps, dont quelques-uns mesuraient de 20 à 25 centimètres de longueur sur 6 à 8 de largeur, Krause n'a constaté que 4 fois le sphacèle.

Ce que l'on ne peut empêcher, c'est la mortification et l'exfoliation de l'épiderme du lambeau. Au-dessous de lui (Reverdin), le derme apparaît comme une surface mollasse, assez semblable à la pâte d'un camembert bien fait; il semble que cette masse va subir une fonte complète et l'on s'attend à ne pas la retrouver le lendemain. Il n'en est rien. Le lendemain, elle présente à sa surface un ou deux petits points rouge vif; le surlendemain, ces points se sont étendus et bientôt la greffe entière a pris une coloration rosée de bon augure. Ces transformations sont dues à de petits vaisseaux qui ont pénétré la greffe par sa profondeur, pour l'alimenter. La guérison et l'adhérence complète du lambeau demandent de trois à six semaines.

e. *Greffe de tissu adipeux.* — Cette greffe a été appliquée tout récemment par M. Nové-Josserand au traitement des cicatrices déprimées et adhérentes.

Chez une jeune fille de douze ans qui, après avoir été atteinte d'ostéites multiples, notamment au niveau du malaire droit, présentait à ce niveau une cicatrice adhérente et déprimée, M. Nové-Josserand libéra les bords de la cicatrice, enleva soigneusement la peau qui en tapissait le fond, transplanta dans cette plaie un fragment de graisse pris à la cuisse de la malade et réunit la plaie avec des fils métalliques. Ainsi, la face profonde de la cicatrice se trouvait isolée par un coussinet adipeux du plan osseux auquel elle avait des tendances à adhérer. Un mois après, la malade ayant été présentée à la Société de chirurgie de Lyon, on put constater que la graisse transplantée ne s'était pas résorbée et que le résultat ne laissait rien à désirer au point de vue esthétique. L'idée de cette opération avait été suggérée à M. Nové-Josserand par la lecture d'un cas analogue dont il n'a pu retrouver l'indication.

f. *Appréciation.* — Ces différentes greffes sont de valeur très inégale.

La greffe cornée est définitivement condamnée et n'a plus qu'un intérêt historique.

La greffe totale, malgré les tentatives d'Hirschberg et Krause pour la rajeunir, restera toujours, à cause de ses difficultés pratiques, une méthode d'exception.

Restent la greffe épidermique et la greffe dermo-épidermique. Cette dernière constitue véritablement la méthode de choix : elle échoue plus rarement que la greffe de Reverdin et assure à la plaie une bonne couverture, souple et se rapprochant, par ses caractères, de la peau normale.

Quant à la greffe adipeuse, dans les cas rares et spéciaux où elle a été employée, elle a donné les meilleurs résultats.

D. Autoplastie. — Tandis que, dans la greffe, on détache complètement et on transplante le lambeau, dans l'autoplastie on laisse toujours ce lambeau adhérent à son lieu d'origine par un pédicule plus ou moins large.

L'autoplastie se pratique suivant trois méthodes très anciennes : française, indienne, italienne. Plus récemment, quelques chirurgiens ont tenté d'appeler « méthode allemande » un procédé qui n'est qu'une variante de la méthode italienne.

1° *Méthode française.* — Le plus ancien procédé, que l'on trouve indiqué dans Celse, est connu sous le nom de *méthode française* ou autoplastie par glissement. On l'appelle aussi procédé de Celse. Il consiste à disséquer, à décoller la peau sur les bords de la plaie, de façon à lui permettre de glisser sur les plans sous-jacents et à favoriser ainsi la réunion. Au besoin, des incisions libératrices séparent les parties de peau les plus mobilisables, sous forme de lambeaux restant adhérents, par un de leurs côtés, aux téguments environnants. En associant ces manœuvres à la *suture forcée*, par la méthode de M. Gangolphe, on peut arriver à recouvrir des surfaces cruentées extrêmement étendues.

2° *Méthode indienne.* — Elle diffère de la précédente en ce que le lambeau est taillé de telle sorte qu'il est nécessaire de lui faire subir une *torsion* plus ou moins étendue de son pédicule pour le mettre en place.

Cette méthode est plus particulièrement indiquée dans certaines régions. Elle convient à merveille pour combler la plaie due à la section d'une bride axillaire, car elle permet de donner au pli de flexion une couverture de peau souple et saine. C'est encore à elle que l'on a recours pour la rhinoplastie : on prend en général un lambeau frontal triangulaire, à sommet inférieur, auquel on fait faire un demi-tour sur son pédicule pour le rabattre au niveau du nez.

3° *Méthode italienne.* — a. *Définition et historique.* — Cette méthode emprunte son lambeau, non plus aux téguments du voisinage de la plaie, mais à distance, et lui conserve, pour assurer sa nutrition, une base d'implantation plus ou moins large. C'est par des attitudes souvent contraintes qu'elle arrive à mettre en rapport le lambeau et la brèche à recouvrir.

On n'emploie plus aujourd'hui que la *méthode italienne modifiée.* Voici en quoi elle diffère de la méthode de Branca et de Tagliacozzi. Ces auteurs — qui n'appliquaient la méhode italienne qu'à la restauration des nez — taillaient un lambeau au bras, sur la région des biceps, et le soulevaient d'abord comme un pont, en le laissant attaché par les deux extrémités à son lieu d'origine; puis ils détachaient l'extrémité supérieure et abandonnaient le lambeau à lui-même, jusqu'à ce que sa surface, jadis cruentée, puis granuleuse, se fût entièrement épidermisée. Lorsque ce lambeau était ainsi « arrivé à l'âge adulte » — ce qui demandait un temps considérable — on l'avivait par ses bords et, après avoir également avivé la surface de section du moignon nasal, on l'appliquait sur celle-ci et on l'y maintenait par la suture, tandis que le membre supérieur lui-même était fixé à la tête, par un appareil destiné à empêcher tout tiraillement du lambeau qui était encore attaché au bras par son pédicule. Quand l'adhésion du lambeau à la face semblait complète, on coupait l'isthme qui le rattachait encore au bras et on laissait le membre supérieur reprendre sa liberté.

Actuellement, on n'attend plus la cicatrisation du lambeau taillé à l'avance, mais on applique directement, par la suture, le lambeau fraîchement taillé, sur la perte de sub-

stance qu'il doit combler. De plus, on a généralisé l'emploi de cette méthode, appliquée seulement, autrefois, à la restauration des nez.

C'est un chirurgien allemand, Carl-Ferdinand Graefe, qui, en 1817, modifia l'ancienne méthode italienne : dans la même séance, il tailla sur le bras et fixa au moignon du nez avivé, le lambeau qui devait servir à reformer ce dernier. Graefe voulut donner à son procédé le nom de *méthode allemande*. Mais, comme le dit excellemment M. Berger, ce procédé n'est qu'une simple modalité de la méthode italienne, dont il ne diffère que par la *répartition de ses temps*.

A la suite de Graefe, plusieurs chirurgiens s'essayèrent à pratiquer l'opération nouvelle ; de ce nombre, furent Benedict, Dieffenbach et Fabrizzi, de Modène. Ce dernier eut le mérite d'étendre les indications de la méthode italienne modifiée par Graefe, au delà des limites d'un simple procédé de rhinoplastie et de lui donner la portée d'une méthode générale d'autoplastie.

Mais cette méthode, qui avait réussi pour la rhinoplastie, entre les mains de Graefe et de ses élèves et de Fabrizzi, donna pendant longtemps de très mauvais résultats aux chirurgiens (Sygismondi, Wützer, Szymanowski) qui tentèrent de l'appliquer à la cure des ulcérations et des déformations cicatricielles des membres.

Depuis une vingtaine d'années seulement, c'est-à-dire depuis l'ère antiseptique, elle a donné une série de très beaux succès, entre les mains de M. Berger, de Socin, Maas, Salzer, Wagner, de M. le professeur Poncet, et de plusieurs autres chirurgiens : Keetby, von Hacker, Mac Cormac, Cereseto, etc.

b. *Manuel opératoire.* — Le manuel opératoire de la méthode italienne modifiée a été bien réglé par Berger, qui, à plusieurs reprises, a attiré l'attention sur elle.

α. *Soins pré-opératoires.* — Ces soins sont relatifs : au choix de la région qui doit fournir le lambeau et à l'attitude à donner au membre après l'opération.

Choix de la région. — Autant qu'on le pourra, on choisira son lambeau dans une région dont la peau soit aussi semblable que possible par ses divers caractères (épaisseur, revêtement pileux, coloration) à celle de la partie sur laquelle elle doit être fixée. Il faut en outre que la dissection du lambeau ne détermine, sur la partie à laquelle on emprunte, qu'une perte de substance qui puisse être réparée par première intention ou par granulation, sans laisser de cicatrice visible ou gênante ; qu'elle n'intéresse aucun organe inportant et qu'elle ménage autant que possible les gros troncs veineux et les nerfs superficiels.

Enfin et surtout, il faut que la partie à laquelle on emprunte, puisse être amenée et maintenue au contact de la partie qui emprunte, sans efforts, sans tension douloureuse, et que l'attitude dans laquelle ce contact est réalisé puisse être soutenue sans trop de fatigue.

En cherchant à remplir ces conditions, on reconnaîtra qu'à une autoplastie portant sur une région donnée, correspondra presque toujours un lambeau pris sur une région facile à déterminer à l'avance : c'est ainsi que, pour les transplantations à faire sur une jambe, la peau sera presque toujours empruntée soit à la jambe, soit à la cuisse opposée. Pour les restaurations portant sur le membre supérieur, les lambeaux seront toujours pris au tronc : en général à la peau du dos, s'il s'agit de réparer une perte de substance de la face palmaire, à celle de la région antérieure du tronc, s'il s'agit de la face dorsale de la main. Tout récemment, Morestin s'est servi de la peau du sein pour combler, chez une vieille femme, une perte de substance du dos de la main. Les autoplasties de la face, sauf de rares exceptions, emprunteront toujours les matériaux de la restauration au bras et surtout à la région bicipitale (Berger).

Enfin, on calculera le *siège du pédicule*, en découpant dans une compresse de gaze le patron de son lambeau, en le superposant à la perte de substance et rapprochant jusqu'à son contact, la partie à laquelle sera emprunté le lambeau ; c'est au point où le bord du patron est tangent à cette partie que l'on place le pédicule du lambeau.

Attitude du membre. — L'attitude à donner au membre après l'opération doit être fixée avec la plus grande précision (Berger). On habituera peu à peu le malade à subir l'immobilisation prolongée qu'il devra supporter ; on pourra parfois accoutumer avec de la patience, et par des exercices gradués, un membre à se faire une attitude forcée, qu'il ne pouvait pas supporter tout d'abord. On s'assurera comment, dans cette position, pourront s'accomplir les différentes fonctions : sommeil, alimentation, évacuations.

Dans la position exacte où seront maintenues les parties, on moulera des attelles ou des valves plâtrées amovibles qui, après l'opération, seront réappliquées et fixées par des liens bouclés, des bandes ou des bracelets plâtrés. Pour le transport des lambeaux du bras sur la face, il faut recourir à des appareils fabriqués : corsets en cuir moulé, pourvus de gouttière articulée maintenue par des vis à pression ; ou bien une sorte de capeline, coiffant la tête, se rattachant à un corset et sur laquelle, l'avant-bras et le bras se fixent au moyen d'un long gantelet (Forgues et Reclus).

β. *Technique opératoire.* — On prépare le lit au lambeau, par le simple grattage de la membrane granuleuse, ou mieux par la dissection et l'ablation de tout le tissu de cicatrice, sur le point où il doit s'appliquer. On dissèque, avec sa doublure de tissu cellulaire sous-cutané, le lambeau préalablement dessiné ; on le rapproche, on l'ajuste sur la brèche à combler et on le suture au fil métallique ou au crin de Florence. Le pansement demande de grandes précautions. On recouvre le lambeau de compresses de gaze iodoformée ; on veille à ce que le pédicule ne soit ni tiraillé, ni comprimé ; on interpose entre les deux membres, des coussins d'ouate aseptique et l'on enveloppe l'ensemble dans un épais pansement, méthodiquement compressif. Il ne reste plus qu'à appliquer et à assujettir l'appareil de maintien — plâtré ou autre — confectionné à l'avance.

γ. *Soins post-opératoires.* — Le pansement ne doit être renouvelé que vers le douzième ou le quinzième jour. On fera alors, en un seul ou en plusieurs temps, la section du pédicule et son insertion à la place qu'il doit occuper. Cette dernière partie de l'autoplastie, peut être remise à quelques jours.

Enfin des manipulations travailleront le lambeau, qui, manquant d'abord de mobilité et de souplesse, se confondra de plus en plus, dans la suite, avec les environs cutanés et, obéissant à la traction excentrique, pourra en quelques mois doubler ses dimensions.

Comme on le voit par ce qui précède, les méthodes de traitement des cicatrices vicieuses sont aussi nombreuses que variées ; mais encore faut-il faire un choix dans ce nombre et préciser les indications des différentes méthodes.

3. *Indications et choix du traitement.* — Pour un certain nombre de cicatrices vicieuses, les indications sont précises et la ligne de conduite à suivre, nettement tracée.

Ainsi, les CICATRICES COLORÉES doivent être traitées par la *compression* ou le *détatouage*, suivant la nature de la coloration.

Les CICATRICES DÉPRIMÉES seront relevées — après section sous-cutanée des adhérences, s'il y a lieu — au moyen des *injections de vaseline* (1) ou des *greffes adipeuses*.

Les CICATRICES EXUBÉRANTES seront réprimées au moyen de la *compression*, de la *scarification*, ou de l'*extirpation*.

Dans tous ces cas, la ligne de conduite est claire et le succès, à peu près assuré.

Mais il n'en est pas de même, lorsqu'il s'agit des cicatrices unissantes et oblitérantes. Celles-ci, dès qu'elles sont un peu vastes ou un peu volumineuses, tiennent souvent en échec la thérapeutique chirurgicale.

Or, *toutes ces cicatrices sont justiciables de la méthode de Claude Martin.* Dans l'état actuel de la science, cette méthode représente, dans beaucoup de cas, le *traitement de choix*, dans tous les autres, une très utile préparation ou un complément indispensable au traitement chirurgical, des cicatrices vicieuses.

Les appareils de Martin triompheront seuls, des rétrécissements cicatriciels des orifices, des cicatrices cavitaires (cavité buccale, narines) et parfois des rétrécissements cicatriciels des conduits; enfin, ils pourront suffir à assouplir et à allonger les brides cicatricielles des plis de flexion, au moins quand ces brides ne seront pas trop volumineuses.

En cas d'échec de la méthode de Cl. Martin, on recourra au traitement sanglant.

Mais alors, quelle intervention choisir? L'*incision* simple des brides est à peu près complètement tombée en désuétude : elle ne conviendra qu'à quelques brides très minces.

L'*excision* du tissu cicatriciel, suivie de la suture immédiate, telle que la pratiquait Delpech, est rarement applicable : elle ne conviendrait qu'à des brides cicatricielles longues et étroites, peu volumineuses et entourées de peau saine. Actuellement, l'excision est devenue le préliminaire obligé des greffes et de l'autoplastie : elle constitue le premier temps de la cure opératoire des volumineuses brides des plis de flexion et des symphyses thoraco-brachiales ou autres.

Le tissu cicatriciel étant *totalement extirpé* quelques chirurgiens comblent d'emblée tout ou partie de la brèche ainsi créée; d'autres laissent d'abord la plaie granuler, avant de recourir aux greffes ou à l'autoplastie.

Les greffes et l'autoplastie : telles sont, en effet, les deux méthodes ou plutôt les deux groupes de méthodes auxquelles on a recours dans le second temps de l'intervention.

Le choix du procédé sera suggéré par les conditions particulières à chaque cas et l'on ne saurait formuler des règles absolument fixes.

Cependant, on peut dire que, dans la cure opératoire des cicatrices des plis de flexion (aisselle, aine, creux poplité) et de toutes les régions qui sont les « charnières » de mouvement (Forgues et Reclus), il faudra *insérer dans l'angle de séparation un lambeau de peau saine* : on aura recours alors à la méthode indienne ou plus souvent à la méthode italienne modifiée. Enfin, pour recouvrir une surface cruentée plane, dans une région immobile, la méthode de choix est la greffe d'Ollier-Thiersch.

(1) Afin de rendre aux cicatrices blanchâtres la teinte rosée de la peau normale, Delangre (de Tournai) [Acad. royale de méd. de Belgique, juillet 1901] a proposé de colorer la vaseline avec de la poudre de corail.

Bibliographie. — GASPARIS TALIACOTII BONONIENSIS. *De curtorum chirurgia per insitionem*, libri II, Venetiis, 1597. — ANTONII MOLINETTI, etc. *Dissertationes anatomicæ et pathologicæ de sensibus et eorum organis*, Patavii MDLXIX (Balzetta), Cap. XII : De morbis organi olfactus, 1625. — *Histoire de l'Académie royale des sciences*, 1719. — ELOY. *Dictionnaire historique de la médecine*, Mons, 1778, article TALIACOT. — LOUIS. Mém. sur la consolidation des plaies, *Mém. de l'Acad. royale de chir.*, t. III, 1778. — DIONIS. *Cours d'opérations*, Paris, 1782. — GRÆFE. *Rhinoplastik oder die Kunst den Verlust der Nase*, etc. (Mit 6 Kupfertafeln, Berlin, 1818). — FABRE. Mémoire où l'on prouve qu'il ne se fait pas de régénération des chairs, *Mém. de l'Acad. royale de chir.*, Paris, 1819, t. IV, p. 181. — DELPECH. *Chirurgie clinique de Montpellier*, t. II, p. 353. — RENEAUME. *Sur la réparation de quelques parties du corps humain mutilé*, p. 29, Paris, 1821. — BENEDICT. *Beitr. z. den Erfahrungen über die Rhinoplastik nach. der deuts. Methode*, Breslau, 1828. — LAUGIER. Art. CICATRICES, CICATRISATION, *Dict. en 30 vol.*, t. VII, 1834. — DUPUYTREN. *Leçons de clinique chirurgicale*, 2e éd., Paris, 1839. — MALGAIGNE. *Introd. aux œuvres d'A. Paré*, Paris, 1840, p. CII. — RIGAUD. *Anaplastie des lèvres, joues, paupières*, Paris, 1841. — LISFRANC. *Cliniques de la Pitié*, 1841; — Cicatrisation vicieuse, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1843-44, t. IX. — HUNTER. *Œuvres complètes*, trad. Richelot, Paris, 1843, t. III. — FABRIZZI. *Schmidt's Jahrb.*, 1844, vol. XLIV, p. 68. — DIFFENBACH. *Die operative Chirurgie*, Leipzig, 1845, t. I, p. 380. — THOMAS MÜLLER. Difformités traitées par l'autoplastie. *Brit. and foreign Review*, 1845, vol. XIX, p. 396. — FIFE. Traitement des cicatr. par la méth. de Müller, *Provincial med. and. surg. Times*, 1846, vol. XIV, p. 209. — BOYER. *Maladies chirurgicales*, Paris, 1847. — DE RENZI. *Storia della medicina in Italia*, Napoli, 1848. — NEUMANN. *Schwedische Heilgymnastike Notizen*, 1850, p. 755. — COURTY. *Clinique chirurgicale de Montpellier*, 1851; *Compendium de chirurgie*, Paris, 1852-61. — VIDAL DE CASSIS. *Traité de pathologie externe*, 4e édit., Paris, 1855. — HUTIN. Anatomie pathol. des cicatrices, *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1855, t. XIX, p. 467. — JOBERT DE LAMBALLE. Brides cicatricielles du cou, *Gaz. des hôp.*, 1855, p. 249; — Mém. sur la propriété du tissu cicatriciel, *C. r. de l'Académie des sciences*, 1856. — RYND. Difformités causées par les cicatrices de brûlures, *Dublin quart. Journal*, 1856, t. XXII, p. 84. — SÉDILLOT. Application de l'autopl. au traitement des cicatr. vicieuses, *C. r. de l'Académie des sciences*, t. XLII, 1856. — Ch. ROBIN et OLLIER. Mém. sur quelques points de la cicatrisation. Soc. de biol., 1858. — DECÈS. Restauration des cicatr. vicieuses, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1858. — DEMARQUAY et LECOMTE. Recherches sur la cicatris. des plaies, *Arch. gén. de méd.*, 1859, t. XIII. — FOLLIN. *Traité de pathologie externe*, Paris, 1861, t. I, p. 507. — Paul BERT. *De la greffe animale*, Th. de Paris, 1863. — PANAS. *Des cicatrices vicieuses et des moyens d'y remédier*. Th. d'agrég., Paris, 1863; — *Dict. Jaccoud*, art. CICATRICES, CICATRISATION, 1867, t. VII. — JOBERT DE LAMBALLE, *De la réunion en chirurgie*, Paris, 1864. — BOUILLAUD. Discours sur la cicatrisation, *Bull. de l'Acad. de méd.*, juillet 1866, t. XXXI, p. 889. — MASSE. *La cicatrisation dans les différents tissus*, Montpellier, 1866. — DUBREUIL. Cicatrisation des tissus, *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, Paris, 1867. — MERLE. *Cicatrices du cou et traitement*, Th. de Paris, 1869. — Marc SÉE. Greffe épidermique, *Gaz. hebd.*, Paris, 1870, p. 460. — SZYMANOWSKY. Handbuch der operativen Chirurgie, Brunswick, 1870, 1re partie. — DURAM. *Med. Times hebd. gaz.*, 1870. — FIDES. *The Lancet*, 1870. — POLLOCK. *Ibid.* — VACY ASH. *Ibid.* — JACENKO. *Berl klin. Wochens.*, 1872, t. VIII, p. 8. — HEIBERG et HUGO SCHULTZ. *Ibid.*, t. VIII, p. 10, 1871. — LINDENBAUM. *Ibid.*, t. VIII, p. 11, 1871. — PONCET. Des greffes dermo-épidermiques et en particulier des larges lambeaux dermo-épidermiques, *Lyon méd.*, 1871. — RANKE-BAYER. *Arztl intell. Blatt.*, p. 8, 1871. — HOFMOKL. *Wiener med. Presse*, p. 12, 1871. — HERGOTT et REVERDIN. Greffes épidermiques, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1871. — ERICHSEN, WOOD et MACLEAD. *Brit. med. Journal*, mars-avril 1871 et David PAGE. *Ibid.*, mai 1871. — COLRAT. *Des greffes épidermiques*, Th. de Montpellier, 1871. — HODGEN. *Saint-Louis med. and. surg. Journal*, 1871, p. 289. — BRYANT. *Med. Times and Gaz.*, août 1871. — CHEZANT. *Greffes dermo-épidermiques*, Th. de Paris, 1871. — FRANK WURTEMB. *Corr. Bl.*, t. XLI,

1871. — Bercaru. *De la greffe dermo-épidermique*, Th. de , 1872. — J.-L. Reverdin. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1869; *az. des hôpit.*, janvier, 1870; — De la greffe épidermi- *Arch. gén. de méd.*, 1872, t. I, p. 275, 555, 703. — Mar- l. Des greffes cutanées, *Lyon méd.*, 1872. — Ollier. Des larges lambeaux dermo-épidermiques, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1872, — Houzé de l'Aulnois. *Union méd.*, 1872, p. 115. — Le Fort. Greffe cutanée, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1872. — De Wecker. De la greffe dermique en chirurgie oculaire, *Ann. d'oculistique*, 1872. — Folet (de Lille). *Bull. méd. du nord de la France*, 1872. — G. Martin. *De la durée de la vitalité dss tissus*, Th. de Paris, 1873. — Bryant Thomas. On skin grafting, *Guy's hospital Reports*, 1873. — Poncet. Greffes dermo-épidermiques, *Lyon méd.*, 1873. — Coste. *Marseille médical*, 1873. — Duguet. Rapport sur la chéloïde, *Bull. de la Soc. anat.*, 1873. — Thierch. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. XVI, 1874. — Spantigati. Greffes épidermiques, *Mém. de l'Acad. de méd. de Turin*, 1874. — Berruti. Greffes épidermiques, *Journ. de l'Acad. de méd. de Turin*, 1874. — Darolles. Des greffes de lapin, *Gaz. hebd.*, 1874. — O. Kappelen. Sur les greffes de Reverdin, *Corresp. Blatt. f. schweiz Aerzte*, 1874. — Panas. *Journ. de thérap.*, 1874; — *Diction. de Dechambre*, art. cicatrisation. — J. Bœckel. Des greffes dermo-épidermiques, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1875. — Carl Gussenbauer. *Deuts. med. Wochens.*, n° 14, 1875, p. 164. — Legouest. *Dict. Dechambre*, art. cicatrices et cicatrisation, 1re s., t. XVII, 1875. — Prescott Hewett. Greffes épidermiques, leur évolution, *The Lancet*, 1875. — Vedrènes. De la greffe épidermique, *Recueil de mém. de méd. milit.*, 1875, t. XXXI. — Le Fort. Hétéroplastie, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1875. — Hickl. Greffes de morceaux de peau dépouillée de la couche souscutanée, *Wiener med. Wochens.*, 1876. — Busch. Transplantation de gros lambeaux de peau, *Berl. klin. Wochens.*, 1876. — Hobart Nataniel. De la greffe épidermique, *Dublin Journ. of med. sc.*, 1876. — Armaignac. *De la greffe animale et de ses applications en chirurgie*, Th. de Paris, 1876. — Beardsley. De la greffe épidermique, *Filadel. med. and surg. report*, 1876. — Czerny. *Beitr. z. operativen Chir.*, Stuttgart, 1878. — Meyer. Expériences faites avec des greffes de peau colorée, *Chicago med. Journ.*, 1878. — Crouzet. *Etude des cicatrices*, Th. de Paris, 1879, n° 137. — Berger. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1880, t. VII, p. 203. — Monod. Des greffes cutanées autoplastiques. *Thérapeut. contempor.*, 1881. — Cornil et Ranvier. *Histologie pathologique*, 1881. — James Adams. *The Lancet*, 1881, t. II, p. 948. — Hamilton. On sponge grafting, *Edinb. med. Journ.*, 1881. — Deubel. Inoculation de la syphilis par les greffes, *Union méd.*, 1881. — Meyer. *Bull. de la Soc. de chir.*, t. VII, 1881. — Dubreuil. *Gaz. des hôp.*, 1882. — Socin. *Jahresb. über die chirurgische Abtheilung des Spitales zu Basel Wahrend*, 1883, p. 129. — Berne. *Leçons de pathologie chirurgicale*, 1883. — Allen. Greffes avec la peau de grenouille, *The Lancet*, 1884. — Mathias-Duval. *Dictionnaire de Jaccoud*, art. greffe. — Petersen. Greffe avec la peau de grenouille, *Vratch*, 1885, t. XXXIII. — Maas. *Langenbeck's Arch. für klin. Chir.*, t. XXXI, p. 559, 1885; — *Ibid.*, t. XXXIII, p. 323, 1886. — Czerny. Deux cas de tuberculose à la suite de greffes, *Centralbl. f. Chir.*, 1886. — Guyard. *Traitement des chéloïdes*, Th. de Paris, 1886. — Thiersch. Greffes dermo-épidermiques, *Centralbl. f. Chir.*, 1886. — Von Hacker. *Arch. f. klin. Chir.*, t. XXXVII. — Petersen. Greffes avec la peau de grenouille, *Tribune méd.*, 1886. — Plessing. Hautverpflanzung nach Thiersch, *Arch. f. klin. Chir.*, 1886, Bd. XXXVII, p. 52. — Berger. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 2e série, t. XV, et *Gaz. hebd.*, 25 juin 1886, p. 428. — Baratoux et Dubousquet-Laborderie. Greffes avec la peau de grenouille, *Progrès méd.*, 1887, p. 288. — Jungst. *Deuts. med. Wochens.*, 1887, p. 929. — Keetley. *Ann. of Surg.*, août 1887, p. 98. — Vincent. Greffe avec la peau de grenouille, *Lyon méd.*, 1887. — Salzer. Zur Therapie der Narbenkontrakturen der Hand, *Wien. med. Wochens.*, 1887, n° 3, p. 62. — J. Bell. The treatment of ulcers by the transplantation of large pieces of skin, after Thiersch method, *Canada med. and surg. Journ.*, Montréal, 1887-1888. — Eiselsberg. *Wien. klin. Wochens.*, 1888, n° 4. — Monod. Observations sur la greffe de Thiersch, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1888, t. XIV. — Redard. Greffe avec la peau de poulet, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1888, p. 107. — Berger. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1888, t. XIV, p. 29. — Pozzi et Lucas-Championnière, *ibid.* — Thiersch. Hautverpflanzung, XVIIe Congrès des chirurgiens allemands, *Centralbl. f. Chir.*, 1888, t. XXIV. — Karg. Studien über transplantierte Haut., *Arch. f. Anat. und Physik.*, 1888. — Metin. *Des greffes cutanées*, Th. de Lyon, 1888. — Garré. Ueber die histologischen Vorgänge, etc., *Beitr. z. klin. Chir.*, t. IV *ter*, Bd. 1888. — V. Ritter von Hacker. *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVII, p. 91. — Delagénière. Des greffes dans le trait. des plaies ulcérées, *Gaz. des hôp.*, 1888. — Chevillot. *Greffe dermo-épid. par le procédé de Thiersch*, Th. de Paris, 1888-1889. — Thomas. De la greffe dermo-épidermique, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, Paris 1888. — Heydenreich. La greffe cutanée suivant la méthode de Thiersch, *Semaine méd.*, 1888. — Mac Cormac. On the value of plastic methods, and their place on surgery, *Illustrated med. News*, 1888. — Berger. De l'autoplastie par la méthode italienne modifiée, *Congrès français de chir.*, 1889, p. 361. — Croft. Plastic operations on the neck and arms for severe cicatricial deformities after burns, *Brit. med. Journ.*, 1889, t. I. — Heydenreich. Nouveau mode de traitement des difformités par cicatrice, *Semaine méd.*, 1889, p. 193, et *Congrès français de chir.*, 1889. — Duret. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1889. — Cereseto. Ectropion della palpebra inferiore... Osservatore, *Gazetta medica di Torino*, 1889. — Djatschinsko. *Centralbl. f. die med. Wissenschaften*, 1890, nos 35-36. — Nogué-Raymond. *Des greffes dermo-épid. à lambeau confluent*, Th. de Paris, 1890-1891. — Leloir et Vidal. Traitement de la chéloïde et de la cicatrice hypertrophique, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1890, p. 193. — Thonin. Thiersch's skin transplantation, *Vratch*, Saint-Pétersbourg 1890. — Von Bonsdorff. *Greffe de Thiersch*, *Finska læk-sællsk. handl.*, Helsingfors, 1890. — Berger. Autoplastie en cravate, pour remédier aux cicatrices vicieuses du cou, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1890. — Mac Burney, Skin grafting after the method of Thiersch, *New-York med. Journ.*, 1890. — Hendrix. De la greffe épidermique par la méthode de Thiersch, *Journ. de méd. chir. et pharm. de Bruxelles*, 1890. — Manceaux. *Ibid.*, Th. de Nancy, 1890. — Panas. *Arch. d'ophtalmol.*, 1891. — Staniou-Protopopesco. *De la greffe Ollier-Thiersch*, Th. de Paris, 1891-1892, t. XXII. — Hebra. *Wiener med. Presse*, 1892, n° 41. — Reverdin. Transpl. de peau de grenouille sur des plaies humaines, *Arch. de méd. expérim.*, 1892, t. IV. — Urban. Hautverpflanzung nach Thiersch, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1892, Bd XXXIV, p. 187. — Berezowski. *Zieglers Beitr. z. path. Anat.*, 1892, t. XII, p. 13. — Bramann. *Arch. f. klin. Chir.*, 1893, t. XLVI, p. 627. — Goldmann. Uber das Schicksal der nachndem Verfahren von Thiersch Verplantzen Hautstückchen, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1894, t. XI, p. 219-252. — Forgue et Reclus. *Traité de thérapeutique chirurgicale.* — Reclus. *Traité de chirurgie*, 2e édit. — Lyot. *Traité de chirurgie* Le Dentu et Delbet, art. maladies et difformités des cicatrices. — Cornil et Carnot. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1897, et *Arch. gén. de méd.*, 1898. — A. Branca. *Recherches sur la cicatrice épithéliale*, Th. de Paris, 1898-1899, t. VI. — Ranvier. *C. r. de l'Acad. des sc.*, 1897, et Rech. expérim. sur le mécanisme de la cicatrisation des plaies de la cornée, *Arch. d'anat. microsc.*, 1898, t. II. — Nové-Josserand. *Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, 1898-1899. — Claude Martin. Des moyens de corriger les déformations dues aux cicatrices vicieuses, par les appareils lourds ou à pression continue, *Congrès de chir.*, Paris 1900. — Gersuny. *Semaine méd.*, 19 décembre 1900. — Minervini. Sul potere retrattile delle cicatrici cutanee. Osservazioni sperimentali e cliniche, *XIIIe Congrès internat. de méd.*, Paris 1900. Section de chirurgie générale. — Francisque Martin. *Traitement non sanglant des cicatrices vicieuses (procédés de Cl. Martin)*, Th. de Lyon, 1900-1901, n° 152.

Cours de pathologie et thérapeutique générales. — M. le professeur Bouchard commencera ce cours le samedi 8 mars, à cinq heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 29. — MARDI 11 MARS 1902. 75e ANNÉE. MARDI 11 MARS 1902. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE MÉDICALE

L'HÉMIPLÉGIE CÉRÉBRALE INFANTILE

Leçon de M. P. MARIE,
Professeur agrégé, médecin de l'hospice de Bicêtre,
recueillie par M. le docteur LAUFER.

Je veux vous entretenir aujourd'hui de l'hémiplégie cérébrale infantile. C'est une affection qui, depuis longtemps, depuis près d'un siècle, a été étudiée avec prédilection et, je dois le dire, avec un succès particulier par l'école de la Salpêtrière.

C'est en 1827 que Cazauvielh a fait le premier travail sur la question, il a rassemblé un certain nombre de cas d'atrophie cérébrale (je vous montrerai plus tard en quoi l'atrophie cérébrale nous intéresse ici), et il les a analysés, comparés, pour en tirer des conclusions générales sur la maladie qui nous occupe. Il appela l'attention sur la contracture et l'atrophie des membres paralysés. En 1856, Turner, un camarade d'internat de M. Charcot, montra le premier, dans sa thèse, l'extrême fréquence de l'atrophie du cervelet du côté opposé à l'hémisphère cérébral atrophié. En 1868, Cotard a fait sa thèse sur l'atrophie cérébrale. Puis je vous citerai les travaux de Raymond, d'Oulmont, ceux de Bourneville qui, depuis 1868, a enrichi chaque année sur cette question notre bagage scientifique de documents précieux et des thèses nombreuses qu'il a fait faire à ses élèves.

A l'étranger, je vous signalerai, parmi les noms les plus importants, celui de Heine qui a, l'un des premiers, décrit l'affection; puis, plus récemment, ceux de Strümpell, Bernhardt, Wallenberg en Allemagne; en Autriche, celui de Kundrat qui, en 1882, a décrit la porencéphalie, dont je vous parlerai à propos de l'anatomie pathologique, et tout particulièrement je dois mentionner Freud et Rie, dont les monographies sont tellement parfaites qu'elles semblent avoir épuisé le sujet. En Italie, Bianchi; en Suisse, Gaudard; en Amérique, Hammond, Starr, Spiller; en Angleterre, Ross, Gée, Hadden ont apporté d'importantes contributions à l'étude qui nous intéresse.

Si je vous parle d'hémiplégie cérébrale infantile, n'allez pas croire que tous les enfants présentant de l'hémiplégie soient atteints de cette affection avec ses lésions caractéristiques. Pour que celle-ci se produise, il faut un certain nombre de conditions : il faut d'abord le jeune âge du sujet, cela va de soi et le nom même de la maladie l'indique; mais il faut en outre un âge spécial : il n'est guère probable en effet, et il est rare que, chez un enfant de dix ou onze ans, il s'agisse d'hémiplégie cérébrale infantile; il faut la plus tendre enfance pour que celle-ci apparaisse avec tous ses caractères; l'âge de neuf ans peut être, je crois, considéré comme l'extrême limite de son apparition. Il faut de plus la participation cérébrale. Il faut enfin qu'un certain temps se soit écoulé entre l'atteinte et le moment où on observe l'affection pour que les symptômes aient eu le temps de se manifester. Quel est le maximum de fréquence suivant tel ou tel âge ? C'est dans les trois premières années de la vie que surviennent les lésions qui engendrent l'hémiplégie cérébrale infantile. Il semble que le sexe n'ait là aucune influence.

Je comptais vous présenter un cas d'hémiplégie cérébrale infantile avec atrophie et contracture très marquées et typiques, mais ce malade n'a pu venir; cependant chez le malade que voici, vous pourrez vous rendre compte, jusqu'à un certain point, de l'existence de l'atrophie. Vous voyez chez lui une atrophie du membre supérieur droit et du membre inférieur du même côté. C'est la forme typique d'hémiplégie cérébrale infantile avec atrophie considérable des membres paralysés. Mais il y a autre chose encore; en effet, examinons le malade plus attentivement : le bras est pendant le long du corps, l'avant-bras est demi-fléchi et en demi-pronation; quant à la main, elle est repliée de telle sorte que la face palmaire des doigts arrive à s'appliquer contre l'avant-bras, celui-ci se terminant en somme par les os du carpe : il y a, en un mot, ce qu'on a appelé main bote par contracture tendineuse. Il y a également un pied bot. Il s'agit donc non seulement d'une hémiplégie, mais d'une hémiplégie avec contracture.

Voici maintenant l'histoire résumée de ce malade : c'est un homme de trente quatre ans, ayant exercé la profession de tailleur. Il ne sait rien sur sa naissance, mais on lui a dit qu'à quatorze mois, il a eu une maladie caractérisée par des convulsions. Notez ce fait, il est très important. Comment débute en effet la paralysie cérébrale infantile? Un enfant a de la fièvre, des convulsions surviennent; puis, au moment même ou peu de temps après, on constate qu'il est hémiplégique. Notre malade n'a commencé à marcher qu'entre

trois et quatre ans; ces enfants en effet marchent tard, non seulement parce qu'ils sont paralysés, mais, indépendamment de ce fait, parce qu'ils n'apprennent à marcher que tardivement.

Outre les symptômes que je vous ai signalés, le malade présente des mouvements athétosiques lents et involontaires. Ce n'est pas la grande athétose, c'est une réunion d'atrophie avec contracture et de mouvements athétosiformes peu marqués. Vous verrez, chez d'autres malades, des mouvements athétosiques très prononcés, mais sans atrophie et sans contracture; il semble que l'atrophie et la contracture ne soient pas compatibles avec l'athétose vraie : il peut y avoir un peu d'atrophie avec un peu d'athétose, mais il ne peut pas y avoir une atrophie considérable avec une athétose considérable.

Notre malade présente enfin le phénomène des mouvements associés : en effet, quand je lui dis de me serrer fortement la main avec sa main gauche (côté sain), il fait en même temps un mouvement avec le bras droit. Les membres du côté paralysé sont pris immédiatement de mouvements en consensus avec ceux du côté sain. Ceci est très important, car c'est un signe qui est à peu près constant dans la paralysie cérébrale infantile.

Chez cet autre malade, vous voyez des mouvements involontaires de la face, un peu analogues à ceux qu'il présente du côté des membres.

Voici encore un autre malade : il est âgé de trente-huit ans, il est né à terme, et, fait exceptionnel, il a été bien portant jusqu'à l'âge de six ans. A ce moment, sans cause connue, il fut pris de convulsions, il eut ainsi plusieurs attaques convulsives. A la suite de l'une de ces attaques, il fut pris d'ictus, de perte de connaissance et d'hémiplégie droite. Il resta un certain temps sans pouvoir marcher. Pendant les cinq ou six années qui suivirent, il eut des contractures qui, au bout de ces quelques années, diminuèrent très rapidement pour être remplacées par des mouvements athétosiques; ceci est à retenir, car c'est encore un fait très important au point de vue des rapports entre la contracture et l'athétose. Si on dit au malade d'ouvrir la main droite, il l'ouvre lentement et présente ses doigts comme des tentacules; puis, si on lui dit de serrer la main, il la porte de côté.

Voyons les autres symptômes. Les réflexes tendineux sont tous exagérés; le réflexe plantaire, comme dans un certain nombre d'autres cas de paralysie cérébrale infantile, est en flexion, sans qu'on puisse expliquer pourquoi. Chez ce malade, on observe un peu le signe du peaucier; en effet, quand on lui dit d'ouvrir fortement la bouche, on voit saillir le peaucier du côté sain, et on ne le voit pas se contracter du côté malade; mais, en général, chez ces malades, le peaucier ne fournit pas de renseignement important.

Voilà donc, après la forme avec atrophie et contracture, une forme avec athétose plus ou moins marquée. Il y a une autre forme encore, une autre variété, c'est la forme avec hémichorée : voyez, en effet, ce malade, il présente bien de l'hémichorée, son épaule, son bras, son avant-bras, sa main, ses doigts remuent constamment. L'hémichorée est en réalité analogue à l'athétose, ce n'est que la localisation des mouvements involontaires qui diffère, ceux-ci ne sont plus uniquement localisés aux doigts et au poignet, mais occupent l'avant-bras, le bras et l'épaule, et si les mouvements involontaires sont plus étendus dans l'hémichorée, cela tient à ce que tout le membre supérieur est pris. Malheureusement nous ne savons pas et personne n'est en état de dire actuellement quelle est la lésion caractéristique de l'hémichorée ou de l'athétose.

Quelle est maintenant l'histoire de ce malade? Il est âgé de trente-deux ans, il est né à terme, mais l'accouchement a été très laborieux, et il est venu presque noir, en état d'asphyxie, notez ce fait qui est encore très important et sur lequel je reviendrai d'ailleurs. Il n'a jamais eu de convulsions, son hémiplégie s'est réalisée au moment même où il est venu au monde, sous l'influence du traumatisme de l'accouchement, et non sous l'influence d'une infection avec convulsions consécutives, comme chez les malades précédents.

Il a commencé à marcher à sept ans; mais, jusqu'à l'âge de dix-sept ou dix-huit ans, il a conservé son hémiplégie avec contractures. A cet âge, les contractures ont disparu et les mouvements choréiformes sont survenus. Il présente en outre une sorte de luxation de la hanche survenue au cours de sa maladie. La face est animée également de mouvements involontaires du même côté que les membres. Le réflexe plantaire est en flexion. Enfin le malade, comme tous les autres, présente le phénomène des mouvements associés.

Autre malade encore, âgé, celui-là, de vingt-trois ans. Le début de sa maladie a été typique. C'est à trois ans en effet que sont apparues les convulsions, et, immédiatement après l'hémiplégie. Je dois dire qu'il marchait déjà quand ces accidents sont survenus. On le mit au lit où il resta trois mois pendant lesquels il désapprit à marcher, il a fallu ensuite lui apprendre de nouveau la marche.

Vous voyez qu'il présente, lui, de l'hypertrophie des membres du côté gauche, avec médiocre athétose; voilà encore une autre variété d'hémiplégie cérébrale infantile, variété avec athétose et hypertrophie musculaire. Ne croyez donc pas que tous les cas d'hémiplégie cérébrale infantile soient accompagnés d'atrophie : quand il y a athétose marquée, il n'y a pour ainsi dire pas d'atrophie, et s'il y a, dans ce cas, changement de volume du membre, c'est de l'hypertrophie que l'on peut constater.

Je vous ai montré tout à l'heure les mouvements de la face qu'on observe chez lui; vous voyez en outre que la moitié de la langue du côté malade est moins large que la moitié saine, il y a de l'atrophie de la langue de ce côté.

Autre malade : celui-ci est déjà âgé de cinquante-trois ans; chez lui les convulsions sont survenues à dix-huit mois, et, à l'occasion de ces convulsions, une hémiplégie gauche est apparue. Ce qu'il y a de particulier ici, c'est que son hémiplégie a disparu en partie de dix-huit ans à vingt et un ans, et qu'à vingt et un ans le bras s'est dégagé complètement, il n'est plus paralysé, il a recouvré toute sa force. Il n'existe plus qu'une monoplégie avec pied bot varus équin des plus caractéristiques. Vous voyez en effet le pied bot tel qu'il se présente dans la maladie. L'atrophie est peu marquée chez ce malade.

Le réflexe plantaire est en flexion, le sens stéréognostique est conservé. La flexion combinée des cuisses et du tronc, signe indiqué par Babinski dans l'hémiplégie ordinaire, n'existe pas ici.

Autre malade, âgé de vingt-sept ans. A dix-huit mois, convulsions, à la suite desquelles hémiplégie gauche suivie de contractures. Il a porté un appareil orthopédique prenant le bras et la jambe, jusqu'à l'âge de dix ans. Aujour-

d'hui, tout est disparu, plus d'hémiplégie : on constate peut-être une légère diminution de volume des membres du côté gauche, mais il se sert très bien de ces membres qui ne présentent aucun mouvement athétosique, ni rien d'anormal. Cependant, il y a encore le phénomène des mouvements associés, c'est la signature de l'existence antérieure de la maladie.

Voici un malade que je vous montre au point de vue du diagnostic. Il est âgé de cinquante-trois ans, il a exercé la profession de voiturier. A trois ans il a eu des convulsions accompagnées de fièvre. Il présente une atrophie considérable du bras droit et de la jambe gauche, s'agit-il d'une atrophie cérébrale infantile? On peut faire le diagnostic uniquement par l'aspect du malade. Le membre supérieur est un membre « de polichinelle », il se laisse remuer de tous les côtés. Le thorax est pris du côté droit. Il n'y a pas de contracture, comme dans la paralysie cérébrale infantile. C'est de la paralysie spinale infantile, et la lésion, ici, siège dans la moelle.

Voici enfin un dernier malade, qui présente une diminution de volume du membre supérieur gauche auquel il reste peu de mouvements, le poignet est en flexion. Ici, il s'agit d'une paralysie radiculaire qui date de la naissance, le bras a été tiraillé pendant l'accouchement. Le malade fait les mouvements avec la racine du membre, c'est seulement l'extrémité qui est atrophiée et paralysée.

J'aurais encore à vous entretenir de l'état intellectuel, des crises épileptiques et de l'aphasie dans l'affection qui nous occupe; je vous en parlerai dans la prochaine leçon.

Mais, pour terminer, je vais vous montrer une série de projections qui vous indiqueront les principaux aspects cliniques de la maladie, ainsi que certains détails que je n'ai pas pu vous présenter de loin chez les malades. Vous voyez que la poitrine peut être prise dans l'atrophie cérébrale infantile. Chez la femme, ce fait est bien plus marqué que chez l'homme, il peut y avoir atrophie considérable; dans d'autres cas, s'il y a athétose, on peut observer une hypertrophie très marquée du sein. Au dos, il y a atrophie scapulaire.

Sur cette projection, vous voyez nettement la face tirée du côté malade chez un athétosique. Généralement, les dents ne sont pas des dents d'hérédo-syphilis, elles sont striées.

Quant à l'atrophie des membres, elle est généralement plus marquée au bras qu'au membre inférieur. Vous voyez cette main athétosique, mais tantôt les doigts sont étendus, tantôt fléchis, et toujours en mouvement. Les doigts peuvent aussi, au lieu d'être rectilignes, être en Z, comme vous le voyez sur cette projection, avec main bote; cet aspect est tout à fait particulier à la paralysie cérébrale infantile. Enfin, M. Féré a décrit tout spécialement, dans cette affection, un signe qu'il considère comme un stigmate de dégénérescence, c'est l'état de l'annulaire qui, contrairement à ce qui a lieu dans l'état normal, est plus court que l'index. Je ne crois pas que ce signe, nommé par M. Féré oligodactylie cubitale, soit aussi fréquent que l'a dit M. Féré, je ne l'ai vu que trois fois sur une trentaine de malades, mais nous sommes peut-être tombés, lui et moi, sur des séries différentes.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

[28 Février 1902 (*fin*)]

Une fort intéressante communication de MM. Méry et Babonneix sur un cas de **lymphadénie splénique** n'ayant pu être insérée dans notre précédent compte rendu, nous tenons à réparer cette omission et à donner de ce travail une analyse complète. Il s'agit d'une fillette de dix ans et demi, entrée à l'hôpital pour des symptômes d'anémie assez intense compliquée, depuis peu de temps, de troubles gastro-intestinaux et de fièvre. L'examen du sang donnait les résultats suivants : hématies, 2600000; leucocytes, 4200; hémoglobine, 8,5; valeur globulaire, 30,2. La proportion des diverses variétés de leucocytes était la suivante : lymphocytes, 22 p. 100; grands mononucléaires, 3; polynucléaires, 70; éosinophiles, 5. Le diagnostic dans ce cas était particulièrement délicat. De par les caractères mêmes de la rate, hypertrophiée d'une façon régulière, sans périsplénite, on pouvait éliminer dès l'abord les différentes tumeurs de la rate, qui donnent lieu à une augmentation irrégulière de l'organe sans hépatomégalie. De même l'absence de toute maladie cachectisante, l'absence d'albuminurie ou de polyurie permettait de rejeter l'hypothèse d'une dégénérescence amyloïde. On aurait pu penser à la leucocythémie. Mais le chiffre des leucocytes n'était nullement augmenté. La possibilité de l'impaludisme devait être discutée. Mais rien dans les antécédents de la petite malade ni même dans son histoire actuelle n'autorisait à accepter cette hypothèse. Quant à la tuberculose primitive spléno-hépatique, elle différait du syndrome présenté par la petite malade par l'existence d'une tuméfaction irrégulière, douloureuse, accompagnée de périsplénite. Mais comme, dans certains cas, elle peut se réduire, au point de vue symptomatique, à une simple hypertrophie splénique, les auteurs ont cru utile, pour éliminer définitivement ce diagnostic, de faire à l'enfant une injection de tuberculine. Cette injection ne détermina aucune ascension thermique. On est donc amené par voie d'élimination au diagnostic de lymphadénie splénique ou maladie de Banti. La malade fut soumise au traitement arsenical, lequel malheureusement ne put être continué assez longtemps.

(7 mars 1902)

La question de la **pelade** — car il y a une question de la pelade — est pendante devant l'Académie de médecine; elle fait les frais des séances de la Société de dermatologie, elle a fait son apparition à la Société médicale des hôpitaux. Elle tient en somme en deux mots, mais le problème est de première importance. La pelade est-elle une maladie parasitaire et contagieuse, comme on l'admit jusqu'à présent presque sans conteste, et surtout en ces derniers temps à la suite des travaux retentissants, mais quelque peu erronés de Sabouraud? La pelade est-elle d'origine nerveuse et par conséquent non transmissible? C'est ainsi que la question se pose. Jacquet, qui à l'aide d'arguments très minutieusement établis et nombreux, soutient la seconde doctrine, a fait une communication hier sur la « pelade d'origine dentaire et sur les sommations peladogènes ».

Nous ne pouvons en dire que quelques mots, la place nous manquant par suite de l'importance et du nombre des travaux.

Cette fois, M. Jacquet signale l'association homo-latérale

de l'éruption d'une dent de sagesse et de la tuberculose d'un sommet, reliées l'une à l'autre par l'hémi-hyperesthésie profonde du même côté. Il rapporte qu'il a vu aussi chez des sujets atteints de lésions dentaires en activité, survenir la pelade après une pleurésie, une pneumonie, une bronchite, une gastralgie, une crise hépatique, une orchite. L'association uni ou bilatérale d'irritations dans la sphère des nerfs craniens est plus directe et paraît plus puissante encore ; ainsi les angines, les lésions nasales, les irritations auriculaires semblent superposées aux lésions dentaires, posséder le maximum d'action peladogène. On peut citer à cet égard un cas d'otite externe et un cas de traumatisme brusque de l'oreille externe et du tympan. Les éléments locaux externes, directs ou indirects, entrent aussi parfois à titre de composants dans le faisceau étiologique peladogène. Bref, la pelade est pour M. Jacquet une dermatose banale où l'on trouve jointes, d'une part, l'unité du mécanisme pathogénique de la mort du poil et, d'autre part, la diversité et la multiplicité étiologiques.

L'objet de la communication de MM. Brissaud et Pierre Marie est de montrer les **dangers qui peuvent résulter de l'instauration du traitement mercuriel intensif dans la paraplégie spasmodique syphilitique**, lequel, d'après les auteurs, non seulement n'améliore pas les symptômes, mais les aggrave. Ceci demande à être étudié. Lorsque l'on se trouve en présence d'un malade atteint de paraplégie spasmodique syphilitique, on s'empresse, et c'est justice en apparence, d'instituer le traitement mercuriel intensif. Or, sous l'influence de la mercurialisation, on voit des malades, qui marchaient mal il est vrai, mais qui marchaient, on les voit perdre leurs forces et se traîner, obligés de garder le lit; les mouvements de flexion des membres inférieurs, déjà si précaires dans la paraplégie spasmodique syphilitique, le deviennent encore davantage et peuvent même être abolis. Bien plus, il a paru, à plusieurs reprises, que non seulement il y avait augmentation des troubles moteurs préexistants, mais encore qu'il survenait une sorte de poussée nouvelle se traduisant soit par des paresthésies, soit par des parésies du côté des membres supérieurs. A cela se joint, pour les malades, un état de malaise physique général assez pénible, si pénible que ceux qui l'ont ressenti plusieurs fois éprouvent à l'égard de tout traitement mercuriel une répulsion vraiment instinctive. Voici donc la règle qu'il convient de conseiller : chez un malade qui, après une très courte période prodromique a été brutalement frappé d'une brusque paralysie de ses membres ou d'une paraplégie avec hémiplégie, il convient encore de faire immédiatement une ou deux séries de traitement mercuriel intensif, car on voit, en général, soit sous l'influence du traitement, soit par suite d'une tendance spontanée indéniable vers la guérison, les phénomènes paralytiques et les troubles vésicaux s'amender, au bout de quelques semaines, dans des proportions considérables. C'est donc seulement dans les périodes les plus avancées de la maladie, lorsqu'au bout de dix-huit mois à deux ans, celle-ci a évolué vers la chronicité, que l'on doit se tenir en garde contre les méfaits d'une mercurialisation intense. La seule méthode qui peut-être ne donne lieu à aucun accident est celle des injections d'huile au bi-iodure, d'après la formule de M. Panas.

M. Pierre Marie présente, en outre, un malade chez lequel il y a **coïncidence de la paraplégie cérébrale infantile et de la paraplégie spinale infantile**. Chez ce malade, âgé de trente-quatre ans, le membre inférieur droit a l'aspect de la paraplégie cérébrale infantile, tandis que le membre inférieur gauche a celui de la paraplégie spinale infantile. C'est donc un exemple de l'analogie — on pourrait même dire de l'identité — qui existe, au point de vue de la pathologie générale, entre ces deux ordres de lésions.

M. Comby communique une observation de **scorbut infantile** (ou maladie de Barlow), qui s'ajoute à deux observations semblables apportées par lui à la Société. Dans ce cas, comme dans les deux autres, la maladie doit être attribuée à l'alimentation exclusive avec un lait préparé industriellement.

(*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(5 mars 1902)

Dans la dernière séance, M. Poirier avait fait quelques critiques sur le procédé de torsion employé par M. Souligoux dans le cas de **gastrostomie** au sujet duquel M. Reynier avait fait un rapport. M. Reynier vient de nouveau défendre ce procédé qu'il considère comme très bon et qui lui a donné d'excellents résultats dans deux cas. M. Poirier lui avait reproché de ne tordre que la musculeuse et non la muqueuse. Peu importe, répond M. Reynier, pouvu qu'il donne une bouche continente, et c'est précisément là son grand avantage.

C'est aussi l'avis de M. Guinard, qui a été très satisfait de ce procédé et qui le trouve d'une extrême simplicité.

M. Mignon vient d'avoir un cas de mort subite par le **chloroforme**. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt et un ans auquel il pratiquait une cure radicale de hernie inguinale. Il est mort par syncope cardiaque. A l'autopsie, rien autre qu'un gros thymus du poids de 35 grammes.

Une discussion s'est engagée sur les moyens d'obtenir la **séparation des urines des deux reins** à l'occasion de la présentation de l'appareil de M. Luys faite par M. Hartmann.

M. Bazy est opposé en principe, on le sait, à l'emploi d'appareils pour le diagnostic des affections rénales. Il reconnaît toutefois que l'ingénieux instrument de M. Luys peut trouver des indications dans quelques cas exceptionnels. Il y a eu recours dans trois cas chez la femme. Il relate en détails ces trois expériences : dans l'une, la séparation des urines a été très bien obtenue et elle a montré que le rein malade sécrétait beaucoup plus que le rein sain. Dans un autre, le léger traumatisme déterminé par l'application de l'instrument a déterminé un peu de fièvre, dans ces cas l'expérience du bleu de méthylène aurait suffi à M. Bazy.

L'application de l'appareil n'est pas toujours très facile ni très bien tolérée. Elle entraîne un traumatisme un peu plus important que la simple cystoscopie. Faut-il rejeter ce nouveau moyen ? Ce n'est pas là du tout l'avis de M. Bazy, Mais il estime qu'il ne faut y recourir qu'avec une certaine réserve. Il faut être très sobre, selon M. Bazy, de l'emploi d'instruments pour l'inspection de la vessie ; il faut être très réservé dans le diagnostic expérimental, et insister beaucoup plus qu'on ne le fait sur le diagnostic clinique. Parmi ces signes cliniques, M. Bazy insiste tout particulièrement sur l'importance du réflexe uretéro-vésical qui dans maintes circonstances lui a donné de précieux renseignements.

M. Albarran a trop souvent insisté sur les avantages, au

point de vue du diagnostic, de la séparation des urines pour ne pas approuver l'ingénieux appareil de M. Luys. Dans le parallèle que M. Hartmann a fait entre cet appareil et le cathétérisme des uretères, il a adressé à celui-ci plusieurs critiques que reprend, à son tour, M. Albarran pour les repousser. M. Hartmann a dit qu'il fallait avoir affaire à des vessies tolérantes pour le cathétérisme des uretères; cela est vrai, cependant M. Albarran le pratique souvent dans des vessies peu tolérantes.

M. Hartmann prétend que le cathétérisme des uretères est souvent suivi d'élévation de température. M. Albarran répond que cela n'arrive que très exceptionnellement. Enfin, suivant M. Hartmann, il pourrait induire en erreur. Cela est vrai, mais il faut apprendre à s'en servir.

Arrivant à l'examen de l'appareil de M. Luys, M. Albarran reconnaît que c'est là une bonne recherche qu'il faut encourager; il y a eu recours dans 6 cas; il a obtenu une parfaite séparation des urines; toutefois, il a trouvé au séparateur de M. Luys quelques inconvénients : d'abord celui d'être parfois mal toléré, celui de devoir rester un peu trop longtemps dans la vessie, d'être parfois un peu douloureux. M. Albarran l'a employé 4 fois chez la femme et 2 fois chez l'homme. Chez la femme, il y a eu 3 résultats favorables, 1 résultat nul. Chez l'homme, il y a eu 2 résultats nuls. Quoi qu'il en soit, M. Albarran ne voudrait pas juger cette méthode sur quelques cas seulement; il la trouve ingénieuse et digne d'être encouragée.

M. Hartmann rappelle qu'il n'a pas donné l'appareil de M. Luys comme définitif. Il l'a jugé lui-même susceptible de quelques améliorations. Mais là où il sera intolérable, le cathétérisme des uretères le sera encore plus. En outre, il maintient avoir vu souvent apparaître de la fièvre après ce cathétérisme, même entre les mains de chirurgiens qui y sont très habitués comme M. Pasteau.

En outre, toutes les objections qu'on fait au séparateur sont également applicables au cathétérisme des uretères. Entre les deux méthodes, M. Hartmann donne la préférence à la plus simple, c'est-à-dire au séparateur de Luys.

M. Albarran revient sur quelques détails relatifs au cathétérisme des uretères qu'il innocente de plusieurs reproches que lui fait M. Hartmann.

M. Chaput fait un rapport sur une observation de **typhlite herniaire** présentée par un confrère de province. Il n'y avait pas de sac; notre confrère ouvrit le cæcum croyant ouvrir un sac, il le sutura; il y avait dans la hernie un testicule volumineux qui fut enlevé. Il n'y avait pas d'étranglement comme on l'avait cru. On a reséqué l'appendice qui était sain. Dans la suite, il y eut une suppuration abondante. Toutefois le malade finit par guérir.

Malgré toute son indulgence, M. Chaput critique plusieurs points de cette observation, tout en reconnaissant que l'erreur commise ici au sujet de l'absence du sac et l'ouverture du cæcum sont choses possibles et qui sont arrivées entre les mains de chirurgiens distingués.

Moins indulgent que M. Chaput, M. Broca déclare que cette observation prouve tout simplement qu'il n'est pas toujours nécessaire d'avoir affaire à un bon chirurgien pour guérir.

C'est aussi l'avis de M. Lucas-Championnière, qui a maintes fois enseigné comment il fallait s'y prendre pour ne pas ouvrir le cæcum dans ces cas.

Nous passons aux présentations : M. Mignon présente un malade qu'il a opéré avec succès d'un **prolapsus du rectum** par le procédé d'excision de la muqueuse préconisé par M. Gérard Marchant.

M. Tuffier a pratiqué sur une femme de quarante ans, qui était atteinte d'une **obstruction du cholédoque**, une cholécystogastrostomie, parce que le cholédoque, même débarrassé du calcul qu'il contenait, était enserré par une hypertrophie ou une tumeur de la tête du pancréas qui aurait empêché la libre circulation de la bile dans ce canal. C'est pourquoi M. Tuffier a, chez cette malade, abouché la vésicule biliaire à l'estomac. Tant qu'elle a eu son cholédoque obstrué par un calcul, cette malade a eu des selles blanches sans ictère. Depuis son opération, elle a des selles colorées et de l'ictère. M. Tuffier ne nous donne pas l'explication de cette particularité.

M. Potherat présente un double **kyste dermoïde** de l'ovaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 17 AU 22 MARS 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 17 MARS, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Lannelongue, Poirier et Cunéo.

2e, *Salle Pasteur* : MM. Ch. Richet, Hanriot et Retterer.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Salle Richet* : MM. Mauclaire, Walther et Wallich; — (2e partie) : MM. Brissaud, Bezançon et Legry; — (1re partie, nouveau régime, 1re série) : MM. Kirmisson, Rémy et Lepage; — (2e série) : MM. Pinard, Reclus et Rieffel; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Delens et Gosset; — (2e série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Legueu; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Teissier; — M. Jalaguier, suppléant.

MARDI 18 MARS, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Rémy, Poirier et Rieffel.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Launois et Guiart.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Le Dentu, Thiéry et Demelin.

4e (nouveau régime), *Salle Béclard* : MM. Pouchet, Charrin et Langlois; — (ancien régime), *Salle Pasteur* : MM. Brouardel, Thiroloix et Desgrez; — M. Auvray, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Dupré et Renon; — (2e série) : Hutinel, Méry et Jeanselme; — M. Gouget, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Marion et Schwartz; — (2e série) : MM. Berger, de Lapersonne et Faure; — (2e partie), MM. Chantemesse, G. Ballet et Vaquez; — M. Achard, suppléant.

5e (obstétrique, 2e partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Quénu; — M. Chassevant, suppléant.

MERCREDI 19 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Jalaguier et Rieffel.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Netter et Widal.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Salle Vulpian* : MM. Hayem, Legry et Bezançon; — (1re partie, 1re série, ancien régime), *Salle Pasteur* : MM. Terrier, Mauclaire et Wallich; — (nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Poirier, Legueu et Gosset; — M. Desgrez, suppléant.

JEUDI 20 MARS, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Marion, Thiéry et Rieffel.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : : MM. Cornil, Méry et Hanriot.

4e (ancien régime) : MM. Proust, Gley et Vaquez ; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 21 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Rieffel et Cunéo.

2e, *Salle Thouret* : MM. Gley, Retterer et Desgrez.

4e (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Brissaud et Wurtz ; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Mauclaire, Jalaguier et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Kirmisson, Reclus et Gosset ; — (2e partie) : MM. Hayem, Netter et Widal ; — M. Thoinot, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Terrier, Delens et Walther ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Teissier et Bezançon ; — M. Gaucher, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Legueu, suppléant.

SAMEDI 22 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Quenu, Poirier et Thiéry.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Charrin et Guiart.

1er (oral) : MM. Remy, Schwartz et Rieffel.

3e (oral, 2e partie, ancien régime) : MM. Gilbert, Achard et Launois ; — (nouveau régime) : MM. G. Ballet, Méry et Gouget.

4e (nouveau régime) : MM. Chantemesse, Langlois et Chassevant ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Beaujon* : MM. Le Dentu, de Lapersonne et Faure ; — (2e partie) : MM. Raymond, Thiroloix et Jeanselme ; — M. Vaquez, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Potocki et Demelin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — NOTES OBTENUES. — *Pathologie.* — Séance du 5 mars 1902. — MM. Lavenant, 11 + 9 = 20 ; Desmoulins, 9 + 7 = 16 ; Zentler, 7 + 9 = 16 ; Gimbert, 8 + 7 = 15 ; Siegel, 9 + 6 = 15 ; Fabre (J.-M.-J), 8 + 6 = 14 ; Fayolle, 8 + 6 = 14 ; Demanche, 7 + 6 = 13.

Séance du 7 mars 1902. — MM. Hautant, 12 + 11 = 23 ; Lemaire (Henri), 8 + 11 = 19 ; Duval, 9 + 9 = 18 ; Dezarnaulds, 8 + 9 = 17 ; Laborde, 8 + 9 = 17 ; Pathault, 9 + 8 = 17 ; Philibert (André), 9 + 7 = 16.

La première séance orale aura lieu aujourd'hui 10 mars, à quatre heures et demie, à l'Administration centrale.

— Un concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 12 mai 1902, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, du lundi 14 avril au samedi 26 du même mois inclusivement.

Faculté de médecine. — *Besançon.* — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Besançon, aura lieu à la Faculté le mercredi 12 novembre.

École de médecine. — *Nantes.* — M. Ed. Vignard, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Breucq (de Bayonne) est nommé officier de l'Instruction publique.

Marine. — M. le médecin de première classe Gaillard, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le croiseur le *Dupleix.*

Conférences pratiques. — M. Jolly commencera, le mardi 8 avril 1902, au laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe, rue des Ecoles), une série de conférences pratiques sur la technique histologique et l'histologie. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à deux heures.

Caisse des recherches scientifiques. — La Chambre a voté, à la demande de M. Audiffred, député de la Loire, un article additionnel à la loi de finances. En voici le texte :

« Chaque année, il sera prélevé sur les fonds du pari mutuel pour être versées dans la caisse des recherches scientifiques :

1° Section des sciences médicales pour les recherches relatives à la physiologie et à la pathologie des plantes cultivées, une somme de 25 000 francs au minimum.

2° Section des sciences mathématiques, mécanique, astronomie, histoire naturelle, physique et chimie, une somme de 125 000 francs au minimum.

Ces allocations pourront être portées à un chiffre plus élevé, sur la demande du conseil d'administration de la caisse, par la commission spéciale instituée au ministère de l'Agriculture pour la répartition des fonds du pari mutuel. »

Une garde-malade ou une sage-femme ayant ses règles est-elle aseptique? — M. Fancourt-Barnes, chirurgien en chef de la Maternité de Londres, pose la question suivante dans le *Journal de médecine de Paris* : Peut-on dire qu'il y a une vraie asepsie ainsi qu'une vraie antisepsie lorsqu'une opération ou un accouchement sont faits avec l'assistance d'une garde-malade ou d'une sage-femme qui a ses règles ?

M. Leblond, médecin de Saint-Lazare, répond : « Sans pouvoir donner une réponse précise à la question posée par notre ami Barnes, je crois qu'une femme qui a ses règles n'est pas dans des conditions d'asepsie aussi complète que pendant la période intermenstruelle. Il se dégage de la femme une odeur, une sorte de ferment, dont l'action est mal définie, mais qu'on ne peut contester. Vous connaissez les idées du peuple sur ce sujet : c'est ainsi qu'on croit qu'une femme qui a ses règles ne peut approcher des melons en fleur parce qu'elle les ferait couler. Il existe une quantité d'autres préjugés, mais qui ne me paraissent pas absolument dénués de fondement. La question ne me paraît pas du reste élucidée, elle mérite d'être étudiée scientifiquement. »

A première vue, il semble que, comme le dit M. Leblond, la question ait fort besoin d'être étudiée scientifiquement, car vraiment il paraît difficile d'admettre que la femme puisse *faire couler*, fût-ce des melons, rien qu'en approchant (?) pendant la période cataméniale.

Il faudrait présenter une statistique qui démontrerait que les malades ou les accouchées assistés par des femmes en pleines règles présentent de nombreux cas de septicémie. Il faudrait surtout démontrer que le flux cataménial contient un germe particulier, car, jusque-là, il serait difficile d'admettre que cette *odeur spéciale* soit *une sorte de ferment* à action mal définie, *mais qu'on ne peut contester*, et nous pensons, tout au contraire, qu'on aura jusque-là le devoir de contester absolument cette action.

Que l'on dise que le sang qui baigne les organes génitaux de la femme qui a ses règles est un bon milieu de culture, soit; mais ce milieu est-il plus facilement infectable que la bouche, par exemple ? Nous ne le pensons pas : or, le chirurgien qui parle au-dessus d'une plaie nous paraît tout aussi dangereux qu'une femme qui a ses règles et qui n'est pas autant en contact avec le malade. Tant que la preuve ne sera pas faite, on devra, ce nous semble, se refuser à admettre les vieilles superstitions et les vieux préjugés. (*Bull. gén. de thér.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 30. — JEUDI 13 MARS 1902. 75e ANNÉE JEUDI 13 MARS 1902. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DU RÉFLEXE LUMINEUX

ÉTUDIÉ CHEZ LES MÊMES MALADES AUX TROIS PÉRIODES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard.

Poursuivant mes recherches sur les réflexes étudiés chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale je consacre ce septième mémoire (1) au lumineux. Nombreux sont les auteurs qui déjà l'ont examiné chez les paralytiques généraux, je citerai en Allemagne Moelli et Stemerling; en Angleterre Milckle et Thurmann; en Amérique Hoche et Eceste, mais c'est surtout en France qu'il a été recherché par Magnan et Parinaud, puis par Robin, Vincent, Roy et Marie et enfin tout dernièrement par Renaud, Sollier, Briand et Antheaume. Il semble donc superflu d'entreprendre sur ce sujet de nouvelles recherches et que tout ait été dit. Il n'en est rien pourtant car tous ces auteurs ont suivi la méthode erronée de Muhr qui, le premier, eut l'idée d'examiner l'état des réflexes dans la péri-encéphalite chronique, méthode qui consiste à les rechercher sur des paralytiques qui sont les uns à la première période, les autres à la seconde et à la troisième, comme s'il était bien rationnel de réunir les résultats fournis par des sujets différents à des phases différentes de la paralysie générale. Je donnerai une idée des résultats discordants auxquels on aboutit en procédant ainsi par le petit tableau suivant :

	Normalité.	Affaiblissement.	Abolition.
Stemerling..	36 %	24 %	50 %
Vincent.....	9,5	52	38
Renaud.....	18,33	17,3	65,25

A mon avis il est indispensable de ne comparer que des résultats fournis par les mêmes malades et pour cela d'avoir la patience de les suivre et de les observer du début à la terminaison de la maladie par marasme paralytique. Ainsi nous avons procédé sur 104 paralysés généraux, mais de ce nombre il n'en est que 30 qui aient évolué complètement sous nos yeux, les autres ayant succombé au cours de la première ou de la seconde période. On voit donc qu'il importe d'entreprendre un nombre assez considérable de sujets pour être certain d'aboutir avec quelques-uns et que le plus souvent on devra perdre le fruit d'un long labeur. Dans ces conditions on comprend la préférence accordée à l'expéditive méthode de Muhr, chaque paralytique n'étant examiné qu'une fois ou deux à intervalles rapprochés, mais j'ai montré plus haut par des chiffres éloquents les résultats qu'elle a donnés.

Quoi qu'il en soit, sur nos 30 paralytiques nous avons recherché l'état du réflexe lumineux 778 fois, mais par suite de l'indocilité des malades 28 fois seulement nous n'avons pas réussi à le constater, restent donc 750 constatations heureuses qui se décomposent comme il suit :

Normaux	231,	soit 30,8 %
Anormaux	519,	soit 69,2

Ainsi d'une manière générale le réflexe lumineux a été bien plus souvent trouvé *anormal* que *normal*, car l'anormalité l'a emporté dans les constatations opérées durant le cours des trois périodes de 38,4 p. 100. Il mérite donc d'être tout particulièrement recherché dans les cas douteux.

Les altérations peuvent être de trois espèces : *exagération*, *affaiblissement*, *abolition*. A cet égard nos 519 constatations d'anormalité se repartissent de la manière suivante :

Exagération..................	28,	soit 5,3 %
Affaiblissement..............	224,	soit 43,1
Abolition	246,	soit 47,6
Normal d'un côté et aboli de l'autre..................	21,	soit 4

Trois faits se dégagent de ce tableau. Tout d'abord dans la presque totalité des cas les deux réflexes de droite et de gauche étaient altérés en même temps de la même altération et au même degré. En effet, c'est seulement dans la très petite proportion de 4 p. 100 que nous avons trouvé une différence des deux côtés contre par conséquent 96 p. 100 d'altérations identiques. En second lieu le trouble de beaucoup le plus souvent constaté, presque constant, fut un trouble en moins, dans l'énorme proportion de 94,7 p. 100, l'exagération a été très rare (5,3 p. 100), enfin les deux alté-

(1) Voir : Crémastérien, in *Arch. de physiol.*, 1895; — Patellaire, in *Ann. méd.-psychol.*, 1897; — Pharyngien, in *Arch. de physiol.*, 1897; — Évolution comparée de ces trois réflexes, in *Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1897; — Troubles comparés de ces trois réflexes, in *Presse méd.*, 1899; — Conjonctival, in *Ann. méd.-psychol.*, 1902.

rations en moins, affaiblissement et abolition, se sont rencontrées, peut- on dire en fréquence à peu près égale, puisqu'il n'y a qu'un écart de 4,5 p. 100 en faveur de celle-ci.

Mais nous ne nous sommes pas borné à noter le genre d'altération présenté par le réflexe, nons avons apprécié le degré d'intensité. Or nous obtenons pour les 28 exagérations et les 224 affaiblissements :

Très exagérés.	0, soit 0 %	Très affaiblis.	49, soit 21,8 %
Exagérés	28, soit 100	Affaiblis	175, soit 78,2

Ce tableau établit que l'exagération, quand par exception elle se produisit, était toujours modérée, nouvelle preuve que la caractéristique du réflexe lumineux n'est pas l'altération en plus, aussi est-il assez difficile d'expliquer pourquoi les affaiblissements légers ont été plus de trois fois plus fréquents que les marqués. Il semble que le contraire aurait du se constater avec un réflexe dont la tendance est de s'affaiblir de plus en plus pour finir par disparaître. Nous avons déjà signalé cette bizarre particularité dans nos recherches antérieures sur le conjonctival et je disais alors que je ne voyais qu'une explication à ce fait : la rapide évolution de l'affaiblissement pour aboutir vite à l'abolition, rapidité qui permet de rarement constater le stade intermédiaire entre celui-ci et celle-ci.

Nous avons vu plus haut que 21 fois seulement il nous est arrivé de ne pas obtenir les mêmes résultats à droite et à gauche. Jamais dans ces cas il ne s'agissait d'exagération; nous n'avons donc jamais eu occasion de constater une altération en plus dans un œil avec une altération en moins dans l'autre. Les 21 fois le lumineux était normal d'un côté et aboli de l'autre.

Cependant nous devons pousser plus avant encore cette étude et examiner les troubles du réflexe lumineux aux trois périodes de la maladie. Nous avons tout d'abord le tableau qui suit relatif à la normalité et à l'anormalité :

	Première période.	Deuxième période.	Trois^e période.
Normal..	154, soit 55 %	42, soit 14,2 %	35, soit 20 %
Anormal.	126, soit 45	252, soit 85,8	141, soit 80
Totaux.	280	294	176

Ce tableau montre que le réflexe lumineux a été trouvé déjà altéré dans une très forte proportion dès la première période, mais que toutefois l'état normal à cette phase initiale l'a emporté sur l'état anormal en fréquence, tandis qu'aux deux autres périodes le contraire a été vu. En second lieu il est à noter que ce n'est pas à la phase ultime mais à l'intermédiaire que nous avons noté dans nos constatations le maximum des anormalités. Sans doute l'écart entre les deux périodes terminales n'est pas excessif (5,8 p. 100), mais le fait mérite d'autant plus d'être relevé que nous l'avons trouvé également pour le conjonctival.

Le réflexe est-il indifféremment altéré en plus ou en moins à tous les moments de la paralysie générale ? Le tableau suivant répond à cette question :

	Première période.	Deuxième période.	Troisième période.
Exagération	22, soit 17,4 %	6, soit 2,3 %	0, soit 0 %
Affaiblissement	56, soit 44,6	119, soit 47,2	49, soit 34
Abolition........................	41, soit 32,5	113, soit 45	92, soit 66
Normal et aboli........................	7, soit 5,5	14, soit 5,5	0, soit 0

Quatre faits apparaissent dans ce tableau. En premier lieu la présence de l'exagération du lumineux aux seules périodes initiales de la paralysie générale, en fréquence huit fois plus grande à la première période qu'à la seconde et encore faut-il ajouter que c'est tout à fait au début de celle-ci que le fait fut constaté, jamais quand elle avait déjà une certaine durée et que le gâtisme était bien établi. Egalement dans notre tableau l'abolition unilatérale est un phénomène des phases initiales, toutefois, en égale fréquence à la première et à la seconde période. Il résulte de ces deux constatations qu'à la troisième période les seuls troubles observés ont été des altérations en moins, affaiblissements et abolition identiques des deux côtés. En troisième lieu celle-ci fut en progression régulièrement croissante de la phase initiale à l'intermédiaire et de l'intermédiaire à la terminale, de telle sorte que le lumineux a été trouvé d'autant plus souvent aboli que la maladie était plus avancée, tandis que l'affaiblissement n'a été en infériorité très marquée qu'à la dernière période, il a été en fréquence à peu près égale à la phase intermédiaire et à la première l'a emporté de 12 p. 100 au contraire sur l'abolition.

Les altérations en plus, avons-nous vu plus haut, ayant été toujours trouvées à un degré modéré nous n'avons pas à rechercher l'influence qu'exerce sur leur intensité l'évolution plus ou moins avancée de la péri-encéphalite chronique. Il n'en est pas de même pour les affaiblissements qui fournissent le tableau suivant :

	Première période.	Deuxième période.	Trois^e période.
Affaiblis..	56, soit 100 %	84, soit 70,6 %	35, soit 71,5 %
Tr. affaib.	0, soit 0	35, soit 29,4	14, soit 28,5

Ce tableau est net. Il établit que l'affaiblissement marqué a toujours manqué à la première période et qu'il a été rencontré en fréquence égale aux deux phases plus avancées. Le fait est en rapport avec la tendance du lumineux à s'altérer d'autant plus en moins que la paralysie générale progresse.

Pour compléter ces données sur les troubles de ce réflexe dans la péri-encéphalite chronique, il nous reste à étudier ceux-ci dans les diverses variétés mentales de la maladie, à rechercher leurs rapports avec les altérations des sensibilités et de la motricité, à étudier l'influence que peuvent exercer sur eux l'âge des malades et l'étiologie du mal.

Le tableau suivant relatif aux *formes mentales* établit tout

	Expansive.	Dépressive.	Mixte.	Démentielle.	Rémission.
Normal....	76, soit 33,9 %	0, soit 0 %	42, soit 54,6 %	71, soit 19,4 %	42, soit 75 %
Anormal...	148, soit 66,1	28, soit 100	35, soit 45,4	294, soit 80,6	14, soit 25

d'abord ce fait intéressant que si c'est dans la rémission que nous avons trouvé le plus souvent le lumineux normal, il n'est pas moins vrai que dans un quart de cas il était altéré, celle-ci est donc d'apparence trompeuse puisque la possibilité de cette altération est la preuve que la guérison n'est pas réelle et que le mal simplement se dissimule. Il montre ensuite que la forme mixte est la seule en dehors de la rémission dans laquelle l'état normal l'a emporté sur l'état

anormal, tandis que cet état n'a jamais été observé dans la forme dépressive et l'a été en fréquence moindre que l'anormal dans la forme expansive et surtout dans la forme démentielle. Ainsi c'est dans la variété dépressive que le lumineux a été trouvé toujours anormal et dans la rémission le moins souvent.

Mais quelle que soit la forme mentale, en dehors bien entendu de la rémission, le paralytique peut être *agité* ou *calme*.

Ces deux états ont-ils une influence sur le lumineux? Nous le saurons par le tableau qui suit :

	Agitation.	Calme.
Normal..........	97, soit 30,8 %	92, soit 24,2 %
Anormal	218, soit 69,2	287, soit 75,8

Nous avons ici pour les périodes de calme un excédent d'anormalité de 6,6 p. 100 ; l'écart, sans être considérable, mérite pourtant d'être signalé. Peut-être le trouverons-nous plus accusé si nous interrogeons les diverses espèces d'altérations?

	Agitation.	Calme.
Exagération	14, soit 6,4 %	14, soit 4,9 %
Affaiblissement ..	97, soit 44,9	113, soit 40,1
Abolition........	107, soit 48,7	139, soit 48,7
Normal et aboli..	0, soit 0	21, soit 6,3

Le seul fait saillant de ce tableau est la constance des altérations aux deux yeux durant les paroxysmes d'agitation ; c'est seulement, en effet, dans les états de calme qu'il nous est arrivé de trouver quelquefois le lumineux normal d'un côté et aboli de l'autre, pour le reste les écarts sont vraiment bien faibles et même pour l'abolition les proportions sont absolument identiques. Il est donc probable que les états d'agitation et de calme sont sans influence notable sur le réflexe.

Reste à opérer les mêmes recherches en ce qui concerne les cinq variétés mentales :

	Expansive.	Dépressive.	Mixte.	Démence.	Rémission.
Exagération.....	22, soit 14,8 %	0, soit 0 %	6, soit 17,1 %	0, soit 0 %	0, soit 0 %
Affaibli.........	62, soit 42	14, soit 50	29, soit 82,9	105, soit 35,7	14, soit 100
Abolition.......	64, soit 43,2	14, soit 50	0, soit 0	168, soit 47,2	0, soit 0
Normal et aboli.	0, soit 0	0, soit 0	0, soit 0	21, soit 7,1	0, soit 0

Il n'est pas une seule forme mentale dans laquelle nous ayons observé les quatre espèces d'altérations, trois ont manqué dans la rémission, une dans l'expansive et la démentielle, deux dans la dépressive et la mixte. A remarquer aussi que l'affaiblissement est le seul trouble constaté dans les cinq variétés mentales. Si nous entrons dans le détail nous voyons que dans la rémission l'affaiblissement fut l'unique altération présentée, le réflexe, bien qu'altéré, ne l'est donc qu'à un degré léger. L'exagération ne figure que dans l'expansive et la mixte et si l'abolition l'emporte sur l'affaiblissement dans la démentielle, ils sont à égalité dans l'expansive et la dépressive, tandis que celle-là manque dans la mixte et la rémission. Enfin c'est seulement dans la forme démentielle qu'il nous a été donné de voir le réflexe normal d'un côté et aboli de l'autre.

Si maintenant nous interrogeons l'*étiologie* nous réalisons le tableau suivant :

	Syphilis.	Alcool.	Alcool et syphilis.	Traumatisme.	Autres causes.
Normal......	98, soit 29,6 %	35, soit 22,7 %	70, soit 43,4 %	0, soit 0 %	28, soit 44,4 %
Anormal.....	232, soit 70,4	110, soit 73,3	91, soit 56,6	42, soit 100	35, soit 55,6

dans lequel le point le plus frappant est l'absence de toute normalité du lumineux dans la paralysie générale d'origine traumatique. Après le traumatisme c'est l'alcool qui a fourni le plus d'altérations du réflexe et le minimum est fourni tout à la fois par la syphilis associée à l'alcool et par les autres causes.

Dans le tableau qui suit :

	Syphilis.	Alcool.	Alcool et syphilis.	Traumatisme.	Autres causes.
Exagération....	20, soit 8,6 %	8, soit 6,7 %	0, soit 0 %	0, soit 0 %	0, soit 0 %
Affaiblissement.	112, soit 48,3	77, soit 64,7	35, soit 38,4	0, soit 0	0, soit 0
Abolition	100, soit 43,1	35, soit 28,6	56, soit 61,6	21, soit 50	35, soit 100
Normal et aboli.	0, soit 0	0, soit 0	0, soit 0	21, soit 50	0, soit 0

nous relevons que l'abolition est le seul trouble qui figure dans toutes les étiologies, l'exagération ne se trouve qa'avec la syphilis et l'alcool ; l'affaiblissement manque avec le traumatisme et les autres causes; enfin c'est seulement avec celui-là que le lumineux fut quelquefois normal d'un côté et aboli de l'autre, tandis qu'avec celles-ci l'altération fut toujours l'abolition. Après les causes banales, c'est l'association de la syphilis et de l'alcool qui fournit la plus forte proportion de réflexes abolis et l'alcool seul la plus faible ; par contre ce dernier détient le maximum des affaiblissements. Ces résultats sont assez conformes à ceux que nous a fournis le conjonctival.

L'*âge* semble bien exercer une influence sur les altérations du lumineux.

	20 à 30 ans.	30 à 40 ans.	40 à 50 ans.	50 à 60 ans.
Normal...........	7, soit 6,2 %	195, soit 36,1 %	21, soit 32,8 %	8, soit 30 %
Anormal.........	105, soit 93,8	344, soit 63,9	43, soit 67,2	27, soit 70

Sans doute dans notre tableau le réflexe, à toutes les époques de la vie, est plus souvent anormal que normal ; mais il apparaît clairement que l'anormalité serait surtout l'apanage des âges extrêmes et contre toute attente plus particulièrement du jeune âge. La proportion que nous avons de vingt à trente ans est en effet formidable et s'abaisse de 30 p. 100 de trente à quarante, puis à partir de quarante ans elle commence à se relever pour s'accroître encore de cinquante

à soixante, mais sans atteindre le taux élevé de vingt à trente ans.

Quant aux diverses altérations elles ne semblent pas, à en juger par le tableau qui suit, subir l'influence de l'âge.

	20 à 30 ans.	30 à 40 ans.	40 à 50 ans.	50 à 60 ans.
Exagération	0, soit 0 %	28, soit 8,1 %	0, soit 0 %	0, soit 0 %
Affaiblissement .	35, soit 33,8	161, soit 46,9	14, soit 42,5	14, soit 51,8
Abolition........	49, soit 46,2	155, soit 75	29, soit 67,5	13, soit 48,2
Normal et aboli. .	21, soit 20	0, soit 0	0, soit 0	0, soit 0

En effet nous y voyons les affaiblissements en proportion identique de vingt à trente et de quarante à cinquante, inférieure à celle de trente à quarante, alors que le maximum se trouve de cinquante à soixante. De même pour les abolitions qui avec leur maximum de quarante à cinquante présentent par ailleurs la même proportion de vingt à quarante et de cinquante à soixante. Tout cela paraît bien indiquer l'absence de toute règle. Remarquons également que c'est seulement de trente à quarante; âge intermédiaire, que nous avons noté l'exagération et seulement de vingt à trente la normalité d'un côté avec abolition de l'autre.

Serons-nous plus heureux avec les *troubles moteurs*? Comme on sait, s'ils sont toujours excessifs chez tous les paralytiques à la phase ultime, il n'en est plus de même aux deux premières périodes où ils ont une intensité très variable, non seulement chez les divers malades, mais chez le même sujet selon les moments. Le tableau qui suit est très net et établit clairement qu'à la première et à la seconde phase de la paralysie générale le réflexe lumineux a été d'autant plus souvent altéré que la motricité était plus atteinte. En effet, avec les troubles moteurs légers et modérés la normalité l'emporte sur l'anormalité, tandis que le contraire a lieu avec les marqués ou celle-ci est presque double de celle-là et surtout avec les excessifs, où elle est sept fois supérieure. Sans doute la proportion des anormaux dans notre tableau est plus faible avec les modérés qu'avec les légers, mais les

	Légers.	Modérés.	Marqués.	Excessifs.
Normal............	62, soit 52,1 %	43, soit 61,5 %	70, soit 34,2 %	21, soit 12 %
Anormal...........	57, soit 47,9	27, soit 38,5	140, soit 65,8	154, soit 88

deux ne sont séparés, peut-on dire, que par des nuances et, pour bien établir les rapports, il est plus exact de ne former que deux grands groupes : légers et modérés d'une part; marqués et excessifs de l'autre; or si nous procédons ainsi nous avons pour le second 75,3 p. 100 d'anormalité, et seulement 44,4 p. 100 pour le premier.

Mais les diverses espèces d'altérations ne semblent pas être en rapports bien définis avec l'intensité des troubles moteurs.

	Légers.	Modérés.	Marqués.	Excessifs.
Exagération	8, soit 14 %	6, soit 22,2 %	7, soit 5 %	7, soit 4,5 %
Affaiblissement......	29, soit 51	6, soit 22,2	71, soit 50,8	69, soit 44,8
Abolition	20, soit 35	15, soit 55,6	48, soit 34,2	71, soit 46,2
Normal et aboli......	0, soit 0	0, soit 0	14, soit 10	7, soit 4,5

Ainsi, dans notre tableau, c'est avec les modérés que se trouve le maximum des exagérations et en même temps des abolitions; le minimum de celles-ci et le maximum des affaiblissements est tout à la fois avec les troubles légers et avec les marqués. Aucune règle ne préside donc à cette répartition.

Les rapports des altérations du lumineux avec les sensibilités tactile et analgésique méritent aussi de fixer notre

	Normalité.	Affaiblissement.	Anesthésie.	Hyperesthésie.
Normal...............	239, soit 51,6 %	0, soit 0 %	22, soit 75 %	0, soit 0 %
Anormal..............	224, soit 48,4	35, soit 100	7, soit 25	7, soit 100

attention. Le *tact* fournit à cet égard le tableau ci-dessus composé avec 532 constatations, dans lesqnelles nous réussîmes à bien nous assurer de l'état simultané de cette sensibilité et du lumineux et qui semble bien indiquer l'absence de tout rapport entre celui-ci et celle-là.

En effet, quand le tact était normal c'est en proportion à peu de chose près identique que le réflexe fut et ne fut pas altéré. D'un autre côté avec le simple affaiblissement de la sensibilité tactile le lumineux a toujours été anormal, tandis qu'avec l'anesthésie totale nous avons une proportion triple de normalité. Cependant dans le tableau suivant relatif aux diverses espèces d'altérations, nous constatons que précisé-

	Normalité.	Affaiblissement.	Anesthésie.	Hyperesthésie.
Exagération............	21, soit 9,3 %	0, soit 0 %	0, soit 0 %	0, soit 0 %
Affaiblissement...	111, soit 50,3	6, soit 17	7, soit 100	0, soit 0
Abolition	78, soit 34,3	29, soit 83	0, soit 0	7, soit 100
Normal et aboli.........	14, soit 6,1	0, soit 0	0, soit 0	0, soit 0

ment avec le simple affaiblissement du tact il y a une proportion colossale d'abolitions du lumineux et presque pas d'affaiblissements, et au contraire avec l'anesthésie totale celles-là font complètement défaut et ceux-ci sont les seuls troubles qui furent constaté. Ainsi c'est avec le simple affaiblissement du tact que nous avons observé non seulement une anormalité constante du réflexe, mais encore des altérations à leur summum d'intensité. Le fait serait paradoxal et mériterait d'être confirmé par de nouvelles recherches. Ajoutons que dans notre tableau c'est exclusivement avec la normallté du tact que le lumineux fut exalté et aussi normal d'un côté et altéré de l'autre. Enfin toutes les fois que nous avons par exception rencontré l'hyperesthésie, le réflexe était au contraire aboli.

La *douleur*, elle, nous donne le tableau suivant formé avec la totalité de nos constatations, soit 750, dans lesquelles nous avons eu la chance de réussir à nous assurer en même temps de l'état du sens algésique et du réflexe lumineux.

	Normalité.	Affaiblissement.	Analgésie.	Hyperalgésie.
Normal	90, soit 29,9 %	77, soit 26,1 %	35, soit 33,3 %	29, soit 59,2 %
Anormal	211, soit 70,1	218, soit 73,9	70, soit 66,7	20, soit 40,8

Sans doute ici encore comme pour le tact, c'est avec l'affaiblissement de la douleur que nous avons obtenu le maximum d'anormalité du réflexe; mais il est à remarquer que l'écart est bien faible, 3 p. 100 seulement, avec la proportion réalisée quand celle-là était normale. En outre nous constatons que plus le sens algésique fut altéré, soit en moins et soit surtout en plus, le lumineux était au contraire plus souvent normal. L'absence de tout rapport paraît donc s'imposer, d'autant plus que dans le tableau qui suit nous constatons que le maximum des abolitions du lumineux se trouve avec

	Normalité.	Affaiblissement.	Analgésie.	Hyperalgésie.
Exagération	8, soit 3,7 %	20, soit 9,2 %	0, soit 0 %	0, soit 0 %
Affaiblissement	78, soit 36,9	99, soit 45,4	35, soit 50	12, soit 60
Abolition	111, soit 52,9	99, soit 45,4	28, soit 40	8, soit 40
Normal et aboli	14, soit 6,5	0, soit 0	7, soit 10	0, soit 0

la douleur normale et qu'avec les deux troubles opposés, analgésie et hypéralgésie, la proportion de celles-ci est la même, ensuite que l'exagération du réflexe s'est rencontrée aussi bien avec la normalité de la sensibilité douloureuse qu'avec son affaiblissement, et enfin que c'est tout à la fois avec l'état normal et l'analgésie que nous avons observé le lumineux normal d'un côté et aboli de l'autre. Il y a donc un ensemble de constatations qui permet d'affirmer l'absence de tout rapport.

Un dernier mot. Le réflexe lumineux étant anormal dans plus d'un tiers des constatations dès la phase initiale de la paralysie générale, il est utile de ne pas négliger sa recherche dans les cas douteux pour aider au *diagnostic*. Mais je ne crois pas qu'il puisse contribuer à établir le *pronostic*, à prévoir si l'évolution de la péri-encéphalite chronique sera courte ou longue, en se rapportant du moins à ce dernier tableau dans lequel figure la durée de la maladie de nos 30 paralytiques, selon que le réflexe a été altéré d'emblée, au cours de la première période ou seulement à la fin de celle-ci ou pas du tout.

Ans.	D'emblée.	Au cours.	A la fin.	Pas du tout.
1 à 2	3	0	0	0
2 à 3	3	0	3	2
3 à 4	3	3	3	2
4 à 5	3	2	1	0
Plus de 5	1	1	0	0

En effet de quatre malades qui n'eurent jamais le lumineux altéré au cours de la première période, deux ont mis plus de deux ans et deux autres près de quatre ans à parcourir les trois phases. L'absence d'altérations s'est donc montrée avec des évolutions tantôt normales, tantôt d'une lenteur anormale. Le fait est plus frappant encore quand le réflexe a été d'emblée atteint dès le début de la maladie, car les treize sujets qui furent dans ce cas en fournissent trois à toutes les évolutions courtes et longues, depuis celle inférieure à un an jusqu'à celle supérieure même à cinq ans. Enfin nous relevons dans ce tableau des durées moindres quand l'altération est apparue à la fin de la période que quand elle a débuté bien avant, au cours même de celle-ci.

De nos 750 constatations nous tirerons donc les conclusions suivantes :

I. Nous avons trouvé le réflexe lumineux dans la paralysie générale plus souvent anormal que normal.

II. L'exagération de ce réflexe fut tout à fait exceptionnelle; les altérations en moins ont été vingt fois plus fréquentes.

III. L'affaiblissement et l'abolition se sont montrées en fréquence à peu près égale, avec seulement un écart de 4 p. 100 en faveur de celle-ci.

IV. Qu'il s'agisse d'exagération ou d'affaiblissement les degrés modérés l'ont emporté dans la totalité des cas pour celle-là et de trois fois pour celui-ci.

V. Il a été tout à fait exceptionnel de ne pas trouver aux deux yeux des altérations identiques et au même degré; dans ces cas très rares, ce fut toujours la normalité d'un côté avec l'abolition de l'autre.

VI. A la première période la normalité fut plus fréquente que l'anormalité, mais seulement de 10 p. 100, tandis qu'à la seconde et à la troisième, celle-ci fut le fait de beaucoup le plus habituel. En outre, c'est à la phase intermédiaire que nous avons trouvé le maximum des anormaux, toutefois l'écart avec la phase ultime n'est que de 5 p. 100.

VII. L'exagération et les altérations inégales des deux côtés ont toujours été relevées aux phases initiales de la maladie tandis que la fréquence de l'abolition fut proportionnelle aux progrès du mal et que l'affaiblissement se montra plus fréquente que cette dernière à la première période, égale à la seconde et deux fois moindre à la troisième.

VIII. Les affaiblissements marqués n'ont jamais été constatés à la première phase et furent d'égale fréquence aux deux autres.

IX. Le lumineux était anormal dans un quart des rémissions. En dehors de celles-ci la forme mixte est la seule dans laquelle la normalité l'a emporté tandis qu'elle fut toujours absente dans la dépressive et en fréquence moindre dans l'expansive et surtout dans la démentielle.

X. Il n'est pas une seule forme mentale dans laquelle nous ayons rencontré toutes les altérations; l'affaiblissement est le seul trouble constaté dans les cinq formes et fut même l'unique altération durant les rémissions. L'exagération n'a été vue que dans l'expansive et la mixte; et si l'abolition l'a emporté sur l'affaiblissement dans la démentielle, ces deux troubles furent à égalité dans la dépressive et l'expansive; enfin ce fut seulement dans la démentielle que les deux yeux n'étaient point également atteints. Quant aux états de calme et d'agitation ils ont paru sans influence.

XI. Le réflexe a toujours été anormal dans la paralysie générale traumatique; après vient l'alcoolisme.

XII. L'exagération ne s'est rencontrée qu'avec la syphilis ou l'alcool; l'abolition, seul trouble qui figure dans toutes les étiologies, eut son maximum en dehors de ces deux causes et son minimum dans l'alcoolisme qui eut par contre le

maximum des simples affaiblissements; enfin seul le traumatisme nous offre un œil normal avec l'autre altéré.

XIII. A tous les âges le réflexe fut plus souvent anormal que normal, toutefois l'anormalité semble avoir été surtout l'apanage des âges extrêmes, surtout, contre toute attente, du jeune âge, mais nous n'avons relevé aucune action bien nette sur les diverses espèces de troubles.

XIV. Aux deux premières périodes le réflexe lumineux fut d'autant plus souvent altéré que la motricité était plus atteinte.

XV. Nous n'avons observé aucun rapport entre les troubles du lumineux et l'état de la sensibilité algésique, mais nos constatations ne nous permettent pas d'être aussi affirmatif en ce qui concerne la sensibilité tactile. Dans nos observations, le simple affaiblissement du tact a coïncidé, en effet, avec l'anormalité constante du réflexe et son abolition.

XVI. La recherche du réflexe lumineux par ses altérations fréquentes et précoces peut aider au diagnostic dans les cas douteux, mais ne saurait fournir aucune indication sur l'évolution lente ou rapide de la péri-encéphalite chronique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(11 MARS 1902)

Nous revenons sur les **aventures du « Sénégal » au Frioul.** A la suite de la communication retentissante de M. Bucquoy et de la discussion qui l'a suivie, l'Académie a décidé de nommer une commission dans le but d'étudier les améliorations à apporter au régime actuel. M. Vallin, rapporteur de cette commission, a fait une enquête sérieuse sur place et, bien nettement documenté, a fait un rapport détaillé dont il a lu les principaux passages. Il résulte de cette enquête que, s'il y a eu quelque exagération de la part des touristes désappointés, il y a, en réalité, beaucoup à faire pour mettre le lazaret du Frioul et sa station sanitaire au niveau des progrès de l'hygiène moderne. Il faut apporter à l'état de choses actuel de très sérieuses améliorations, et ce sont ces améliorations que la commission a étudiées et que M. Vallin vient faire connaître à l'Académie, dans un rapport important dont voici les conclusions :

1° Réparer et compléter les pavillons du lazaret du Frioul, qui ne répondent plus aux nécessités de l'hygiène moderne;

2° Créer, à la pointe N.-E. de Pomègues, une station sanitaire plus indépendante du service de désinfection du lazaret;

3° Placer en permanence, à la tête du lazaret, un médecin en chef nommé par le ministre, ayant les mêmes attributions que le médecin en chef d'un hôpital, par rapport au directeur de la santé d'un fort ou d'un corps d'armée;

4° Remplacer, sans délai, les règlements très anciens et surannés du lazaret par un réglement intérieur, approuvé par le ministre, déterminant les droits et devoirs de chacun et servant de base pour l'exécution du service;

5° Demander à M. le ministre de la Marine de vouloir bien comprendre le sérum antipesteux et les instruments nécessaires à son emploi dans la nomenclature des médicaments dont doivent être munis les navires du commerce voyageant au long cours.

Rendre l'inspection des « coffres » et pharmacies des navires par les commissions de visite des ports plus rigoureuse et plus effective, en exécution de l'article 11 de l'ordonnance royale du 4 août 1819.

Réduire la durée de la quarantaine d'observation des passagers inoculés au lazaret avec le sérum antipesteux.

6° Chercher, à l'aide d'expériences scientifiques et pratiques, les meilleurs procédés pour détruire rapidement et sûrement les rongeurs avant le déchargement des navires arrivant dans un port, sans détériorer les marchandises, et rendre cette destruction obligatoire pour toutes les provenances de ports infectés;

7° Faciliter, par une prestation temporaire, aux médecins qui se portent candidats aux emplois de médecin sanitaire en générale et de médecin sanitaire maritime en particulier, les moyens de faire un stage pratique dans l'Ecole de médecine d'un port leur permettant d'acquérir une compétence professionnelle plus complète et d'en donner la preuve à l'examen d'admission et avant leur entrée en fonctions;

8° Chercher les moyens de garantir à ces médecins plus de stabilité, plus d'avenir, plus d'indépendance vis-à-vis des Compagnies et de leurs agents, d'en faire les auxiliaires dévoués du service sanitaire, en un mot, de leur ouvrir et de leur assurer une carrière rémunératrice et considérée.

M. Lancereaux lit un rapport sur **la mort rapide ou subite d'origine gastrique.**

Le mécanisme de la mort est mal connu. Généralement on l'attribue, à tort, à la rupture d'un anévrysme, à la rupture du cœur ou à une embolie, ou encore à une hypertrophie du cœur. Ce sont là pour M. Lancereaux, autant d'erreurs, ou du moins, ces causes sont très exceptionnelles.

Néanmoins, la mort subite chez les personnes bien portantes ou simplement souffrantes est chose commune.

Dans les cas de ce genre, le médecin, non habitué aux recherches anatomo-pathologiques. est généralement surpris de ne trouver aucune lésion matérielle, et cependant, c'est la règle. Les seuls désordres constatés par M. Lancereaux dans près de cinquante examens nécroscopiques ont été les suivants : cœur contracté, vide, ou renfermant au plus un quart de verre de sang; gros vaisseaux et organes gorgés de sang liquide plutôt que coagulé.

La constatation de la vacuité du cœur, dit M. Lancereaux, nous conduisit, tout d'abord, à attribuer la mort à un arrêt de cet organe en état de spasme, contrairement aux recherches de E. Weber et de Claude Bernard, qui ont montré que, chez l'animal dont on irrite le bout périphérique du pneumo-gastrique, le cœur s'arrête en diastole. Mais de nombreuses expériences pratiquées chez l'animal par le docteur Paulesco, dans mon laboratoire, ayant démontré que, dans le cas de mort rapide par anémie bulbaire, le cœur, gorgé de sang au moment de la mort, ne tardait pas à se vider ensuite par une sorte de rigidité cadavérique, nous avons pensé qu'il devait en être de même chez l'homme dans la plupart des cas de mort subite.

Sous quelle influence se produisent le plus souvent ces cas de mort, quelles sont leurs causes et quel est leur mécanisme? Tels sont les points que nous allons chercher à élucider.

Notre intention n'est pas d'indiquer toutes les circonstances qui peuvent entraîner la mort subite.

Nous tenons simplement à mettre en évidence une cause des plus communes, bien qu'à peine soupçonnée de mort subite, c'est un trouble nerveux de l'estomac, et en particulier la dyspepsie qui s'observe chez les goutteux (herpétiques).

Il est généralement reconnu que cette dyspepsie déter-

mine une vive excitation du cœur, et que, même dans l'état normal, mais surtout lorsqu'il existe de l'ectasie ou de la surcharge adipeuse de cet organe, il y a une certaine tendance à voir se produire, sous l'influence de mauvaises digestions, des palpitations, des lypothymies ou des syncopes.

La vie, nous le savons, commence et s'entretient par des actes reflexes, et alors rien de surprenant que la mort soit, parfois, l'effet de ces mêmes actes.

Tous les nerfs sensitifs de l'économie, y compris ceux des viscères, peuvent entraîner une mort rapide, car celle-ci n'est pas seulement causée par une très violente douleur, elle est encore produite, dans certaines circonstances, par de simples excitations. Ainsi l'impression d'une canule introduite dans le col utérin (Tarnier, Bonvalot), le simple toucher vaginal pratiqué par le médecin dans son cabinet (Brouardel), une injection vaginale, ont pu amener des syncopes mortelles.

Dans ces conditions, c'est vraisemblablement sur le bulbe que se réfléchit, par l'intermédiaire du système nerveux, l'excitation qui entraîne ces graves accidents.

Les troubles digestifs sont des causes de mort subite; nous en avons pour preuves :

1° Les heures du jour où survient, en général, ce genre de mort : soit dans la nuit, entre deux et trois heures du matin, soit dans l'après-midi, vers quatre ou cinq heures, soit encore, mais plus rarement, dans la matinée vers dix ou onze heures, c'est-à-dire assez longtemps après le repas, au moment où se font sentir les troubles digestifs dans les dyspepsies avec ectasie gastrique.

2° L'absence de tout désordre appréciable du système nerveux (pneumogastrique et bulbe), et l'intégrité, pour ainsi dire toujours absolue, du cœur, si ce n'est parfois une faible dilatation, avec ou sans dépôt graisseux à la surface de cet organe.

3° Le mécanisme, suivant lequel survient la mort, dans les cas où elle n'est pas tout à fait instantanée.

M. Lancereaux rapporte ici un fait dont il a été récemment témoin et qui confirme absolument cette manière de voir :

« Il s'agit d'un homme de soixante et un ans, qui fut pris d'une série d'attaques syncopales auxquelles il finit par succomber. Ce malade était un névropathe herpétique des plus impressionnables, ayant un estomac manifestement dilaté et éprouvant de la peine à s'alimenter à cause de la difficulté des digestions.

Il vivait de thé avec ou sans lait, d'une petite quantité de viandes grillées, d'œufs, de beurre frais, de légumes verts et buvait de l'eau.

Néanmoins, s'il venait à manger vite, à prendre un peu plus d'aliments que de coutume, il était pris d'oppression et de palpitations d'une grande violence avec angoisse, qui avaient pour effet de l'inquiéter d'une façon excessive. Sa maigreur était considérable et cependant il existait une parfaite intégrité de tous les organes. Les pulsations radiales, au nombre de 90 environ par minute, offraient des arrêts subits dans les cas de mauvais fonctionnement de l'estomac, et le cœur, un peu volumineux, ne présentait pour tout symptôme que de violentes palpitations et parfois, dans ces seuls moments, un léger bruit extra-cardiaque, vraisemblablement produit par le frottement de l'organe sur le feuillet externe du péricarde.

Le système artériel n'offrait aucun désordre, et en dehors des crises de palpitations, la marche, toujours facile, n'était jamais accompagnée d'oppression; d'ailleurs, il n'y avait pas de polyurie nocturne, et les urines, de coloration normale, ne renfermaient ni sucre ni albumine.

Quatre jours avant ce triste dénouement, ce malade, dont la sobriété était extrême, s'était permis de manger de la purée de marrons. Le lendemain de cette petite infraction à son régime, il venait m'annoncer la recrudescence de ses pulsations cardiaques, en ajoutant qu'il s'en allait, attendu qu'il ne pouvait plus faire, avec les haltères, à la suite de sa lotion froide du matin, le nombre de mouvements d'autrefois; le surlendemain, il revenait chez moi, continuant à se plaindre et me demandant s'il ne pourrait pas prendre une potion d'infusion de digitale dont, me disait-il, il s'était bien trouvé en d'autres circonstances. C'est une heure et demie plus tard qu'il tombait dans l'état syncopal que je viens de vous faire connaître et dont le point de départ n'a pu être que le trouble persistant de l'estomac. Mais quel est donc le mécanisme de cet état?

L'analyse attentive des phénomènes qu'il nous a été malheureusement donné d'observer, nous a appris d'une façon incontestable que la mort avait été l'effet d'*un arrêt du cœur*.

En réalité, à un certain moment où le pouls était redevenu sensible, il nous était facile, en y tenant le doigt appliqué, de prédire chaque nouvelle crise syncopale, celle-ci commençant par la disparition totale du pouls, suivie presque aussitôt de la contracture des mâchoires, de la raideur des muscles du cou et du thorax, de l'arrêt de la respiration et d'un état de mort apparente qui aurait été, du reste, une mort réelle si la respiration artificielle n'avait été pratiquée.

Or, cet arrêt du pouls, indépendant de tout désordre matériel du cœur, ne peut être attribué qu'à un état purement fonctionnel, qu'à un trouble réflexe de cet organe, lequel provenait, nous n'hésitons pas à le dire, de l'estomac ou, d'une façon plus générale, du tube digestif. »

Le mécanisme de cette mort est d'ailleurs comparable à celui de la mort qui se produit à la suite de l'écrasement des ganglions semi-lunaires.

Les cas de ce genre ne sont pas rares, M. Lancereaux a eu le malheur d'en observer plusieurs, tant en ville qu'à l'hôpital. Il en cite plusieurs exemples.

Ce genre de mort, ajoute M. Lancereaux, est, d'ailleurs, commun, et pour s'en convaincre, il suffit de citer les noms de deux regrettés collègues : Hillairet et Potain. Aucun d'eux n'avait d'affection organique manifeste du cœur ou des artères, et cependant ils ont succombé tout à coup dans une nuit, après s'être couchés bien portants.

Dans aucun cas, il n'a été constaté d'insuffisance cardiaque. Par contre, la plupart des faits observés concernaient des personnes impressionnables, nerveuses, occupées et préoccupées tout à la fois, digérant mal, et la plupart du temps, en proie à des palpitations nerveuses plus ou moins violentes.

Ces quelques faits mettent suffisamment en lumière un genre de mort qu'il est nécessaire de bien connaître, afin de pouvoir l'éviter ou le combattre, du moins dans la mesure du possible.

Les indications prophylactiques sont au nombre de deux : 1° traiter la dyspepsie; 2° modérer l'excitabilité du système nerveux.

La première de ces indications comporte l'obligation d'un régime approprié à l'état de l'estomac, la régularité

dans les repas et la nécessité de manger lentement. Le régime sera exclusivement lacté, si le malade est inappétent; dans le cas contraire, il sera léger et se composera de viandes, grillées ou rôties en petites quantités, d'œufs, de beurre frais, de fromages durs, de légumes verts avec de l'eau au repas et abstention de toute substance ou boisson acide.

Le bromure et l'opium serviront à modérer le système nerveux, et la digitale aura son utilité dans les cas de très fortes palpitations.

Ces moyens, joints à une vie tranquille, sans fatigue et sans grandes émotions, mettront, autant que possible, à l'abri des syncopes d'origine gastrique et de leur terminaison trop souvent fatale.

Le traitement de l'état syncopal a pour indication :

1° De pratiquer la respiration artificielle, le malade couché la tête basse, puisque la mort réelle par arrêt du cœur n'est définitive qu'au moment où cesse la respiration;

2° De réveiller le cœur en le stimulant à l'aide des moyens généralement connus;

3° De s'opposer aux actes réflexes en modérant le centre bulbaire et en neutralisant, autant que faire se peut, l'excitation initiale.

L'excitabilité réflexe sera modérée par l'emploi du chloral, du bromure et surtout de la morphine. Ce dernier médicament, en injections hypodermiques, est le moyen le plus sûr et le plus facile à employer; mais il importe de savoir que son usage n'est pas sans offrir de réelles difficultés, en raison de la dose à laquelle il convient de l'administrer. Une dose trop faible peut, en effet, exagérer les actes réflexes, et une dose trop forte, devenir toxique. Entre ces deux extrêmes, il y a une dose intermédiaire qu'il faut saisir, et qui varie, non seulement avec chaque individu, mais encore avec l'origine, la nature et l'intensité du mal. Aussi, en présence d'une mort imminente, la tâche du médecin est-elle des plus délicates.

Le meilleur moyen de modérer ou d'annihiler l'excitation initiale, quand elle provient de l'estomac, est de laisser cet organe au repos et de n'accorder aucune boisson, si ce n'est de l'eau additionnée de bicarbonate de soude. Mais, là encore, la morphine et le chloral peuvent trouver leur indication.

Ainsi, s'en rapportant aux nombreuses autopsies de mort subite qu'il a pratiquées et dans lesquelles tous les organes, y compris le pneumogastrique, examinés avec grand soin, ne présentaient aucun désordre, M. Lancereaux est amené à croire que les deux tiers au moins des cas de mort subite ou rapide sont dus à l'inhibition réflexe des centres circulatoire ou respiratoire.

C'est là un point d'un grand intérêt pratique, qu'il importait de mettre en lumière.

On revient à la discussion sur le **chloroforme**. M. Prunier étant venu récemment défendre le chloroforme administratif civil, il était bien naturel que M. Marty, après surtout l'argumentation de M. Delorme, vînt défendre le chloroforme militaire. Il énumère les précautions prises pour la conservation du chloroforme par la pharmacie centrale des hôpitaux militaires: il affirme que ce produit est irréprochable et que les chirurgiens trouveront toute satisfaction dans son emploi, qu'il s'agisse de celui qui est destiné à l'usage hospitalier, ou qu'il s'agisse de celui qui constitue les approvisionnements de réserve du service de santé.

M. Albarran a fait une intéressante présentation de malades qu'il a fort heureusement débarrassés de tous les inconvénients qui résultent d'une grosse prostate par la **prostatectomie périnéale**. Après avoir établi que la prostatectomie sus-pubienne et l'opération de Bottini appliquées à l'hypertrophie de la prostate sont grevées d'une mortalité de 15 p. 100 et donnent des résultats incomplets, il communique des observations de prostatectomie périnéale par morcellement.

La mortalité opératoire a été nulle; les 31 opérés ont guéri; or ces malades étaient infectés, avaient de la rétention d'urine, et quelques-uns de la pyélonéphrite; l'âge moyen était de soixante-deux ans.

Les résultats thérapeutiques ont été excellents; chez tous, la faculté d'uriner spontanément est revenue, et l'état général s'est amélioré considérablement. C'est dans les rétentions absolues et chroniques que les résultats sont les plus remarquables: 11 sur 12 de ces malades vident aujourd'hui spontanément et complètement leur vessie.

M. Motais (d'Angers) fait une communication sur les **mouvements de rotation du globe de l'œil**. Il réfute la théorie qui fait de la capsule de Tenon comme une sorte de séreuse entourant le globe de l'œil. Il montre que celui-ci est réellement adhérent, surtout à ses parties antérieure et postérieure, et que les mouvements de rotation sont dus à la laxité et à l'inflexion des tissus périoculaires.

L'Académie a procédé à l'élection des commissions de prix pour l'année 1902. Ont été élus :

Prix de l'Académie. — MM. Bouchard, Hutinel et Chantemesse.
Prix Alvarenga. — MM. Lancereaux, Peyrot et Troisier.
Prix Amussat. — MM. Terrier, Lucas-Championnière et Richelot.
Prix Baillarger. — MM. Brouardel, Magnan et Joffroy.
Prix Barbier. — MM. Dieulafoy, Hallopeau et Josias.
Prix Boullard. — MM. Laborde, Motet et Richer.
Prix Bourceret. — MM. Chauveau, Malassez et Richet.
Prix Buignet. — MM. Sée, Gariel, Marty, Kelsch, Bourquelot et Pouchet.
Prix Campel-Dupierris. — MM. Guyon, Guéniot et Perier.
Prix Capuron. — MM. Pinard, Pozzi et Ribemont-Dessaignes.
Prix Civrieux. — MM. Magnan, Motet et Fernet.
Prix Clarens. — MM. Proust, Debove et Josias.
Prix Desportes. — Section de thérapeutique.
Prix Godard. — MM. Hérard, Lereboullet et Dieulafoy.
Prix Guzman. — MM. Bucquoy, Robin et Huchard.
Prix Herpin (de Metz). — MM. Bouchard, Duclaux et Railliet.
Prix Herpin (de Genève). — MM. Laborde, Duguet et Raymond.
Prix Laborie. — Section de chirurgie.
Prix du baron Larrey. — MM. Empis, Colin et Champetier de Ribes.
Prix Laval. — MM. Duval, Debove et Raynard.
Prix Lorquet. — MM. Kelsch, Landouzy et Joffroy.
Prix Meynot. — MM. Marey, Duplay et François-Franck.
Prix Monbinne. — MM. Vallin, Delorme et St-Yves Ménard.
Prix Nativelle. — MM. Jungfleisch, Chatin et Guignard.
Prix Saintour. — MM. Besnier, Cornil, Pozzi, Dieulafoy, Railliet et Troisier.
Prix Stanski. — MM. Laveran, Landouzy et Blanchard.
Prix Tarnier. — MM. Guéniot, Budin et Porak.
Prix Vernois. — MM. Fournier, Vallin et H. Monod.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

De l'anasarque dysentérique. — Pour M. Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople, il n'est pas rare d'observer, soit au cours de la dysenterie chronique, soit dans la convalescence de la dysenterie aiguë, une anasarque généralisée à toute l'étendue des téguments et à toutes les cavités séreuses. Cette anasarque a déjà été décrite par un certain nombre d'auteurs qui ont invoqué pour l'expliquer les uns la cachexie, d'autres la faiblesse des contractions cardiaques, d'autres encore l'hypo-albumose et l'hydrimie du sérum sanguin, conséquence des évacuations alvines, etc. L'impression que font ces malades est d'ordinaire celle d'une néphrite, mais on est arrêté dans la voie de ce diagnostic par l'absence complète d'albumine dans l'urine. Cependant une analyse plus minutieuse dénote une diminution marquée de l'urée et de matériaux solides et si on pratique l'épreuve du bleu de méthylène, on constate un trouble profond de la perméabilité rénale. La diète lactée, la lactose à l'intérieur amènent rapidement la disparition des œdèmes et les malades guérissent rapidement et complètement. Le retour au régime alimentaire ordinaire n'entraîne ni rechute, ni albuminurie. M. Remlinger attribue à l'imperméabilité rénale cette anasarque très particulière. Il discute la question de savoir si cette imperméabilité résulte d'une néphrite véritable, néphrite sans albumine, bien connue depuis les travaux de Senator, ou si elle est sous la dépendance d'un trouble réflexe, dont le point de départ serait l'intestin dysentérique. Il se rallie à cette dernière hypothèse. (*Gaz. méd. d'Orient*, 15 fév. 1902.) L. G.

Sur la recherche des albumoses dans l'urine. — M. Remlinger étudie la réaction de Jacquemet qui consiste, comme on sait, à agiter avec un tiers de son volume d'éther l'urine débarrassée au préalable de l'albumine et des phosphates. L'éther se charge de gouttelettes huileuses d'albumoses, qui viennent former à la surface de l'urine un magma parfois tellement épais qu'on peut retourner le tube sans que l'urine s'écoule. L'auteur a eu occasion d'étudier cette réaction chez des personnes saines, chez des malades et chez des animaux. Chez les individus sains, la réaction est le plus souvent négative et, d'ordinaire, c'est tout au plus si l'éther entraîne à la surface de l'urine un léger disque de matières huileuses. La réaction de Jacquemet est au contraire à peu près constante dans les maladies infectieuses. Elle n'a aucune spécificité et s'observe dans les maladies les plus variées. Elle n'a donc aucune valeur diagnostique. Il semble par contre qu'elle puisse être utilisée pour le pronostic car, d'une façon générale, elle est d'autant plus nette que l'état infectieux est plus marqué. Il n'existe aucune relation entre la teneur d'une urine en albumine et sa teneur en albumoses. La perméabilité du rein aux albumoses paraît également indépendante de la perméabilité au bleu de méthylène. Chez les animaux sains, de même que chez les animaux immunisés contre la diphtérie ou contre le tétanos, la réaction est négative. Il semble donc que, comme la réaction de Widal, la réaction de Jacquemet soit une réaction d'infection et non d'immunité. Elle est très intense chez les lapins morts de la rage. La réaction de Jacquemet est bien le fait des albumoses, car si on agite avec de l'éther une solution de somatose ou de peptone Witte (uniquement composée d'albumoses), on obtient un magma épais qui ne diffère par aucun caractère de celui qu'on observe avec l'urine d'une maladie infectieuse. Quant à la nature intime du lien qui existe entre l'infection microbienne et l'élimination des albumoses, il convient d'avouer encore notre ignorance à ce sujet. (*Gaz. méd. d'Orient*, 15 déc. 1901.) L. G.

Bactériologie de l'otite moyenne. — Le travail de M. Funke repose sur l'examen clinique et bactériologique de 76 cas. De ses recherches, il résulte que l'otite moyenne n'a pas de microbe spécifique. Dans chaque cas, en particulier, on trouve souvent un germe pathogène qui a déterminé l'inflammation, mais il est accompagné d'autres bactéries, qui, fréquemment, ont une influence sur l'évolution de la maladie. Par ordre de fréquence, on trouve le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque blanc ou doré et le bacille de Friedlander. Il est probable que l'otite est due quelquefois au bacille de la grippe, mais celui-ci cède le pas en général aux autres germes. Le bacille de la diphtérie est plus fréquent qu'on ne croit; il peut être l'agent primitif de l'infection ou se trouver associé secondairement avec les autres agents infectieux. Les cas à streptocoques sont les plus graves et durent plus longtemps que ceux à pneumocoques; les uns et les autres aboutissent tôt ou tard à l'infection par staphylocoques.

L'otite chronique est toujours consécutive à l'otite moyenne aiguë et, comme elle, est polymicrobienne. La fétidité semble due au micrococcus pyogenes. Enfin il existe très probablement une otite tuberculeuse primitive, mais la recherche du bacille de Koch dans l'excrétion est trop difficile et trop incertaine pour avoir une valeur clinique. Il vaut mieux, dans ce cas, examiner les débris de tissu prélevés avec la curette. (*Americ. Medicine*, 16 novembre 1901.) A. H.

OBSTÉTRIQUE

Moyen de prévenir l'asphyxie dans la présentation du siège. — Le procédé signalé par M. Ord est applicable, lorsque l'existence du fœtus est menacée par la compression du cordon. Au cours d'un accouchement par le siège, tandis que le tronc était déjà sorti, l'accident qu'on observe fréquemment se produisit : la tête refusa d'avancer. Pendant quelques instants, les pulsations du cordon ombilical continuèrent à être perçues, puis s'arrêtèrent. L'auteur avait dans sa trousse obstétricale, tout à fait fortuitement, une sonde d'homme en argent. Il introduisit cet instrument dans la bouche de l'enfant et, presque aussitôt, celui-ci se mit à crier, sa poitrine eut un mouvement d'inspiration et on évita de la sorte l'asphyxie qu'on redoutait.

Au bout de quelques minutes une sonde de femme en argent fut introduite à côté de la première afin de laisser pénétrer un peu plus d'air. La tête ne tarda pas à pouvoir être extraite.

M. Ord pensa d'abord que cette méthode était absolument nouvelle, mais, au cours de recherches bibliographiques, il s'aperçut en lisant le Traité d'accouchement de Playfair que le procédé avait déjà été essayé, mais, ajoutait l'auteur, on ne pouvait compter sur ce moyen. Cependant l'observation qui précède montre qu'on peut parfois en tirer parti avantageusement.

Dans le même numéro de *The Lancet*, M. Edwin Smith propose également de prévenir l'asphyxie, dans les cas de « tête dernière », en introduisant un tube flexible dans la bouche de l'enfant. Il suggère l'idée d'ajouter dans la trousse des accoucheurs un tube de métal poli, du calibre d'une sonde moyenne et garni à une de ses extrémités d'un manchon de caoutchouc destiné à éviter de léser les parties molles de l'enfant. (*The Lancet*, 21 septembre 1901.) A. H.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour deux places de chirurgien.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Walther, Peyrot, Bouilly, Reynier, Lannelongue, Potherat et Morel-Lavallée.

Concours de l'Internat. — Epreuve orale. — Les candidats ayant

obtenu un minimum de 15 points ont été déclarés admissibles.

Séance du 10 mars 1902. — Question : « Ligaments de l'articulation tibio-tarsienne. — Complications articulaires de la blennorragie (symptômes et diagnostic). » — MM. Gaudeau, 15 + 25 = 40; Alquier, 11 1/2 + 22 = 36 1/2; Rottenstein, 12 + 20 = 32; Tixier (L.-E.-J.), 13 + 18 = 31; Dezarnaulds, 11 + 17 = 28; Daversin, 9 + 15 = 24.

Distinctions honorifiques. — M. Rigodon (de Montbrison) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Amphithéâtre d'anatomie. — *Programme des cours de la saison d'été.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices de Paris sont prévenus que les cours de médecine opératoire, sous la direction de M. Quénu, chef des travaux scientifiques, commenceront le mercrdi 9 avril 1902.

Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. Macaigne, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'assistance publique.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à partir de ce jour.

XIVe Congrès international de médecine (Madrid, 23-30 avril 1903). — Les travaux préparatoires du XIVe Congrès international de médecine qui doit avoir lieu à Madrid dans les jours du 23 au 30 avril 1903, se poursuivent activement.

Dans presque tous les pays d'Europe et d'Amérique, des comités nationaux de propagande se sont constitués. Le ministre des Affaires étrangères d'Espagne a invité tous les gouvernements à se faire représenter au Congrès; une invitation analogue a été envoyée à toutes les Universités, Écoles de médecine, etc., ainsi qu'aux principales sociétés médicales de tous les pays. Parmi les nombreuses inscriptions qui, jusqu'à présent, sont parvenues au secrétariat général, figurent déjà 85 délégués, et tout fait prévoir que la participation à ce congrès ne le cédera en rien à celle des congrès passés.

L'organisation scientifique ne promet pas moins de bons résultats. Parmi les illustrations médicales qui déjà ont annoncé des conférences de grand intérêt, citons : Pavlov, Thomson, Maragliano, Laache, Waldeyer, Cajal, etc. Les différentes sections ont presque toutes arrêté leurs thèmes officiels et ont commencé à désigner les rapporteurs étrangers. Dans le programme préliminaire qui va être publié dans peu de temps figureront, en outre des thèmes officiels, nombre de communications qui ont été annoncées.

Les démarches nécessaires ont été faites pour obtenir des compagnies de chemins de fer et de navigation les réductions d'usage; le résultat sera publié ultérieurement.

Les médecins qui ne seront pas empêchés par leurs occupations de se rendre au Congrès de Madrid, peuvent être sûrs qu'un accueil des plus chaleureux les y attend; en fait foi le grand enthousiasme qui anime tout le corps médical espagnol.

En vue de faciliter le grand travail que l'année précédant le Congrès apportera au secrétariat général, MM. les médecins qui désirent s'inscrire comme membres, sont priés de le faire le plus tôt possible, en joignant à leur demande un chèque sur Madrid de 30 pesetas (23 à 25 francs, selon les oscillations du change).

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la neuvième semaine, 1 322 décès au lieu de 1 313** pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1 087. De même que pendant les deux semaines précédentes, les affections de l'appareil respiratoire sont fréquentes : la phtisie, les maladies organiques du cœur et enfin la grippe présentent aussi des chiffres assez élevés.

La fièvre typhoïde a causé 13 décès au lieu de 22 pendant la semaine précédente au lieu de la moyenne 8; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins, quoique assez élevé, est également en diminution (57, au lieu de 72 pendant la semaine précédente et de la moyenne 42).

La variole a causé 2 décès seulement, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 5 pendant la semaine précédente. Le nombre des cas signalés à la Préfecture de police diminue toujours (19, au lieu de 28 et de la moyenne 22). Le nombre des admissions dans les hôpitaux est également très faible (3, au lieu de 17). A Londres l'épidémie continue toujours avec la même intensité (64 décès pendant la 8e semaine, au lieu de 54 et 64 pendant les deux semaines précédentes).

La rougeole a causé 20 décès, au lieu de 13 pendant la 8e semaine et au lieu de la moyenne 7; la scarlatine, 7 décès au lieu de 2 pendant la dernière semaine et de la moyenne 3; le nombre des cas nouveaux (75 au lieu de 76 pendant la semaine précédente) est cependant stationnaire, mais supérieur à la moyenne 61. Dans les hôpitaux les admissions sont stationnaires.

La coqueluche a causé 19 décès, au lieu de 13 pendant les deux précédentes semaines (la moyenne est 2).

La diphtérie n'a causé que 14 décès, au lieu de 22 et 21 pendant les deux dernières semaines (la moyenne n'est que 9). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est aussi en diminution (149 au lieu de 163 pendant la semaine précédente et de la moyenne 72).

La diarrhée infantile a causé 40 décès de 0 à 1 an, au lieu de 37 et 17 pendant les deux dernières semaines (la moyenne est 24).

En outre, 49 enfants sont morts de faiblesse congénitale (la moyenne n'est que 30).

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 260 décès au lieu de 291 pendant la semaine précédente et au lieu de 246, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 21 décès (au lieu de la moyenne 20); bronchite chronique, 31 (au lieu de la moyenne 36); pneumonie, 68 (au lieu de la moyenne 55); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 140 (au lieu de la moyenne 135), dont 39 sont dus à la congestion pulmonaire et 73 à la broncho-pneumonie. En outre, 14 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 243 décès; la méningite tuberculeuse, 27; la méningite simple, 28; les tuberculoses autres que celles qui précèdent 16; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 73; les maladies organiques du cœur, 85 (au lieu de la moyenne 73); le cancer a fait périr 70 personnes (au lieu de la moyenne 50); la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 4 décès; la cirrhose du foie, 7; la néphrite, 38 (au lieu de la moyenne 28); enfin, 59 vieillards sont morts de débilité sénile.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de l'Agence des « Voyages modernes », diverses excursions :

Sicile. — Départ de Paris, le 20 mars 1902. — Prix (tous frais compris) : 1re classe, 1.140 fr.; 2e classe, 990 fr.

Italie — Semaine Sainte à Rome. — Départ de Paris, le 24 mars 1902. — Prix (tous frais compris), suivant l'itinéraire : 1er itinéraire : 1re classe, 920 fr.; 2e classe, 830 fr. — 2e itinéraire : 2e classe, 540 fr.

Corse (Vacances de Pâques). — Départ de Paris, le 24 mars 1902. — Prix (tous frais compris) : 1re classe, 610 fr.; 2e classe, 560 fr.

Algérie-Tunisie (Vacances de Pâques). — Départ de Paris, le 25 mars 1902. — Prix (tous frais compris) : 1re classe, 920 fr.; 2e classe, 840 fr. (2e classe en chemin de fer, 1re classe en bateau : 870 fr.) Avec excursion facultative à Sousse, Kairouan et Bizerte ; supplément de prix : 1re classe, 140 fr.; 2e classe, 130 fr.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence des « Voyages modernes », 1, rue de l'Echelle, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 31. — SAMEDI 15 MARS 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 15 MARS 1902. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Quelques considérations sur l'anesthésie chloroformique.

Par le docteur Ed. BIOUSSE.

Malgré la grande compétence qu'il faut reconnaître aux chirurgiens qui parlent en ce moment d'anesthésie dans les journaux médicaux, à la Société de chirurgie et à l'Académie de médecine, je crois qu'un anesthésiste pourrait ajouter quelque chose à leurs conclusions.

Ils se sont occupés de divers anesthésiques. Pour ma part je n'ai pratiqué que l'anesthésie chloroformique, je ne parlerai donc que de celle-là.

Après les tâtonnements du début, les grandes lignes de la chloroformisation sont aujourd'hui établies, admises et observées par tous. Ce ne sera donc que sur des questions de détail que j'aurai à insister; mais c'est la conviction de leur importance qui m'a engagé à écrire cet article.

Je rappelle succinctement les principales méthodes qui ont été employées.

Méthode des doses massives qui consiste à endormir rapidement le malade par une forte quantité de chloroforme versée d'un seul coup sur la compresse. Elle est aujourd'hui à peu près complètement abandonnée, bien que Saint-Germain l'employât régulièrement il y a quelques années et que de rares chirurgiens la pratiquent encore sur les enfants.

Méthode des intermittences régulièrement calculées recommandée par Gosselin, dans laquelle on donne successivement du chloroforme puis de l'air pur.

Méthode de Sédillot qui consiste à commencer par de petites doses pour arriver rapidement à la dose massive sans mélange d'air.

Méthode des mélanges titrés de Paul Bert qui nous montre la nécessité d'entretenir le malade dans une atmosphère constante de vapeurs anesthésiques et d'air. Elle nécessite malheureusement un appareil compliqué, onéreux et encombrant.

Méthode de Labbé qui pratiquement réalise à peu près les conditions de la précédente : on verse de très petites doses de chloroforme, trois à quatre gouttes, par exemple, toutes les demi-minutes en retournant rapidement la compresse.

Enfin *méthodes mixtes* de certaines chirurgiens : de M. Richelot, qui amorce l'anesthésie chloroformique avec le bromure d'éthyle ; de M. Guinard, qui préfère commencer par le chlorure d'éthyle pour continuer également par le chloroforme.

Cependant les soins que les physiologistes et les chirurgiens ont apportés à la précision des règles d'une bonne anesthésie ne nous ont point mis à l'abri des accidents, comme le pouvent les statistiques suivantes :

1	décès pour	3000	anesthésies	(Mauclaire)
1	—	2723	—	(Andrews)
1	—	3196	—	(Richardson)
1	—	1900	—	(Gurlt)
1	—	1200	—	(Lépine)
1 à 2	—	1000	—	(Chaput à Bicêtre).

Et encore, comme l'écrit M. Reclus (*La cocaïne en chirurgie*) : « Nous ne savons pas quelle est la mortalité réelle du chloroforme et celle que l'on chuchote est, paraît-il, plus élevée que celle qu'on écrit. »

De plus si les statistiques de décès sont surtout intéressantes parce que c'est l'accident mortel que nous redoutons, celles des syncopes qui sont « les premiers pas vers la mort » ont aussi leur importance pour juger de la valeur des procédés; et d'après ce que l'on entend dire et ce qu'on lit, il semble que les alertes soient fréquentes.

Aussi est-ce moins parce que ma pratique de plus de 7000 anesthésies ne compte pas de décès que parce qu'elle ne s'est accompagnée que de rares alertes que je crois devoir insister sur les quelques points qui la différencient des autres.

Je poursuis ici un but essentiellement pratique et je laisserai de côté les discussions physiologiques sur le mécanisme de la syncope. D'ailleurs, comme l'a dit M. Brouardel (*Asphyxie par les agents anesthésiques*, 1895) : « Que nous appelions ce phénomène excitation du bulbe, inhibition, syncope cardio-pulmonaire, nous nous trouvons toujours en présence d'un mot qui malgré son apparence scientifique ne nous apprend pas grand'chose. »

Je déclare tout de suite que la formule de Sédillot : « Le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais, » me paraît trop absolue. Pas plus que d'autres, je ne crois à l'infaillibilité de ma méthode; elle a été jusqu'ici heureuse, c'est pourquoi je l'estime bonne, voilà tout.

I

Matériel anesthésique. — Selon qu'il croit davantage à la fréquence de tel accident et à la valeur de tel agent en cas de syncope, chaque chirurgien pense utile au chloroformisateur un attirail plus ou moins compliqué : outre le flacon de chloroforme et les compresses, on conseille d'avoir de la vaseline, une pince à langue, des éponges montées, un ouvre-bouche, une canule à trachéotomie, une pile à courant faradique, une seringue de Pravaz, une fiole d'éther, une fiole de caféine, du nitrite d'amyle.

Il est certain qu'aucune précaution n'est superflue, mais on n'a souvent à sa disposition qu'un flacon de chloroforme, deux compresses, une pince à langue et une éponge montée. Il faut savoir s'en contenter et l'on peut obtenir ainsi une excellente anesthésie.

Les flacons ordinaires de chloroforme bouchés en liège ne constituent guère le conditionnement idéal. Le meilleur des bouchons ne ferme pas hermétiquement et quand il a été mis en bouillie par un tire-bouchon et que l'on a fait dedans l'incision en coin classique, il ne reste plus qu'un stilligoutte bien imparfait. Pour obvier à cet inconvénient, des pharmaciens attachent au goulot de la bouteille un bouchon tout préparé ; on trouve chez les fabricants d'instruments divers modèles de flacons compte-gouttes; mais le meilleur de ces appareils ne sert qu'à répandre du chloroforme sur la main de l'anesthésiste, sur la table d'opération, un peu partout sur la compresse, excepté à la bonne place. Le chloroforme doit être mis dans des ampoules en verre jaune de 30 centimètres cubes à col effilé et fermé au chalumeau. Bien purifié et ainsi à l'abri de l'air et de la lumière, il peut se conserver indéfiniment. J'en ai employé qui avait trois ans et qui était excellent. Pour l'utiliser il suffit de briser l'extrémité de la partie effilée. La cassure doit avoir environ un millimètre de diamètre. On réalise ainsi un instrument permettant de ne verser que ce qu'on veut de chloroforme et où on le veut.

La texture des compresses a également son importance. Elles doivent être en toile non empesée et de trame peu serrée. Nous voyons, en effet, le souci que les méthodistes prennent d'arriver à un mélange d'air et de chloroforme constant selon la recommandation de Paul Bert, sans qu'ils puissent nous enseigner autre chose que de *retourner vivement* la compresse, ce qui ne crée, somme toute, disent-ils, que de petites intermittences (méthode de Labbé). Mais n'est-il pas plus simple d'appliquer sur le visage une compresse dépliée, maintenue de la main gauche contre le menton et de verser sous la saillie apparente que dessine le nez des gouttes de chloroforme qui *pénètre à travers* cette seule épaisseur de tissu et arrive au niveau de la bouche du malade? On n'a plus ainsi besoin de retourner du tout la compresse et si le tissu est assez lâche pour permettre à l'air de le traverser, le malade respire un mélange convenable d'air et de vapeurs. Si l'anesthésie marche trop lentement, sur cette compresse on en applique une deuxième qu'on relève chaque fois que l'on veut verser du chloroforme. Donnés de cette façon, 15 à 20 grammes suffisent amplement pour une anesthésie de trente à quarante-cinq minutes. Nous avons même pu tenir endormies pendant une heure certaines malades déprimées par des hémorragies abondantes avec 6 à 8 grammes de chloroforme.

II

De la nécessité de rassurer le malade. — Après avoir ausculté le cœur et au besoin les poumons, après s'être assuré qu'il n'y a pas de fausses dents et qu'aucune partie du vêtement ne peut gêner la respiration, il est de toute nécessité de rassurer le malade. Nous savons et on nous a rappelé, au cours de la discussion actuelle, combien avant la découverte de l'anesthésie, et même depuis, les morts de peur ont été fréquentes. Desault, Simpson, Verneuil en ont cité des exemples. MM. Delbet, Reclus, Bazy et Delorme nous en rapportent plusieurs cas. Mais rassurer un malade est un art et nombre de discours que j'ai entendu tenir par des médecins à leurs clients n'arrivent guère à ce but. Une des meilleures, en même temps que des plus justes manières de représenter l'anesthésie aux malades est celle que nous a enseignée M. Aubeau. Elle consiste à leur dire que le chloroforme est un alcool spécial qui procure l'ivresse comme l'alcool de vin, mais plus vite; que l'on obtiendrait le même résultat en faisant boire du champagne, mais que ce serait trop long ; puis à annoncer au patient les phénomènes qu'il va éprouver : « Vous sentirez tout d'abord, l'odeur forte, pénétrante, spiritueuse du chloroforme et vous éprouverez des picotements dans le nez, dans la gorge, absolument comme quand on respire une odeur forte quelconque. Vous sentirez les vapeurs pénétrer dans la poitrine, une sensation de chaleur dans les bronches, votre cœur battra plus fort ; vous vous rendrez compte que le chloroforme passe dans le sang, qu'il circule avec lui dans tout le corps ; vous aurez des fourmillements dans les bras et dans les jambes, vous vous sentirez étourdi, pris de vertige comme dans l'ivresse ; vous entendrez des tintements, des bourdonnements d'oreille, un bruit de cloches, de tambour ou de machine. Enfin, vous vous assoupirez et vous dormirez d'un profond sommeil, sans choc, sans ennui, sans incident. » Ceci dit, on commence l'anesthésie.

Le malade étant dans la position horizontale, la tête sur le plan du lit, on verse le chloroforme à gouttes d'abord espacées, puis plus précipitées au fur et à mesure que l'accoutumance aux vapeurs s'établit. Pendant ce temps, on entretient l'esprit du sujet par une conversation comme celle-ci : Reconnaissez-vous le goût sucré? — Avez-vous des picotements dans le nez? — Votre cœur bat-il plus fort? — Sentez-vous des fourmillements dans les membres? — Êtes-vous étourdi? — Entendez-vous le son des cloches? etc. « Ce langage, loin de retarder l'anesthésie, la favorise singulièrement; il détourne l'esprit du patient de l'idée de l'opération, l'empêche de s'absorber dans ses préoccupations, il assure la respiration (le malade parle, donc il respire); enfin, il nous sert fidèlement de guide pour suivre l'anesthésie : c'est la méthode des appels que nous avons imaginée pour l'anesthésie par le protoxyde d'azote appliquée à l'anesthésie chloroformique (1). »

De plus ces moyens nous permettent d'obtenir un sommeil rapide et d'éviter un phénomène sur lequel je suis étonné qu'on n'insiste pas davantage, parce qu'il est utile de le connaître et de le combattre. Il est fréquent de voir apparaître sur la poitrine un exanthème qui commence par des points rouges qui s'élargissent en macules et envahis-

(1) Aubeau. Leçons sur l'anesthésie, *Bull. de la Clinique générale de chirurgie* (sous presse).

sent toute la peau qui prend une coloration foncée, érythémateuse. La congestion peut être si intense que, chez certains hémophiliques, on a noté des ecchymoses punctiformes persistantes. Ces troubles vasculaires coïncident avec une respiration insuffisante, ils sont de nature asphyxique. Quand ils viennent à se produire, il faut enlever l'inhalateur, exhorter et aider le malade à respirer largement jusqu'à ce qu'une hématose plus complète l'ait fait disparaître.

M. Mauclaire recommande de ne pas ligoter le malade dans cette période préanesthésique, ce qui aurait pour résultat de l'effrayer. Nous irons plus loin en disant que l'on ne doit réprimer les mouvements du malade qu'avec une grande douceur; tout acte brutal provoquera une révolte de sa part et lui enlèvera la confiance. Quant à l'attacher sur le lit, si cela peut avoir des avantages pour l'intervention, c'est certainement imprudent au point de vue de l'anesthésie. Qu'il survienne une alerte et vous perdrez un temps précieux à enlever des liens avant de pouvoir faire les manœuvres nécessaires.

III

De l'importance de l'enchainement de la narcose et de l'opération. — Dès que le malade a perdu la notion des choses qui l'entourent, sans attendre une anesthésie plus profonde, nous l'emportons, en ayant soin de le maintenir horizontal, la tête basse, dans la salle d'opérations. Là on continue graduellement l'anesthésie pendant que l'on fait l'asepsie du champ opératoire et que le chirurgien et ses aides se préparent à commencer l'opération dès que l'anesthésiste jugera la narcose suffisante.

Ici je me permettrai une critique à l'égard de certains chirurgiens. Bien des fois j'ai assisté à des préparatifs d'opérations dans lesquels le chirurgien et ses aides, tout occupés de l'asepsie de leurs mains, de la disposition des éponges, des compresses, des instruments, des objets de pansement, allaient et venaient dans la salle, sans même paraître se douter que sur la table d'opérations il y avait un malade endormi depuis plus ou moins longtemps. Souvent même le chirurgien jugeait à propos, avant de commencer, de développer aux élèves toute l'histoire de la maladie et la manière dont il pensait intervenir.

Ces retards ont de graves inconvénients. Arrivé à un certain degré de l'anesthésie, si l'intervention ne commence pas, le chloroformisateur ne sait plus quelle conduite tenir. Il touche la cornée et trouve le réflexe palpébral affaibli. Mais le sommeil n'est-il pas assez profond pour attendre? Ou bien il ne trouve plus de réflexe et, effrayé, il croit devoir revenir en arrière et il enlève la compresse. Cependant deux cas ont pu se produire : ou bien l'anesthésie est bien complète ; ou bien (et j'ai noté ce fait assez souvent) le réflexe palpébral — si on ne le recherche avec soin et insistance — a disparu chez un sujet incomplètement endormi; si le chloroformisateur interrompt l'anesthésie, il est étonné de voir survenir des nausées et des vomissements; si l'opération commence, ce réflexe se réveille brutalement accompagné des cris et des mouvements désordonnés du malade et c'est encore heureux si les reproches du chirurgien et de ses aides ne viennent se mêler à ce concert et finir d'affoler l'anesthésiste. Comme le disait M. Berger, à l'une des séances de l'Académie, pour qu'une anesthésie soit bonne tout du long, il faut que le début en soit régulier, sans incident. L'une des conditions essentielles est *que l'opération commence dès que la narcose est suffisante.*

IV

Faut-il attendre la disparition du réflexe palpébral pour commencer l'opération? — Mais ici se pose la question la plus importante de l'anesthésie à mon avis et celle sur laquelle je crois devoir le plus insister parce qu'elle est en contradiction avec l'opinion actuellement admise. A quel moment doit-on commencer l'opération?

M. Labbé recommande de ne prendre le bistouri que quand l'anesthésie est complète, caractérisée non seulement par la résolution musculaire et l'insensibilité de la peau, mais encore par le rétrécissement de la pupille et la disparition du réflexe oculaire.

Certains vont même plus loin : « Les uns, dit M. Le Dentu (*Presse médicale*, 19 février 1902), pensent qu'il faut s'arrêter au moment où la pupille contractée commence à devenir insensible à la lumière, les autres pensent qu'on peut aller jusqu'à la dilatation pupillaire qui suit immédiatement l'insensibilité pupillaire. »

Eh bien, il y a là à mon sens une grande erreur. Comme j'avais l'honneur de l'expliquer il y a quelques jours à M. Huchard, *on doit commencer l'opération quand, la pupille étant encore dilatée, le réflexe palpébral est affaibli, sur le point de disparaître, mais non aboli.*

J'ai toujours été persuadé que la plupart des alertes étaient dues à une narcose trop profonde, et ma conviction se trouve encore accrue par l'examen des cas rapportés au cours de la discussion actuelle.

Je crains fort que les gouttes versées pour combattre le réveil de la malade de M. Poirier n'aient été trop nombreuses, surtout étant donné vraisemblablement l'extrême sensibilité d'une malade aussi cachectisée que celle qu'il opérait.

Dans le cas de cancer du larynx opéré par M. Reynier, ce chirurgien reconnaît lui-même que « les vapeurs du chloroforme versé trop abondamment sur la compresse par l'élève » ont tué la malade.

De même dans le cas du rétrécissement urétral, il dit que « l'élève avait encore eu la main lourde ».

M. Lucas-Championnière nous parle d'un malade qu'il opérait pour une fracture de la rotule : « L'anesthésiste, dit-il, sur une observation que lui fit un assistant, précipita sur la compresse la moitié d'un flacon de chloroforme. »

Ces observations nous montrent combien on a souci d'obtenir toujours et quelquefois trop rapidement une anesthésie complète, à quel point on redoute un réveil partiel de la sensibilité, un mouvement, une plainte, cent fois préférables cependant à l'asphyxie. De plus le cas de M. Lucas-Championnière prouve comment une observation, une critique un peu vive d'un assistant — qui n'est pas chargé de l'anesthésie, n'en connaît pas les difficultés variables avec chaque malade, n'en a pas la responsabilité — adressée au chloroformisateur, peut affoler suffisamment ce dernier et lui faire verser une dose massive. C'est le réflexe de l'élève qui entraîne celui du patient dont on a parlé et on doit apporter le plus grand soin à ne pas le provoquer, surtout si on a affaire à un commençant, sensible aux reproches.

Mais passons à l'opéré de Broca dont parle M. Huchard. L'anesthésiste relâche son attention pendant quelques secondes et le malade meurt. Que s'est-il passé? Sans doute ceci : l'anesthésie était très profonde, quelques gouttes ajoutées à

la hâte pour regarder l'opération et dont l'effet n'a pas été surveillé ont suffi à produire l'accident. J'ai vu plusieurs syncopes se produire pour la même raison et je suis persuadé que la plupart des alertes n'ont pas d'autre cause.

Le reproche le plus fondé que les partisans de l'éther font au chloroforme est le peu d'étendue de la zone maniable de ce dernier. Mais n'est-ce pas vouloir la rétrécir au maximum que de prétendre qu'on doit arriver et se maintenir dans les limites d'une anesthésie caractérisée par la disparition du réflexe oculaire et la contraction pupillaire? On est sur la limite du collapsus, on joue sur la lame d'un couteau et la *culbute* est vite faite du mauvais côté, celui de la dilatation brusque, de la syncope.

Je sais bien que des accidents peuvent se produire au début de la chloroformisation; il est évident qu'ils ne sont pas dus à l'action anesthésique mais à un réflexe que l'on a comparé à celui que détermine un simple choc sur la face antérieure du larynx et qui provoque la mort subite. Il faut se garder des doses un peu fortes. Pour certains malades, c'est trop de VIII à X gouttes versées d'emblée; il faut savoir les espacer et les graduer.

Des syncopes peuvent également survenir à une période peu avancée de l'anesthésie. Mais je les crois rares et moins graves que celles dont nous parlions tout à l'heure. Le malade n'est pas saturé de chloroforme et la respiration artificielle le détitrera facilement.

Une autre cause, également fréquente, d'accidents tient à la présence de mucosités dans la gorge obstruant les voies aériennes et entraînant l'asphyxie mécanique.

Ces mucosités sont produites par une hypersécrétion des glandes de la muqueuse pharyngée. Elle est surtout abondante chez certains malades (fumeurs et alcooliques), et avec des chloroformes impurs, acides. Ou bien ce sont des larmes qui se sont engagées dans les voies aériennes, d'où encore une raison de rassurer le malade et d'éviter, si cela est possible, qu'il ne pleure. Enfin il s'agit d'un reliquat des vomissements du début qui encombre le larynx; je ne reviens pas sur l'importance qu'il y a à enchainer convenablement l'anesthésie et l'opération, ce qui est le meilleur moyen d'éviter cet incident qui retentit si désagréablement sur toute la marche de la narcose.

Au moyen d'éponges montées, on doit aller chercher ces mucosités. Si votre malade n'est pas profondément endormi, quelques secondes d'apnée ne lui seront pas préjudiciables et lui-même, par les mouvements réflexes que vous provoquerez en lui chatouillant la gorge, aidera au rejet des mucosités. Si au contraire le sommeil est profond, vous n'obtiendrez aucun réflexe, et il suffira d'une courte suspension de la respiration pour que l'asphyxie augmente malgré vos efforts et aboutisse à la syncope.

Outre le réflexe papébral, on a pu se rendre compte de la marche de l'anesthésie le pouls et la respiration. Je me préoccupe moins du pouls — qui nécessite un aide spécial et à mon avis ne nous avertit du danger que trop tard — que de la respiration. Le chloroformisateur doit toujours l'entendre et veiller soigneusement à ce qu'elle garde ses caractères normaux. Comme l'a dit M. Reynier, elle doit être « régulière, suffisamment ample, pas trop rapide, pas trop superficielle, pas trop espacée ». On se guidera sur ses bruits, sur les mouvements du ventre (bien plus appréciables que ceux de la poitrine) sur l'intensité du souffle qui passe à travers la compresse. Mais, je le répète, c'est avant tout à la conservation du réflexe papébral que l'on doit s'attacher. Il faut l'interroger souvent, 6, 8, 10 fois par minute, je dirai presque tout le temps, et s'il vient à disparaître interrompre les inhalations. Par sa présence, il vous est un signe immédiat de la vitalité du malade; il vous prouve que l'intoxication n'est pas profonde, que le malade se détitrera facilement, qu'au besoin même il vous aidera de ses autres réflexes pour triompher d'une alerte; par son degré d'énergie il vous donne la mesure de la narcose. Enfin on peut perdre un temps précieux à attendre une respiration qui ne se produit pas et que l'on croit simplement en retard, on peut vouloir deux, trois respirations pour bien juger de leurs caractères; l'absence du réflexe palpébral est un signe immédiat du danger, elle vous dit tout de suite qu'il est temps d'agir. Or, en cas de syncope, c'est souvent de la promptitude des décisions que dépend le succès.

Deux objections pourront être faites à cette manière de voir.

On pourra me dire que n'endormant pas complètement mon malade, je l'expose à souffrir. C'est une erreur. Je ne vais pas jusqu'à l'anesthésie confirmée, mais je dépasse l'analgésie. Si quelques mouvements peuvent se produire, et encore seront-ils bien rares, il est toujours facile de les réprimer.

On pourra me demander ce que deviennent alors les réflexes, qui tuent les malades incomplètement endormis, et qui ont fait du sommeil profond une loi absolue. Je ne pourrai répondre qu'une chose, c'est que je ne les ai jamais vus se produire, même dans les opérations où on les redoute le plus.

Je sais bien que la sensibilité de l'anus est la dernière abolie, et qu'un réflexe parti de cette région entraîne facilement une syncope mortelle; mais j'ai certainement endormi plus de 500 malades pour des dilatations et d'autres opérations qui se pratiquent dans la région anale, sans remarquer quoi que ce soit d'inquiétant. Le sommeil a toujours été bon et le réveil spontané et rapide.

Je résume ma pensée en disant que *le réflexe palpébral mou, sans vigueur, sur le point de disparaître, est le critérium de l'anesthésie nécessaire aux opérations les plus douloureuses et qu'en dehors de lui il n'y a pas de sécurité.*

V

Des variations de l'anesthésie suivant celles de la sensibilité. — Le degré d'anesthésie nécessaire et suffisante pour commencer l'opération étant ainsi établi, doit-on la maintenir telle jusqu'à la fin? Non, elle doit subir les variations que commande l'intensité de la douleur dans les divers temps opératoires.

On a parlé d'idiosyncrasies, de catégories de malades, mais sans préciser la façon de les endormir; moins encore ont été tracées les règles de la chloroformisation dans les diverses interventions. Il semble que l'on doive endormir de la même façon un enfant ou un adulte, un cardiaque ou un rénal, un homme porteur de hernie ou une femme atteinte d'un fibrome volumineux de l'utérus. Je trouve cependant dans l'état général, dans le tempérament, dans l'âge, même dans le sexe et la profession, enfin dans la nature de l'intervention, des raisons de varier la façon de donner le chloroforme.

Je n'entreprendrai pas aujourd'hui tout au long l'exposé de ces méthodes, hors du cadre de cet article, et que je me réserve de développer ultérieurement. Mais je prendrai un

exemple pour suivre une anesthésie jusqu'à la fin d'une intervention.

Je suppose donc que j'ai obtenu une narcose suffisante pour commencer l'opération chez un homme de vingt-cinq ans, bien constitué et atteint d'appendicite. On fait l'incision de la peau, elle est indolore, tout au plus peut-il se produire un mouvement de la jambe droite qu'il suffira de ramener dans le plan du lit pour qu'elle n'en bouge plus. En effet, les temps qui vont suivre seront moins douloureux, et même loin de chercher à accentuer mon anesthésie, je vais laisser le réflexe palpébral reprendre de l'énergie. Pendant l'incision des muscles, des aponévroses et du péritoine; l'ablation de l'appendice; les différentes sutures péritonéales et musculaires, il me suffira d'éviter l'accident du réveil : le vomissement si gênant, surtout dans les opérations sur l'intestin. Pour les sutures de la peau, quelques gouttes de chloroforme en plus seront nécessaires. Sans avoir souffert, le malade se réveillera tranquillement et complètement pendant le pansement. Il n'est pas rare qu'il ait tout à fait repris connaissance quand on le remporte dans son lit.

Je ferai ici une remarque.

Cette nécessité de graduer l'anesthésie avec les différents temps de l'opération crée pour le chloroformisateur l'obligation de ne pas se désintéresser complètement de ce que fait l'opérateur, comme le voudraient la plupart des chirurgiens. S'il ne doit pas regarder les détails, il doit au moins voir où l'on en est.

Voici donc le type de l'anesthésie pour une opération dont le début et la fin sont seuls douloureux. Mais il y a des opérations qui sont à peu près indolores et qui ne demandent que le chloroforme « à la Reine », des cautérisations du col, le curretage de l'utérus, etc. Il n'est même pas rare que — à l'aide d'une conversation appropriée qui détourne l'esprit de la patiente, dans laquelle il s'agit de l'odeur du chloroforme, de la douleur très relative qu'entraîne chaque temps opératoire au fur et à mesure qu'il se présente, de la façon dont l'opération se poursuit, avance, etc., etc., et avec quelques gouttes de chloroforme qui ne servent qu'à motiver la compresse pour cacher les mouvements des assistants et créer une occupation à la malade — l'asepsie de la région, l'intervention et le pansement menés rapidement, ne se trouvent terminés avant que la malade ait eu le temps de se rendre compte de ce qui s'est passé. Il y a des interventions dont le début est indolore et qui ne nécessitent l'anesthésie que pour la fin : curetage suivi de colpotomie par exemple. Il suffira alors d'endormir progressivement sa malade pendant la première partie de l'opération pour arriver à une narcose suffisante au moment de l'incision du cul-de-sac. A partir de ce moment on pourra d'ailleurs cesser les inhalations, l'anesthésie persistera assez longtemps pour permettre même d'enlever des annexes.

Il y a des cas qui réclament une observation plus stricte de certaines règles. Il faut conserver un réflexe pharyngien énergique, quand le sang risque de s'écouler dans la gorge (avulsions dentaires, restauration de la voûte palatine, résection des maxillaires, etc.). Dans les laparotomies abdominales il faut redouter les vomissements qui chassent l'intestin en dehors du ventre. Un anesthésiste doit connaître les zones à réflexes comme le chirurgien connaît le trajet des artères et redoubler d'attention dans les opérations sur l'anus; au moment du pincement des ovaires; de l'arrachement du tissu graisseux qui s'accompagne de tiraillements sur le plexus brachial dans l'amputation du sein; dans les opérations sur le cou à cause de la présence du plexus cervical; dans les luxations de l'épaule; au moment de l'incision du péritoine, etc. Il faut savoir que la ponction d'un kyste de l'ovaire, la luxation d'un fibrome volumineux produisent des décompressions vasculaires pouvant entraîner une anémie cérébrale subite avec syncope.

Enfin j'ajouterai ceci à propos des observations du malade au rétrécissement opéré par M. Reynier et du malade atteint d'infiltration d'urine opéré par M. Guinard. Quelquefois une intervention, en raison de son peu de durée ou de l'absence presque totale de douleur, ne paraît pas nécessiter d'anesthésie, mais au cours de l'opération le chirurgien s'aperçoit que, soit complication imprévue, soit sensibilité extrême du malade, il ne pourra pas terminer sans anesthésie. Il demande alors qu'on donne du chloroforme. Généralement dans la crainte d'interrompre trop longtemps l'opération commencée, l'élève précipite trop l'anesthésie, nerveusement et sans graduer les doses qu'il endort son malade, et l'on conçoit qu'il arrive des accidents. Quand on est obligé de recourir au chloroforme au cours d'une intervention, il faut s'armer de patience et procéder avec autant de soins que si la narcose avait été jugée nécessaire avant de commencer.

Un dernier mot au sujet de l'anesthésie chez les enfants :

On a dit que pour eux le chloroforme n'était pas plus dangereux que pour les animaux; il est certain que ne redoutant pas l'intervention, la peur, ce facteur si important des accidents, se trouve écarté; que pour tous deux l'anesthésie est un mauvais traitement, pas autre chose; en fait ils se réveillent vite et ne paraissent pas avoir souffert de la narcose. Cependant je ne vois dans la dose massive encore employée de nos jours qu'un moyen d'abréger des cris et des mouvements désordonnés ennuyeux pour tout le monde. Je crois qu'il vaut mieux, quitte à faire maintenir l'enfant dans une bonne position, procéder comme pour l'adulte par petites doses.

D'une façon générale, l'acte chirurgical et l'acte anesthésique doivent se développer parallèlement. La pensée du chirurgien et celle du chloroformisateur ne doivent faire qu'une. A l'opérateur de donner les indications nécessaires, à l'anesthésiste de voir et surtout de prévoir. Il doit avoir l'intuition de la sensibilité pour mesurer la quantité de chloroforme nécessaire à la combattre pour le présent et à prévenir le réveil si la suite de l'opération doit devenir plus douloureuse.

VI

Contre-indications du chloroforme. — Je ne m'étendrai pas non plus sur les contre-indications du chloroforme; mais l'anesthésie chez les cardiaques occupe une si large part dans la discussion actuelle que je crois devoir ajouter quelques mots aux diverses conclusions.

J'ai endormi de nombreux aortiques, mitraux, myocardiques. J'avoue que je n'ai rien remarqué de particulier au cours de l'anesthésie. Cependant je me suis toujours défié des pouls petits, des cœurs à dégénérescence graisseuse ou à surcharge graisseuse. Je suis de l'avis de ceux qui disent que l'on peut endormir tous les cardiaques (ceux qui sont arrivés à une période avancée de l'asystolie exceptés, bien entendu), mais je crains que leurs conclusions trop optimistes au sujet du peu d'influence qu'aurait la cardiopathie dans le sommeil chloroformique ne donnent aux anesthésis-

tes peu expérimentés une confiance préjudiciable aux malades.

Je ne veux pas m'égarer sur le terrain physiologique. Je me permettrai cependant une réflexion dont la logique me paraît immédiatement évidente.

L'action fatale des anesthésiques est la suppression progressive mais complète de toutes les fonctions du système nerveux. En période d'anesthésie confirmée, seuls les noyaux du pneumogastrique restent vigilants. Il en résulte, — d'une part, que les dangers seront moindres si le terrain même de l'anesthésie, le système nerveux, est indemne. Si le malade a eu antérieurement des lésions matérielles (hémorrhagie cérébrale, ramollissement, méningite, méningo-encéphalite, tumeurs cérébrales etc.), la résistance de ce terrain à l'action des anesthésiques est non seulement troublée mais considérablement affaiblie; on courra de grands risques en lui administrant du chloroforme ; — d'autre part si les organes de la respiration et de la circulation, seuls chargés de la conservation des phénomènes vitaux, sont indemnes, on est plus en droit d'espérer une anesthésie normale que dans le cas où une altération de ces organes entraîne une insuffisance circulatoire ou respiratoire. Dans les affections cardio-pulmonaires le collapsus est toujours imminent. Il faudra donc se montrer d'une extrême prudence avec les sujets atteints :

1° De maladies matérielles du système nerveux (terrain de l'anesthésie) ;

2° De maladies de l'appareil cardio-pulmonaire (seul chargé de la vitalité pendant l'anesthésie confirmée, grâce à la résistance plus longue des noyaux du pneumogastrique).

Entre autres maladies à considérer au point de vue de l'anesthésie, il ne faut pas oublier les affections rénales. L'analyse des urines devra toujours être faite avec soin. Comme l'alcool, le chloroforme s'élimine pour une bonne part par le rein. On a noté des albuminnries passagères après la narcose. Chez les brightiques, je me montre aussi avare que possible de chloroforme, car il n'est pas rare de voir des néphrétiques succomber avec des phénomènes d'urémie dans les jours qui suivent l'anesthésie.

D'une façon générale, et ici je suis pleinement d'accord avec M. Huchard, il faut craindre les affections dyspnéisantes (rétrécissement mitral, dyspnée toxi-alimentaire, asthme, etc.). Quand on est en face d'un malade obèse, assis sur son lit et ne pouvant s'étendre, respirant difficilement, toussant, crachant, se congestionnant, avant tout examen approfondi on peut dire qu'on à affaire à un cas des plus difficiles. Parmi les quatre ou cinq alertes que j'ai notées au cours de ma pratique, c'est chez un malade de ce genre que s'est produite celle dont j'ai gardé le souvenir le plus dramatique. Au cours d'une anesthésie cependant pas trop poussée, le malade vira tout d'un coup au bleu, comme on dit dans l'anesthésie au photoxyde d'azote, et ce n'est qu'au bout de cinq minutes de manœuvres qu'il fit quelques inspirations spontanées et se décongestionna.

Il semble que la fluxion irritative provoquée par la pénétration des vapeurs chloroformiques ait entraîné une véritable apoplexie pulmonaire. J'ajouterai que, si l'accident n'a pas eu d'autres suites, c'est qu'à mon avis la respiration artificielle a pu détitrer le malade qui n'était pas saturé de chloroforme.

VII

De la manière de combattre les accidents. — Les accidents qui se produisent sont de diverses sortes. Outre les morts de peur dont j'ai déjà parlé, il faut distinguer les simples alertes, les syncopes respiratoires ou cardiaques, l'asphyxie mécanique.

On a proposé de nombreux moyens de les combattre : respiration artificielle, tractions rythmées de la langue, frictions, massages, injections sous-cutanées d'éther et de caféine, inhalation d'oxygène, électrisation du nerf phrénique, marteau de Mayor, insuflation du poumon, trachéotomie, élévation et abaissement successifs des bras, affusions d'eau froide, compresses chaudes sur la région précordiale, position de Trendelenburg et même le massage direct du cœur ! !

Il est assez fréquent de voir la respiration s'arrêter quand le réflexe palpébral subsiste et que le facies reste bon. Il suffit alors le plus souvent de soulever l'os hyoïde, de tirer la langue ou d'enlever les mucosités pour voir la respiration se rétablir. Ce ne sont là que des alertes sans gravité pourvu que l'on y remédie à temps. En cas de véritables syncopes, quelle qu'en soit la cause, voici les moyens que nous mettons en œuvre : position déclive de la tête, flagellations du visage avec un linge imbibé d'eau froide, titillations du fond de la gorge avec une éponge montée, tractions rythmées de la langue combinées à une respiration artificielle aussi ample que possible obtenue par une compression et une décompression successives de la base du thorax et surtout des mouvements d'élévation et d'abaissement alternatifs des bras selon la pratique recommandée par Sylvester. Quand les réflexes pupillaire et cornéen réapparaissent et que nous sentons une résistance de la langue, nous ne nous pressons pas d'interrompre les manœuvres et nous n'abandonnons notre malade à lui-même qu'autant qu'il a fait plusieurs inspirations spontanées et larges et que l'hématose est assurée.

VIII

Conclusions. — La chloroformisation est un acte nécessairement dangereux, puisqu'il abolit successivement les fonctions qui entretiennent la vitalité. Il faut savoir la graduer et la doser pour conserver les fonctions essentielles : la respiration et la circulation.

On peut endormir tous les malades à condition de proportionner les doses d'anesthésique à leur résistance.

La narcose a pour but la suppression de la sensibilité et la possibilité d'opérer sans douleur. Pour répondre à ces conditions, il faut se maintenir entre les phénomènes de réveil que nous devons éviter au patient et qui gêneraient le chirurgien, et le collapsus, en un mot s'en tenir aux doses maniables.

Les réflexes sont des manifestations de la vitalité qu'il faut craindre de voir totalement abolis. Nous interrogerons souvent celui de la cornée et nous ne nous déclarerons satisfait qu'autant que nous le trouverons suffisamment affaibli pour être sûr que notre malade ne souffre pas et assez manifeste pour être certain qu'il est bien vivant et qu'en cas d'incident la moindre intervention suffira à ramener le réveil.

Dans ces limites l'anesthésie doit subir des variations proportionnées à l'intensité de la douleur provoquée par les actes opératoires et aussi à la résistance de chaque individu.

Il est bon d'étudier ces variations et de formuler les règles nécessaires à la précision de la science anesthésique. Mais ce n'est que par une longue pratique et peut-être grâce à une aptitude spéciale que l'on arrive à acquérir le doigté qui constitue l'art de la chloroformisation.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(12 MARS 1902)

Signalons tout d'abord une très intéressante communication de M. Tuffier sur une tentative de **traitement chirurgical d'un anévrysme de la crosse de l'aorte**. Il s'agissait d'une femme de quarante et un ans, sans antécédents morbides, sans syphilis, sans passé pathologique, qui portait une petite tumeur au niveau du second espace intercostal droit, tumeur qui présentait tous les caractères d'un anévrysme de la crosse de l'aorte. M. Tuffier commença par soumettre cette malade au traitement par l'iodure de potassium et les injections mercurielles sous-cutanées. Il n'y eut aucun résultat ; au contraire, la tumeur s'accrut, franchit les côtes et vint faire saillie sous la peau. L'examen radioscopique montre que cette tumeur a le volume d'un gros poing et qu'elle est accolée à la face latérale droite de l'aorte.

Cette poche anévrysmale est sans communation large avec l'aorte ; elle est flasque, molle, souple et se remplit difficilement, ce qui indique un petit orifice de communication entre elle et la crosse de l'aorte. La malade était menacée d'une mort prochaine par rupture de cette poche. C'est ce qui décida M. Tuffier à tenter une intervention paraissant possible et peut-être efficace dans ce cas particulier. Il fit un volet thoracique, arriva directement sur la tumeur dont les parois étaient très minces, et se comporta pour le reste de l'opération comme pour une cure radicale de hernie, lia le pédicule, doubla sa première ligature d'une seconde et referma le tout en laissant le sac; ce qu'il considère comme une faute très regrettable, car vers le quinzième jour, alors que jusque-là tout s'était très bien passé, ce sac se sphacéla et la malade mourut d'hémorragie par gangrène du sac.

A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion viscérale, rien autre chose que la lésion de l'aorte.

Ce fait intéressant porte avec lui son enseignement dont, à l'avenir, M. Tuffier ne manquera pas de profiter. Il ne faudrait pas hésiter, dans un cas semblable, à réséquer le sac.

L'idée d'une intervention chirurgicale dans les anévrysmes de la crosse de l'aorte a bien souvent germé dans l'esprit des chirurgiens. Elle a longtemps hanté M. Poirier qui a consulté, à ce sujet, bien des médecins qui l'ont d'ailleurs toujours détourné de cette idée pour les raisons suivantes : difficulté du diagnostic précis de la disposition de l'anévrysme, défaut de résistance des parois de l'aorte, etc. Possible à la rigueur dans les anévrysmes sacciformes, l'opération serait impossible pour les anévrysmes fusiformes. Il y a donc là des aléas qui sont bien de nature à faire hésiter les chirurgiens les plus hardis. Dans le cas qu'il vient de rapporter, M. Tuffier s'est trouvé dans des conditions exceptionnellement favorables à l'opération.

Comme M. Poirier, M. Delorme s'est aussi demandé, en présence d'un officier atteint d'un anévrysme de la crosse de l'aorte, s'il n'y aurait pas lieu d'intervenir chirurgicalement. Il a longtemps hésité et finalement s'est abstenu devant les mêmes considérations qui ont arrêté M. Poirier et, sans doute, bien d'autres encore.

M. Delorme s'est aussi demandé si, pour calmer les douleurs atroces qu'ont parfois ces malades, il ne serait pas indiqué de faire sauter plusieurs côtes pour élargir la cavité thoracique et diminuer les phénomènes de pression souvent si pénibles.

Aujourd'hui, en présence d'un de ces cas, M. Delorme n'hésiterait pas à recourir au traitement de M. Lancereaux par la gélatine.

M. Reclus se demande si, au cas où la malade de M. Tuffier aurait survécu, l'anévrysme ne se serait pas promptement reformé en raison même de l'altération des parois aortiques.

Pour éviter cette récidive, M. Michaux serait disposé à tenter de doubler la partie suturée par un emprunt de tissus aortiques plus éloignés.

M. Tuffier, répondant à ses collègues, déclare tout d'abord qu'il n'a jamais eu l'intention de proposer un traitement chirurgical applicable à tous les anévrysmes de l'aorte. Il est bien entendu qu'il n'a voulu parler que de faits exceptionnels et d'opération également exceptionnelle. Il ne partage pas l'avis de M. Delorme sur la possibilité de diminuer les douleurs en élargissant la cavité thoracique, considérant, au contraire, cette pression de la cage thoracique comme une sauvegarde contre les ruptures.

Quant à l'objection de M. Reclus, elle tombe d'elle-même par ce fait que, dans son cas, l'examen histologique a montré que les parois de l'aorte n'étaient nullement altérées. M. Tuffier serait assez disposé à suivre, le cas échéant, le conseil de M. Michaux.

Au début de la séance, une petite disoussion s'est encore engagée entre MM. Poirier, Guinard, Quénu et Reynier, sur la **dilatation congénitale** ou non, avec ou sans **rétrécissement de l'œsophage** et le procédé de **gastrostomie par torsion**, de M. Souligoux. Comme toujours, chacun reste sur ses positions : M. Poirier maintient ses objections; M. Reynier maintient ses conclusions. Nous ne retiendrons de cette petite discussion que ce fait bien mis en lumière par M. Reynier au point de vue du procédé de torsion du cône gastrique : tous les autres procédés de gastrostomie peuvent être bons, mais aucun certainement n'assure une aussi parfaite continence de la bouche stomacale.

Signalons un court rapport de M. Walther sur un travail de M. Mougeot (de Chaumont), relatif aux résultats de sa pratique chirurgicale au point de vue de l'**anesthésie chloroformique**. Trois mille opérations sans un accident : c'est une belle statistique. Le procédé employé par M. Mougeot est le procédé classique des petites doses continues.

Au cours de ce rapport, M. Walther fait une remarque fort juste ; jamais les malades n'ont été plus terrorisés par l'idée d'une opération et surtout de l'anesthésie que depuis cette discussion dont on a trop parlé dans les grands journaux. Il s'est passé là ce qui se passe généralement après un grave accident de chemin de fer ou l'incendie d'un théâtre. On hésite un peu plus à monter en wagon ou à aller au théâtre, de même ici, la table d'opérations devient plus effrayante.

M. Gérard-Marchant communique une observation de **prolapsus recto-périnéal** très accentué et ayant résisté à plusieurs tentatives de périnéorraphie, qu'il est arrivé à corriger par une heureuse combinaison des procédés de Segond et de Delorme.

Parmi les présentations, à signaler un beau cas de guérison de **pied bot congénital** par l'extirpation de tous les os du tarse par M. Lucas-Championnière ; guérison et marche parfaites sans appareil, ni sections tendineuses.

M. Poirier, dans un cas analogue, a obtenu un bon résultat par la résection d'un cône externe du pied à grand axe horizontal. Le pied ainsi obtenu par M. Poirier est moins raccourci que le pied obtenu par M. Lucas-Championnière.

M. Nélaton estime que dans les cas ordinaires on peut obtenir le redressement du pied avec sacrifice moins étendu du squelette.

M. Bazy présente deux **reins polykystiques** provenant d'une malade chez laquelle il avait enlevé un de ces reins, le plus gros, sans qu'aucun des procédés mis en usage ait pu l'avertir que l'autre rein était malade.

REVUE DES THÈSES

Les expertises médico-légales, leur histoire, leur réforme, par M. le docteur Charles RAVARY. (Th. de Paris, 1901.)

Dans cette thèse le docteur Ravary nous démontre que tout n'est pas pour le mieux dans la meilleure des médecines légales.

Après avoir d'abord cherché à montrer quels ont été les débuts de cette branche des connaissances médicales, à quelle époque elle a été appelée à devenir l'auxiliaire de la justice et ce qu'ont été les premières expertises, l'auteur suit l'évolution de la médecine judiciaire à travers les diverses nationalités et les différentes législations.

Dans un second chapitre, après avoir rappelé les règles en usage qui régissent actuellement l'expertise en France, il résume les principales critiques formulées contre cette manière de procéder. De trop nombreux exemples d'erreurs judiciaires, imputables à l'insuffisance où à la négligence des experts, sont venus démontrer la nécessité d'une réforme radicale.

C'est cette réforme qu'il étudie dans une troisième partie, réforme qui, selon lui, pour être complète, doit comprendre deux éléments : expertise contradictoire et obligation de ne choisir comme experts que des médecins instruits par une pratique spéciale de la médecine légale.

C'est pour réaliser cet idéal que le docteur Ravary propose d'apporter à l'état de choses actuel les modifications suivantes :

1° Création à la morgue de Paris d'un Institut où les docteurs en médecine recevront, en médecine légale et en toxicologie, un enseignement professionnel approprié.

Dans toutes les facultés de province, un enseignement analogue sera organisé, chacune d'elles mettant à la disposition de futurs experts toutes les ressources dont peut disposer la ville où elle est installée ;

2° Création d'un diplôme de médecin ou chimiste-expert qui sera délivré par le ministre de l'Instruction publique à la suite d'un examen subi devant les professeurs et agrégés des diverses Facultés ;

3° Les listes de médecins et chimistes admis à pratiquer les expertises devant les tribunaux, dressées chaque année par les cours d'appel, ne comprendront que les noms des médecins ou chimistes, spécialement diplomés ;

4° Les médecins commis aux fins de pratiquer une autopsie médico-légale devront se conformer, dans la pratique de cette opération, à un règlement établi une fois pour toutes, sorte de questionnaire analogue au régulatif allemand ;

5° Etablissement de l'expertise contradictoire ;

6° Organisation à Paris d'une commission supérieure des expertises, chargée de juger les questions d'ordre scientifique qui auraient donné lieu à des contestations entre les experts. A. R.

Rire et pleurer spasmodiques, par M. le docteur Maurice TOULZAC. (Th. de Paris, 1901).

Voltaire a dit : « Ceux qui savent pourquoi cette espèce de joie qui excite le ris, relève vers les oreilles le muscle zygomatique, l'un des treize muscles de la face, sont bien savants. »

C'est à résoudre ce problème que tend la très intéressante monographie du docteur Toulzac à laquelle nous regrettons de ne pouvoir donner toute la place qu'elle mérite.

En la parcourant on ne rencontre pas moins de vingt-huit observations réparties en trois chapitres où il est traité : 1° Des modalités du rire et du pleurer ; 2° Du rire et pleurer spasmodiques dans les lésions cérébrales ; 3° Du mécanisme du rire et du pleurer spasmodiques.

D'après l'auteur :

1° Le rire et le pleurer sont des mouvements psycho-réflexes d'expression des sentiments ; ils sont provoqués, sous l'influence de la volonté ou involontairement, soit par nos représentations, soit par nos émotions, de même que le sont chez les animaux les cris de douleur, l'horripilation des poils dans la peur, le goulgoul du pigeon, le couak de la grenouille, etc., tant qu'ils servent uniquement à l'expression de ces états affectifs.

2° Les diverses observations cliniques, recueillies comparées et coordonnées, unies à l'expérimentation chez les animaux, permettent une localisation centrale du rire et du pleurer dans la région thalamique.

La partie antérieure des couches optiques, centre de coordination des mouvements réflexes d'expression, est le centre de coordination du rire et du pleurer.

3° Le rire et le pleurer spasmodiques se produisent chaque fois que le malade ne peut plus inhiber les réactions de sa mimique émotive. C'est ce que l'on observe dans diverses affections cérébrales : hémiplégie de cause cérébrale, paralysie pseudo-bulbaire, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, maladie de Charcot, dans les régions intéressant la région thalamo-bulbaire.

4° Pour Bechterew, le rire et le pleurer spasmodiques se produisent lorsqu'il y a une lésion destructive du thalamus qui détermine la perte du pouvoir d'inhibition.

Brissaud fait remarquer que la destruction du centre du rire et du pleurer expliquerait mal le rire et le pleurer spasmodiques, et il attribue ce phénomène à une exaltation du pouvoir moteur, causée, soit par une lésion destructive du faisceau psychique, soit par une lésion irritative du thalamus ou des voies de conduction cortico-thalamiques.

Les documents anatomo-cliniques recueillis dans ce travail militent en faveur de l'hypothèse de Brissaud. A. R.

Etude sur Sénac, premier médecin de Louis XV (1693-1770), par M. le docteur Georges DEGRIS. (Th. de Paris, 1901.)

Sénac parut au moment où la médecine, secouant les vieilles entraves de la routine, commençait à devenir scientifique ; où les théories, loin de vouloir expliquer les faits sans les voir, cherchaient à s'édifier sur des faits bien observés. Son rôle, pour moins glorieux que celui de bon nombre de nos contemporains, n'en a pas moins une certaine importance et son traité de la structure du cœur est une œuvre fort remarquable pour l'époque. Il ne faut pas oublier que Sénac fut le premier qui tira du chaos la pathologie cardiaque.

Le docteur Degris exhume ce médecin quelque peu oublié et, dans une étude très documentée, il écrit la biographie de Sénac, examine ses principaux ouvrages et termine en relevant les opinions que l'on a émises sur cet auteur.

Déclaré premier médecin du roi le 17 avril 1754, Sénac

fut un des premiers appelé à examiner la blessure de Louis XV lors de l'attentat de Damiens. Voici la relation du rapport médico-légal qu'il fournit au parlement à l'occasion du procès qui suivit :

« Du 9 janvier 1757, à Versailles, le roi y étant, en chambre criminelle. Est comparu messire Jean Sénac ; conseiller d'Etat, premier médecin de Sa Majesté, demeurant à Versailles au Château, âgé d'environ soixante ans, assigné par exploit de Guillot, Huissier en cette cour, en date de ce jour d'hui...

Dépose n'avoir aucune connaissance des dits faits, qu'ayant été appelé chez le roi le cinq du présent mois un peu avant six heures du soir, à l'occasion de la playe qui venait d'être faite au roi, il se seroit transporté en la chambre de Sa Majesté, qu'il auroit trouvé sur son lit déshabillé; et ayant examiné ladite playe, il auroit observé et remarqué qu'elle étoit à la partie latérale, inférieure et postérieure de la poitrine du côté droit, et que ladite playe avait son entrée entre la quatrième et la cinquième côte inférieure du même côté, pénétrant un peu obliquement de bas en haut d'environ quatre travers de doigt. Et nous auroit le déposant requis de lui représenter un couteau à double lame dont ou lui a dit que l'assassin avait été trouvé saisi ; et sur la représentation que nous lui aurions fait faire à l'instant par notre greffier d'un couteau a ressort, à manche de corne blanche et noire, ayant par un bout une longue et large lame, et à l'autre bout une lame plus étroite de trois pouces ou environ de longueur, taillée en forme de canif, ledit sieur déposant l'ayant attentivement examiné, dépose que ledit instrument, ayant environ quatre pouces de longueur, six lignes de largeur, et se terminant en une pointe d'environ une ligne, lui paroit être le même instrument dont s'est servi l'assassin, la playe qui a été faite à Sa Majesté ayant une conformité parfaite, eu égard à sa profondeur et largeur dicelle, avec le dit instrument qui a percé Sa Majesté, et dont le coup a été porté à travers les surtout, habit et vestes, et de trois plis de la chemise de Sa Majesté. Qui est tout ce qu'il a dit scavoir. »

Il n'est pas sans intérêt de voir Sénac, rapporter simplement les faits constatés sans chercher en aucune façon à en aggraver la portée. Cette impartialité est d'autant plus digne de remarque qu'en ce temps de loyalisme outré où le roi tenait par-dessus tout à l'intégrité de son épiderme, on s'efforça par tous les moyens pendant le cours du procès de faire passer Damiens pour plus coupable qu'il ne l'était déjà. A. R.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Les épreuves écrites pour l'admission à l'Ecole de service de santé militaire auront lieu le 20 juin dans les centres habituels.

Les épreuves orales auront lieu à Paris le 1er août, Lille le 7, Nancy le 9, Lyon le 12, Marseille le 18, Montpellier le 21, Toulouse le 25, Bordeaux le 29, Rennes le 6 septembre.

Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale. — Les travaux pratiques de médecine opératoire spéciale, sous la direction de MM. Berger, professeur, et Hartmann, agrégé (cours de M. le docteur Ombredanne, prosecteur), s'ouvriront le 18 avril 1902, à une heure un quart.

Opérations d'urgence et de pratique courante. — I. Sutures des téguments en général; de la paroi abdominale. Ténotomies.

II. Sutures des tendons; anastomose, allongement, transplantation des tendons; sutures des nerfs; sutures des os.

III. Sutures de l'intestin (traitement des plaies et ruptures de l'intestin); greffes épidermiques; greffes dermo-épidermiques à grand lambeau; traitement de l'ongle incarné.

IV. Trépanation de l'apophyse mastoïde. — Cathétérisme de la trompe d'Eustache; ponction lombaire.

V. Tubage; trachéotomie; tamponnement des fosses nasales. — Saignée.

VI. Amputation du sein; thoracentèse; pleurotomie; résection temporaire ou définitive des côtes.

VII. Circoncision. — Cathétérisme de l'urètre et de la vessie; rétrotomie interne; traitement de l'hydrocèle vaginale; traitement du varicocèle.

VIII. Traitement des hémorroïdes; traitement des fistules anales.

IX. Traitement de l'appendicite; résection de l'appendice; anus artificiel iliaque.

X. Cure radicale de la hernie inguinale; traitement des hernies étranglées.

Le cours aura lieu tous les jours. — Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. — Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés. — Les droits à verser sont de 50 francs. — S'inscrire au secrétariat général (guichet n° 3) de midi à trois heures les lundis, mardis, jeudis et samedis.

Règlement général du XIVe Congrès international de médecine. — ARTICLE PREMIER. — Le XIVe Congrès international de médecine se réunira à Madrid, sous le patronage de LL. MM. le roi D. Alphonse XIII et son auguste mère la reine régente, dans les jours du 23 au 30 avril 1903.

La séance d'ouverture aura lieu le 23 avril et celle de clôture le 30 avril.

Le but du Congrès est exclusivement scientifique.

ART. 2. — Le Congrès se composera des médecins, pharmaciens, vétérinaires et autres personnes exerçant une des différentes branches des sciences médicales, nationaux et étrangers, qui se seront inscrits comme membres du Congrès et qui auront versé la cotisation correspondante.

Pourront également faire partie du Congrès, aux mêmes conditions et avec les mêmes droits comme les médecins, tous ceux qui, étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique, désirent assister et prendre part aux travaux du Congrès, ainsi que les représentants de la presse.

ART. 3. — Le montant de la cotisation sera de 30 pesetas.

Cette somme doit être versée, au moment de l'inscription et à partir de ce jour jusqu'à l'ouverture du Congrès, au secrétariat général (Faculté de médecine, Madrid) lequel remettra à l'intéressé sa carte d'identité respective; cette carte servira de document pour pouvoir profiter de tous les avantages reservés aux congressistes.

ART. 4. — Les comités nationaux et étrangers peuvent recevoir les cotisations de leurs adhérents et quand ils les transmettront au secrétariat général, celui-ci leur enverra les cartes d'identité correspondantes au nombre des membres inscrits.

Les comités étrangers recevront les inscriptions de leurs nationaux jusqu'au 20 mars 1903; après cette date, toutes les adhésions et cotisations doivent être adressées directement au secrétariat général du Congrès.

ART. 5. — Chaque congressiste doit, au moment de verser sa cotisation, faire parvenir au secrétariat général, soit directement, soit par l'entremise du comité respectif, une note indiquant exactemeni et lisiblement son nom, qualité et titres, ainsi que son adresse, en accompagnant ces indications de sa carte de visite.

ART. 6. — Les membres du Congrès qui auront rempli les conditions prescrites, auront droit de prendre part à tous les travaux, de présenter des communications verbales au écrites, d'intervenir dans des discussions, de donner leur vote dans les questions soumises à votation et de participer à tous les avantages réservés aux congressistes.

ART. 7. — Ils auront en outre droit à un résumé général des travaux du Congrès à un exemplaire du compte rendu in extenso des travaux de la section à laquelle ils se seront fait inscrire. Les membres qui désireraient recevoir plusieurs volumes ou la

collection complète des comptes rendus, devront pour chaque volume verser une somme qui sera fixée ultérieurement, mais qui ne pourra pas excéder le prix de l'impression. — Les souscriptions aux volumes seront reçues au secrétariat général jusqu'à la clôture du Congrès.

Les congressistes qui auront présenté des communications écrites dans plusieurs sections, et celles-ci ayant été admises par la commission chargée de leur examen, recevront également les volumes de ces sections sans aucun payement.

ART. 8. — Les comptes rendus du Congrès seront remis aux congressistes qui y auront droit, aussitôt après leur publication.

ART. 9. — Le Congrès sera divisé dans les sections suivantes :

1° Anatomie (anthropologie, anatomie comparée, embryologie, anatomie descriptive, histologie normale et tératologie);
2° Physiologie, physique et chimie biologiques;
3° Pathologie générale, anatomie pathologique et bactériologie;
4° Thérapeutique et pharmacie : *a.* Thérapeutique, *b.* Hydrologie médicale, *c.* Pharmacie;
5° Pathologie interne;
6° Neuropathies, maladies mentales et anthropologie criminelle;
7° Pédiatrie;
8° Dermatologie et syphiligraphie;
9° Chirurgie générale : *a.* Chirurgie et opérations chirurgicales, *b.* Urologie;
10° Ophtalmologie;
11° Oto-rhino-laryngologie : *a.* Otologie, *b.* Rhino-laryngologie;
12° Odontologie et stomatologie;
13° Obstétrique et gynécologie;
14° Médecine et hygiène militaire et navale;
15° Hygiène, épidémiologie et science sanitaire technique;
16° Médecine légale et toxicologie.

ART. 10. — Les membres du Congrès devront, au moment de l'inscription, indiquer la section à laquelle ils désirent appartenir; nonobstant ils pourront assister et prendre part aux travaux des autres sections.

ART. 11. — Un comité exécutif composé des président, secrétaire général et trésorier, et des présidents et secrétaires des sections, est chargé de la gestion et du fonctionnement du Congrès.

ART. 12. — Le Congrès siégera tous les jours, soit en assemblées générales, soit en réunions de sections.

ART. 13. — Deux assemblées générales ordinaires auront lieu, une pour l'ouverture et l'autre pour la clôture du Congrès.

Il y aura en outre autant d'assemblées extraordinaires qu'on jugera nécessaires ; le nombre en sera fixé ultérieurement par le comité exécutif. Ces assemblées seront destinées à des conférences auxquelles seront invitées les éminences scientifiques des différentes nations. Seulement les conférenciers auront la parole dans ces assemblées.

ART. 14. — Dans la séance d'ouverture le secrétaire général rendra compte des travaux d'organisation du Congrès, le président lira le discours d'inauguration, on fera la présentation des délégués officiels, et l'on proclamera les présidents d'honneur.

Dans la séance de clôture on rendra compte des délibérations du Congrès, on désignera le lieu de sa prochaine réunion et l'on procédera à l'élection de son bureau.

Dans ces séances ne pourront prononcer de discours que les congressistes qui y auront été désignés et invités par le comité exécutif.

ART. 15. — Les comités des sections organiseront leurs programmes de travaux (lecture et discussion des communications, examen des propositions présentées, etc.).

Chaque section nommera, dans sa première séance, ses présidents d'honneur, et désignera ses secrétaires adjoints. Partie de ceux-ci seront choisis parmi les congressistes étrangers pour faire le résumé verbal des communications présentées dans des langues différentes, et pour faciliter ainsi la discussion;

ART. 16. — Le président de chaque section dirigera les séances et les débats dans la forme établie dans tous les corps délibérants.

Pourront être soumises au vote seulement les questions d'ordre intérieur.

Les questions scientifiques ne pourront être l'objet d'aucune votation.

ART. 17. — Le temps assigné à chaque communication ne doit pas dépasser quinze minutes et les orateurs qui prendront part aux discussions, ne pourront parler plus de cinq minutes.

Les auteurs de communications disposeront de dix minutes pour répondre à toutes les objections. Exceptionnellement et quand l'importance du sujet le justifie, le président pourra accorder plus de temps à l'orateur.

Les membres qui prendront part aux discussions devront remettre au secrétaire de la section, avant la levée de la séance, un court résumé de ce qu'ils ont dit.

ART. 18. — Les communications se référant aux travaux du Congrès doivent parvenir au comité exécutif avant le 1er janvier 1903, ce dernier se chargera de leur transmission à la section respective.

Toutes les communications devront être accompagnées d'un court résumé en forme de conclusions, si possible; cet extrait sera imprimé par les soins du comité exécutif et distribué aux congressistes de la section correspondante.

ART. 19. — On pourra présenter des communications après le 1er janvier 1903 et même pendant le Congrès, mais elles ne seront mises à l'ordre du jour qu'après discussion de celles présentées dans le délai prescrit.

ART. 20. — Le texte écrit de tous les travaux présentés au Congrès, soit dans les assemblées générales, soit dans les sections, doit être remis le jour même au secrétaire du bureau respectif. Le comité exécutif décidera sur son insertion totale ou partielle dans les comptes rendus.

ART. 21. — Les langues officielles du Congrès dans toutes les séances seront l'espagnol, le français, l'anglais et l'allemand.

Les dames appartenant aux familles des congressistes et accompagnées de ceux-ci, bénéficieront des réductions sur les chemins de fer et pourront assister aux fêtes et cérémonies qui seront données en l'honneur des membres du Congrès. Elles devront pour cela se munir d'une carte spéciale moyennant le payement de 12 pesetas par personne.

— CHEMINS DE FER DE L'ETAT, DE L'EST, DU MIDI, DU NORD, D'ORLÉANS, DE L'OUEST ET DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Vacances de Pâques.* — A l'occasion des vacances de Pâques, l'Administration des chemins de fer de l'Etat et les Compagnies de l'Est, du Midi, du Nord, d'Orléans, de l'Ouest et de Paris à Lyon et à la Méditerranée, ont décidé qu'exceptionnellement cette année les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 20 mars, seront tous valables jusqu'au dernier train de la journée du 10 avril.

— La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société française des Voyages Duchemin, plusieurs excursions permettant de visiter (tous frais compris) :

1° *L'Italie* (*semaine sainte à Rome*), du 15 mars au 14 avril 1902 — Prix (suivant l'itinéraire choisi) : 1re classe, 650 fr. à 990 fr.); 2e classe, 580 fr. à 900 fr.

2° *L'Espagne*, du 16 mars au 20 avril 1902. — Prix : 1re classe, 1480 fr.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de la Société française des Voyages Duchemin, 20, rue de Grammont, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17

N° 32. — MARDI 18 MARS 1902. 75e ANNÉE. MARDI 18 MARS 1902. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE CHIRURGICALE. — CLINIQUE BAUDELOCQUE

TUBERCULOSE TESTICULAIRE CHEZ L'ENFANT

Par A. BROCA,
Chirurgien de l'hôpital Tenon (enfants malades),
Agrégé de la Faculté de Paris.

L'enfant que je soumets aujourd'hui à votre examen est atteint de tuberculose épididymaire à droite. C'est une localisation bacillaire relativement rare avant l'âge adulte, mais dont néanmoins les traités classiques de pathologie infantile n'ont peut-être pas tenu assez compte, jusque dans ces temps derniers, et les quelques mentions succinctes que vous trouverez dans les leçons de Giraldès, ou dans les ouvrages spécialement consacrés à l'étude des maladies du testicule, ne doivent pas suffire à votre instruction.

L'histoire de cette lésion ne se borne pas, en effet, à enregistrer quelques observations éparses, à dire, avec D. Mollière et Augagneur, que, sur 183 cas de tuberculose testiculaire, il y en a un qui concerne l'enfant. Les mémoires spéciaux, et plus ou moins développés, consacrés à cette étude par Launois (1883), L. Jullien (1890), Hutinel et Deschamps (1891), Félizet (1899), nous prouvent que la fréquence est plus grande que cela, et nous montrent, en outre, que l'âge du sujet imprime à la lésion certaines particularités (1).

Il est difficile d'apprécier cette fréquence de façon exacte, car la plupart de ces malades ne sont pas hospitalisés, et de là sans doute quelques désaccords d'importance d'ailleurs médiocre. Ainsi, Jullien admet une proportion de 17 cas sur 5 566 enfants des deux sexes présentés à une consultation hospitalière; cela cadre bien avec le total de 58 cas sur lequel Félizet établit son étude.

Pour mon propre compte, dans mes registres de l'hôpital Trousseau et de l'hôpital Tenon, de 1892 à 1902, sur 46 000 enfants je n'ai relevé que 44 cas de tuberculose testiculaire; j'en connais quelques-uns qui n'ont pas été enregistrés, mais il est certain que ma série est relativement moindre que celle de Jullien. Vous voyez cependant que je ne vous mets pas en présence d'une de ces raretés négligeables pour le praticien, mais qu'il vous sera utile de connaître les quelques données cliniques et anatomiques propres à la tuberculose de l'enfance. Je vais vous les enseigner, tout en vous exposant l'histoire de notre malade actuel.

I

Chez cet enfant, âgé de treize ans et demi, vous devez avant tout étudier les signes locaux qui vous conduisent au diagnostic par l'annonce duquel j'ai commencé cette leçon.

A droite, à l'inspection déjà le scrotum vous apparaît plus gros qu'à gauche, et en outre le jour de l'admission il était coloré d'une rougeur assez vive, vite disparue sous l'influence du repos. A la palpation, je n'ai jamais senti d'empâtement des parties molles superficielles, d'adhérence de la peau, mais on trouvait une tumeur aujourd'hui notablement diminuée, alors grosse comme un œuf de pintade : cela pour vous dire tout de suite qu'il y a eu une poussée inflammatoire, vite calmée sous nos yeux. A mesure que l'inflammation a diminué, les contours de la tumeur ont pris plus de netteté, et vous trouvez maintenant des caractères qui vous permettent de localiser exactement le mal.

Cette inflammation subaiguë, avec gonflement rapide, a-t-elle été réellement initiale? Beaucoup d'auteurs l'admettraient volontiers sans plus ample informé, car dans les mémoires consacrés spécialement à l'étude de la tuberculose testiculaire infantile, on établit une opposition avec ce qui se passe d'ordinaire chez l'adulte, en montrant que dans le jeune âge la forme aiguë d'emblée prend nettement le pas sur la classique forme chronique. Dans cette opinion il y a du vrai, et je crois en effet que la forme aiguë est relativement moins rare chez l'enfant. Mais je pense aussi qu'on a peut-être exagéré, et notre malade actuel va vous faire comprendre pourquoi. Au premier interrogatoire, en effet, le jour où je l'ai admis dans mon service, ses parents m'ont répondu que la lésion avait débuté brusquement, trois jours auparavant, soit exactement il y a aujourd'hui huit jours. Or quand nous avons serré les choses de plus près, l'enfant nous a appris que déjà, une quinzaine de jours auparavant il avait ressenti dans la même région une douleur légère, ayant duré deux jours; cependant il ne sait pas si à cette

(1) LAUNOIS. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, Paris 1883, p. 218. — L. JULLIEN. *Arch. gén. de méd.*. Paris 1890, t. I, p. 420. — HUTINEL et DESCHAMPS. *Ibid.*, 1891, t. I, p. 257 et 453. — FÉLIZET. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 26 avril 1899.

date existait une tumeur. Cela se conçoit, car un adulte palpe tout de suite un testicule dont il souffre, compare avec l'autre côté : c'est un organe qu'il apprécie à sa juste valeur. Un enfant ne fait pas cette enquête immédiate, et ses parents pas davantage. Encore reconnaissent-ils quelquefois — et ce fut le cas pour un enfant qu'on m'a apporté il y a quelques semaines, à l'occasion d'un abcès rapidement formé — que l'organe était déjà plus gros que l'autre. N'allez pas, je vous prie, me faire dire que je nie la forme aiguë d'emblée, que je conteste sa fréquence plus grande chez l'enfant que chez l'adulte : les éléments font défaut pour établir une proportion précise. Je me borne à vous dire que, sur les 19 observations personnelles à peu près complètes que j'ai compulsées avant cette leçon, deux fois seulement il s'agit de la forme aiguë : et encore l'intégrité préalable du testicule n'est-elle pas expressément notée ; que trois fois, par contre, le testicule était sûrement gros avant la poussée inflammatoire aiguë.

La nature de ma statistique impose toutefois une réserve, car mes fiches complètes ne portent que sur les malades hospitalisés ; pour les autres, je n'ai que la brève note du registre de consultation, sans mention sur l'évolution du mal, et ceux-là contiennent une plus forte proportion de nourrissons : car les enfants de cet âge ne sont pas volontiers admis dans les salles, et chez eux la tuberculose testiculaire est fréquente et plus souvent aiguë qu'à un âge plus avancé.

La poussée aiguë peut se calmer vite : chez notre malade, après quatre jours seulement de repos, le gonflement est déjà bien moindre qu'au moment de l'entrée à l'hôpital. Mais il est encore suffisant pour qu'à distance, l'enfant étant debout devant vous, vous voyiez que le testicule droit, gros comme une belle prune, est infiniment plus volumineux que le gauche. Le testicule droit : ce serait donc une exception à la règle, car Jullien, Hutinel et Deschamps ont constaté une prédilection marquée pour le côté gauche, et ont même donné une explication dn fait. Voici les chiffres de Jullien : lésion à gauche 8, à droite 4, bilatérale 5. Mais est-ce une proportion définitivement établie ? Je n'en suis pas tout à fait sûr, car voici mes chiffres : lésion à droite 15, à gauche 7, bilatérale 5, côté non spécifié 17. Et j'ajouterai que, d'après Jullien, la prédominance à gauche ne se manifeste qu'à partir de deux ans, à partir du moment où, l'enfant commençant à marcher, les petits traumas auxquels le testicule gauche, plus déclive, est plus exposé, peuvent exercer leur action. C'est pour cela, dit-on encore, que la tuberculose n'atteint guère les testicules ectopiques, soustraits à ces petites injures répétées : ce qui n'est peut-être pas tout à fait sûr, car j'en trouve deux observations dans mes notes, et sur 58 cas, Félizet en a relevé une. Or je viens d'accuser ma statistique d'être partielle, précisément par suppression presque complète de détails sur les enfants en bas âge. Peut-être donc s'est-on trop empressé de trouver à un fait insuffisamment établi une explication inspirée de la philosophie des causes finales.

Voilà deux fois que je vous parle de la fréquence relative de la lésion chez les enfants du premier âge : cette donnée ressort, en effet, de tout ce qu'on a publié sur la question, et je puis sur ce point confirmer à peu près l'opinion de Jullien. Ce dernier auteur, parmi ses 17 malades, en compte 6 au-dessous d'un an, 6 d'un à deux ans, 8 de deux à treize ans ; voici mes chiffres, et ici ma statistique est complète :

De 0 à 1 an, 7 cas...	7 semaines...	1
	2 mois.......	1
	6 mois.......	1
	9 mois.......	1
	10 mois......	2
	1 an.........	1

D'un à deux ans 6 cas.

De deux à sept ans 15 cas, dont 10 de deux à cinq ans et 3 à cinq ans.

De sept à treize ans 7 cas.

De treize à quinze ans 9 cas.

Donc, les deux premières années de la vie sont celles où la lésion est nettement la plus fréquente. Mais ma proportion est moindre que celle de Jullien ; et surtout je ne puis admettre, malgré Félizet, que la tuberculose testiculaire soit tout à fait exceptionnelle de sept à quatorze ans : pendant cette période de l'enfance elle est moins fréquente que chez les nourrissons, mais il n'y a pas plus d'immunité pour les enfants de huit ans que pour ceux de cinq ans. Quant à vous donner le motif de cette préférence pour les nourrissons, vous me permettrez de garder le silence plutôt que de chercher une explication, forcément un peu « cause-finalière ».

Mais de digression en digression je m'aperçois que jusqu'à présent je ne vous ai guère parlé que de théorie. Il est temps d'entrer dans le détail de l'examen clinique et du diagnostic.

II

Ainsi le testicule droit est gros et abaissé. Et l'inspection nous révèle encore sur la peau un reste d'aspect inflammatoire. Les veines n'ont jamais été dilatées ; les plis, effacés par distension, il y a quatre jours, reparaissent aujourd'hui que le gonflement est moindre ; mais il persiste, quoique moins vive, une rougeur manifeste.

Ce signe est le seul qui trahisse la participation éphémère des parties molles superficielles à l'inflammation. Car la peau est partout mince, souple, mobile, partout on peut la plisser, à droite aussi bien qu'à gauche et nulle part, même pas dans un point limité, elle ne présente une adhérence avec les plans profonds. Vous devrez toujours, en cas de tuberculose testiculaire, faire avec soin cette recherche, qui vous permet de reconnaître de bonne heure la tendance à la suppuration d'une bosselure qui migre vers la peau.

Ici, rien de semblable. Aucun empâtement superficiel ne nous gêne pour palper attentivement le testicule ; et voici ce que nous trouvons :

Dans la tumeur ovoïde, grosse comme un pruneau, qui remplace le testicule, nous sentons deux parties : en bas et en avant est une région lisse, souple, indolente, qui a la forme, les dimensions et la consistance du testicule gauche ; mais au-dessous et en arrière de cette glande est une masse dure, bosselée, douloureuse à la pression, grosse surtout à son extrémité antéro-supérieure, qui déborde un peu sur le bord antérieur du testicule. A ces caractères vous reconnaissez avec certitude l'épididyme, coiffant le testicule comme le cimier surmonte le casque, et en palpant successivement, par comparaison, les deux côtés, vous reconnaissez qu'à droite, glande et épididyme sont parfaitement sains.

Il y a quatre jours, le gonflement était plus fort ; la tête de l'épididyme surtout débordait davantage en avant, gagnait sur le bord antérieur du testicule et on sentait mal les limites des diverses parties, en sorte que je me suis d'abord

demandé s'il n'y avait pas inflammation de l'épididyme en inversion. Car si, presque toujours, l'épididyme est annexé au bord postéro-supérieur du testicule, quelquefois, il longe le bord antéro-inférieur de l'organe, et dans ce cas le clinicien est à première vue dérouté, pour conclure à la localisation sur l'épididyme ou sur le testicule proprement dit.

L'analyse plus minutieuse des sensations tactiles prouve qu'il n'y a pas de liquide épanché dans la vaginale et que l'inflammation ne remonte pas le long du cordon spermatique.

Le diagnostic anatomique ne saurait donc être discuté : cet enfant souffre d'une épididymite à poussée aiguë, vite calmée par quelques jours de repos au lit. Et nous n'avons plus qu'à rapporter cette épididymite à sa cause. Sur quoi donc me suis-je appuyé pour conclure à la tuberculose ? Serait-ce sur l'hérédité, sur d'autres lésions en activité des organes génito-urinaires ou d'une région quelconque? Non. L'hérédité est nulle; cordon, vésicules séminales, prostate sont sains, viscères et squelette partout sont normaux; l'enfant est même de belle santé et de belle apparence.

Cela n'est point pour vous surprendre, et je crois inutile d'entrer dans de longs développements sur la fréquence relative de l'hérédité, d'autres lésions concomitantes, de la tuberculose primitive ou secondaire; de discuter si, comme le veut tel auteur, la tuberculose testiculaire est généralement secondaire ou si, comme le veut tel autre, elle se manifeste toujours d'emblée. Quand ces renseignements sont positifs ils sont intéressants, mais depuis que nous avons appris à mieux connaître les diverses tuberculoses locales, nous savons que de leur absence nous ne pouvons tirer aucune conclusion; et j'estime qu'à cet égard, la tuberculose testiculaire de l'enfant rentre dans la règle générale. Mais le fait un peu spécial est, qu'à cet âge, vous aurez bien moins souvent que chez l'adulte le secours, pour le diagnostic, de lésions concomitantes de la prostate ou des vésicules séminales. Chez notre sujet, néanmoins, j'ai pratiqué le toucher rectal, et je vous conseille d'y toujours recourir, car Lannelongue, Jullien ont fait ainsi chacun une fois une constatation positive : mais certainement c'est l'exception, et pour ma part, je n'ai jamais rien trouvé de ce côté. Donc, vous appliquerez la règle valable pour tout sujet, d'un âge quelconque, atteint d'une lésion testiculaire quelconque : et vous explorerez du doigt prostate et vésicule, tout en étant avertis d'avance que vous n'en tirerez presque jamais rien. C'est précisément ce qui nous arrête en ce moment; et si je crois à la tuberculose, c'est que cela ne peut pas être autre chose.

Quelle est, en effet, la seule lésion qui puisse ressembler vraiment à l'épididymite tuberculeuse non suppurée, à la période aiguë ou subaiguë? C'est l'épididymite blennorragique; et retenez que chez l'enfant, la blennorragie urétrale existe, même bien avant treize ans et même contractée pour ce qu'on doit, à cet âge, appeler le mauvais motif. Mais dans le cas particulier, il n'y a aucun écoulement par le méat, et je vous dirai en outre que, si j'ai déjà observé un bon nombre de blennorragies infantiles, je n'en ai jamais vu se compliquer d'orchite. D'autre part, le diagnostic entre la tuberculose et la blennorragie n'est pas difficile lorsque le canal est le siège d'un tel écoulement; il ne l'est que pour ces orchites survenant au cours d'une vieille goutte militaire, par blennorragie chronique de l'urètre postérieur; on méconnaît alors quelquefois l'urétrite et l'on conclut à une épididymite survenue sans cause extérieure connue, tuberculeuse par conséquent. Or, si j'ai déjà vu, plus souvent que vous ne le pensez peut-être, la chaudepisse chez l'enfant, jamais je n'ai observé la goutte militaire, et dans le cas particulier, il n'y en a pas trace. Voilà pourquoi je vous dis que cette épididymite est tuberculeuse : parce qu'à tout âge une épididymite, même aiguë, survenant sans cause urétrale connue, est tuberculeuse.

Il n'y a pas longtemps encore, on donnait, dans ce groupe, une part importante à l'orchite par effort. On admettait que, dans un effort, une contraction brusque du crémaster pouvait attirer violemment le testicule en haut, et le contondre contre les piliers aponévrotiques de l'anneau externe. Il n'est pas rare, en effet, que les malades rapportent à un effort l'origine de leur orchite, et cette étiologie est également invoquée par quelques enfants. Or, nous avons appris que ces orchites par effort, que même presque toutes les épididymites naguère dites traumatiques, sont en réalité tuberculeuses : elles n'aboutissent pas à des résolutions franches comme les vrais hématomes par contusion proprement dite, mais une fois calmée l'inflammation aiguë, on voit évoluer une tuberculose testiculaire ordinaire, chronique. L'effort, le coup, quand ils sont réels, n'ont certainement pas déterminé la lésion, mais ont provoqué une poussée aiguë dans un noyau préexistant inconnu.

Plusieurs fois j'ai vu arriver à l'hôpital des enfants que les parents ou même le médecin croyaient atteints de hernie et qui portaient en réalité une tuberculose de l'épididyme et du cordon. Vous concevez que la similitude puisse être assez grande avec une épiplocèle enflammée dans le cas spécial où la lésion est limitée au cordon et remonte dans le canal inguinal : mais ces conditions sont nécessaires, car la souplesse de ce canal et l'induration de l'épididyme se continuant avec celle du cordon empêchent toute erreur. Avec un examen bien conduit, la confusion doit donc être exceptionnelle, et en fait j'ai toujours rectifié très facilement le diagnostic. Une seule fois le cordon était pris seul et de haut en bas par une tumeur cylindrique, douloureuse à la pression, avec fort peu de réaction péritonéale : dans le doute, j'ai opéré et j'ai trouvé une épiplocèle enflammée.

Dans la forme subaiguë et diffuse, lorsque testicule, épididyme, cordon, forment une masse dure, un peu douloureuse à la pression, où rien ne peut plus être distingué, il y a grande ressemblance avec le sarcome et l'on doit songer à ce dernier, tout exceptionnel qu'il soit. Jullien cite un cas où ce fut son premier diagnostic, auquel l'évolution de la lésion donna vite tort; et pour ma part, il m'est arrivé une fois de pratiquer la castration, après m'être trompé de la sorte. La faute est bien difficile à éviter quand il n'y a aucune bosselure arrondie, fluctuante, adhérente à la peau, quand le sujet ne porte aucune autre lésion tuberculeuse, cicatrisée ou en activité.

Ces considérations diagnostiques sont les seules auxquelles prête la forme d'orchite tuberculeuse que vous avez en ce moment sous les yeux : forme d'épididymite aiguë ou subaiguë identique à celle qu'on observe chez l'adulte. A côté d'elle, mais sans insister davantage, je vous signalerai la forme chronique d'emblée, avec des noyaux épididymaires de volume variable, trouvés quelquefois par hasard, qui ne prêtent guère à l'erreur. Ces formes, semblables à celles de l'adulte, ne sont pas aussi exceptionnelles qu'on a bien voulu le dire, puisque j'en compte 14 observations sur mes 19 fiches.

Avec l'inflammation épididymaire, il est fréquent que, à une période variable de la maladie, un peu d'hydrocèle se forme dans la vaginale irritée; mais d'habitude, c'est un phénomène passager, auquel ne tardent pas à mettre fin des adhérences. Il est exceptionnel de rencontrer, comme cela m'est arrivé il y a quelques années, sur un garçon de quatorze ans, admis le 6 mars 1894 à l'hôpital Trousseau, une hydrocèle grosse comme une poire, transparente, lentement accrue et rapportée à sa cause parce qu'en arrière on sent l'épididyme gros et bosselé. Chez le malade auquel je fais allusion, le liquide était assez peu tendu pour que j'aie pu, à travers lui, palper l'épididyme; dans le cas contraire, il vous serait facile, par une ponction préalable, de rendre la glande accessible à vos doigts.

Je suis loin de vous dire que dans cette forme, chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte, le testicule lui-même, dans sa partie glandulaire, soit complètement intact : de nos constatations cliniques, nous ne sommes pas en droit de conclure à une intégrité anatomique réelle. Mais il nous est permis d'affirmer que nous pouvons établir notre diagnostic sur cette donnée que, sous un épididyme malade, nous trouvons un testicule en apparence sain. Or, si cela est chez l'adulte une règle à peu près sans exception, il n'en est pas de même chez l'enfant : dans le jeune âge, et d'autant plus, peut-être, que le sujet est plus jeune, il est relativement assez fréquent que les lésions testiculaires prennent le pas, ce qui change notablement l'aspect clinique.

C'est dans ces cas que l'on attribue volontiers soit à un néoplasme, soit à la syphilis, ce testicule dur, indolent, un peu bosselé, mais à surface lisse, surmonté par un épididyme souple et sain. Ainsi, le 3 mai 1893, j'ai pratiqué la castration à un garçon de cinq ans et demi dont le testicule, gros comme une noix, de consistance cartilagineuse, m'avait d'abord fait l'impression d'être syphilitique : le traitement n'eut aucune action et je me ralliai à l'idée d'un néoplasme. Ce n'était sûrement pas un sarcome, car la tumeur restait stationnaire depuis deux ans qu'elle était connue, mais je me demandai si ce n'était pas un tératome polykystique, comme on en rencontre quelques rares exemples. Or le testicule enlevé était blanc, dur, fibreux, avec des points caséeux sur la coupe, et deux cobayes inoculés devinrent tuberculeux.

Ce cas est le seul de ma série où l'épididyme ait été réellement intact. Dans les autres, il était pris en même temps que le testicule, la démarcation entre les deux régions n'étant pas toujours facile à marquer cliniquement; aussi est-il fréquent, si la lésion vient à suppurer, que la fistulisation se fasse en avant et non en arrière de la partie inférieure du scrotum. Or vous savez que de ce siège des fistules en arrière ou en avant, vous tirez à première vue — toutes réserves faites sur la rare inversion — un argument important pour attribuer les lésions à l'épididyme ou à la glande, pour diriger votre diagnostic, sauf vérification, vers la tuberculose ou vers la syphilis. Aussi la confusion entre ces deux lésions paraît-elle devoir être plus facile chez l'enfant que chez l'adulte. Je vous dirai seulement que je n'ai jamais vu, chez l'enfant, de gommes testiculaires suppurées; que dans le second âge, la syphilis génitale d'une forme quelconque me paraît tout à fait exceptionnelle; que chez le nourrisson, enfin, les testicules de la syphilis héréditaire ne sont pas rares, mais ne ressemblent pas à ceux de la tuberculose. Ils se voient presque toujours des deux côtés à la fois, chez l'enfant en général tout jeune, âgé de quelques semaines; ils sont plus durs, plus indolents, entourés d'hydrocèle, sont moins inflammatoires, avec moins de rougeur scrotale et moins de tendance à la suppuration, s'accompagnant enfin souvent des stigmates divers de la syphilis héréditaire précoce.

III

Le pronostic, chez notre malade, me paraît relativement bénin, à la fois au point de vue local et au point de vue général. En quatre jours, le repos a suffi pour calmer la poussée : la rougeur, la tuméfaction, la douleur à la pression ont diminué; les contours de l'épididyme deviennent plus nets, la tête n'empiète plus sur le bord antérieur du testicule et on sent à la palpation l'anse dégagée de la queue. D'autre part, je vous rappelle que la santé générale est bonne, que les antécédents de tuberculose personnelle ou héréditaire sont nuls. C'est pour juger du pronostic surtout que vous avez besoin de serrer de près cette anamnèse, d'examiner le patient sur toutes les coutures. Une tuberculose locale, quelle qu'elle soit, est toujours un mauvais son de cloche; pour la tuberculose testiculaire de l'adulte, vous devez toujours vous méfier, même quand au toucher rectal vous ne sentez rien, des lésions profondes prostatiques et vésicales, inaccessibles à vos moyens d'action ordinaires, qui assombrissent notablement le pronostic. Chez l'enfant, ce deuxième facteur de gravité fait défaut la plupart du temps, c'est sur le premier seulement que vous devez vous fonder.

Sur ce point, il y a désaccord entre Hutinel et Deschamps d'une part, Jullien d'autre part. Les premiers, en effet, sur leurs 9 enfants, en ont vu 6 succomber rapidement, tandis qu'un autre quittait le service mourant et qu'un huitième était gravement compromis. De ses 17 malades, au contraire, Jullien en a suivi 9 pendant trois ans : tous les 9 ont été revus guéris ou en voie de guérison. D'où vient une semblable contradiction entre les auteurs également distingués et consciencieux? De ce qu'ils n'ont pas observé dans les mêmes conditions. Une tuberculose limitée au testicule ou prépondérante à ce niveau est soignée par le seul chirurgien; tandis qu'on voit dans un service de médecine des malades gravement atteints des viscères avant ou après l'invasion du testicule. C'est pour cela, je crois, que les malades vus en médecine par Hutinel et Deschamps sont morts rapidement; que ceux de Jullien, au contraire, ont bien guéri; que, de mon côté, je confirme l'opinion de Jullien. Car deux seulement des malades que j'ai hospitalisés avaient une tuberculose coexistante : mal de Pott chez l'un, adénopathie cervicale chez l'autre.

Hutinel et Deschamps admettent que la lésion testiculaire est assez souvent, par elle-même, une cause de généralisation tuberculeuse aux ganglions du mésentère et du médiastin. Pas plus que Jullien, je n'ai rien vu de semblable, et je crois, au contraire, que l'atteinte testiculaire est, chez l'enfant, une des moins mauvaises localisations tuberculeuses.

Il y a toutefois une cause de gravité un peu spéciale. Trois fois, en opérant des hernies, j'ai vu un foyer caséeux de l'épididyme ou du cordon ayant fait irruption dans le canal péritonéo-vaginal (1); là était bien le maximum des lésions,

(1) Voyez sur ce point le mémoire de mon élève R. Petit : La tuberculose péritonéo-vaginale chez l'enfant, *Revue de la tuberculose*, Paris 1891, p. 219.

d'autant plus discrètes qu'elles étaient plus rapprochées du collet. Et chez un des deux garçons atteints de tuberculose du testicule en ectopie, il y eut sous mes yeux, au début des accidents aigus, une poussée péritonéale qui pensa faire prendre la tumeur inguinale pour une hernie étranglée. A cela se bornent mes constatations sur les relations de la tuberculose du testicule avec celle du péritoine; je n'ai pas, d'après mes observations, confirmé l'opinion de Mollière et Augagneur, d'après laquelle la tuberculose péritonéale ou intestinale préalable serait presque constante, ou tout au moins très fréquente, accordent Hutinel et Deschamps.

J'arrive maintenant au pronostic local : quel est l'avenir du testicule? Bien entendu, malgré la rétrocession rapide de l'engorgement, je ne réponds absolument de rien; on peut observer la résorption complète, mais tôt ou tard, même quelquefois très tard, la suppuration est possible, avec fistules consécutives aux abcès froids. Mon pronostic local est donc tout à fait ce qu'il serait chez l'adulte : il serait même plutôt un peu plus favorable, car si les abcès de cette forme chronique sont peut-être plus fréquents et plus précoces, ils m'ont paru avoir plus de tendance, quand ils sont bien soignés, à la cicatrisation rapide et complète. Je n'ai observé que chez le nourrisson la forme aiguë, à suppuration rapide, à envahissement diffus; encore m'a-t-elle semblé céder plus facilement qu'on ne l'a dit à un traitement bien dirigé. Comme le disent fort justement Hutinel et Deschamps, il m'a toujours paru que les fistules sont moins nombreuses et moins bourgeonnantes que chez l'adulte; je n'ai jamais vu ces scrotums ulcérés, en écumoire, ces hernies testiculaires en fongus, ces clapiers sous-cutanés dont l'adulte est quelquefois porteur. Nous savons que chez le nourrisson, les tuberculoses locales suppurent d'ordinaire plus vite qu'à un âge plus avancé, mais aussi elles paraissent avoir moins tendance à rester fistuleuses.

Parfois, après suppuration, le scrotum se vide complètement et au bout de quelques années, on trouve des enfants qu'on croirait monorchides ou cryptorchides, si l'on n'avait le commémoratif d'une suppuration prolongée, si on ne voyait sur la peau ridée une cicatrice punctiforme, sous laquelle on sent profondément, à la palpation minutieuse, un petit noyau induré. Tout comme Jullien, j'ai constaté chez quelques-uns de mes malades cet état qui paraît ne pas exister chez l'adulte : différence qui tient sans doute à la fois à la prédominance plus fréquente des lésions sur le testicule et à l'atrophie plus facile de la glande, rudimentaire avant la puberté, si le canal épididymaire s'oblitère. Deux fois même Jullien a vu des enfants chez lesquels s'est produite, sans fonte purulente, cette atrophie spontanée, comparable à celle de la syphilis testiculaire de l'adulte, et complète au point de simuler, n'était le commémoratif, une cryptorchidie congénitale : cette lésion si spéciale ne s'est jamais présentée à mon observation.

IV

Le traitement local — je mets à part le traitement général, qui est celui de toutes les tuberculoses chirurgicales — de la tuberculose testiculaire infantile a été diversement envisagé : les uns n'agissent pour ainsi dire jamais; les autres semblent volontiers partisans de la castration précoce. Je crois sage de rester à égale distance de ces deux extrêmes, et d'agir localement avec une énergie proportionnée à celle des lésions, mais en considérant la castration comme une ressource suprême, à laquelle on n'a presque jamais besoin de recourir.

Pourquoi a-t-on parlé ici de castration? Pour deux motifs : à cause de la tendance habituelle du processus à l'envahissement rapide de proche en proche; à cause de l'intégrité ordinaire des vésicules et de la prostate. Car la discussion théorique sur l'origine de la tuberculose génitale de l'adulte dans l'épididyme ou dans la prostate, offre un intérêt pratique considérable : les adversaires de la castration précoce chez l'adulte ne se bornent pas à contester que cette mutilation, moralement d'autant plus pénible qu'elle devra souvent être bilatérale, soit une sauvegarde bien grande contre l'infection générale, le foyer testiculaire leur semblant peu à craindre à cet égard; ils pensent, surtout, qu'il y a presque toujours dans la prostate, des lésions qui menacent le bas-fond de la vessie et contre lesquelles nous sommes désarmés. Cette argumentation tombe donc à faux pour l'enfant, et il ne reste plus qu'à nous demander s'il faut souvent couper court, par la castration, à un processus aigu, qui gagne vite de proche en proche, le long du cordon. Or, quoi qu'on en ait dit, cette manière de voir me paraît erronée.

Une seule fois, chez un enfant de neuf mois, pour une tumeur grosse, prenant le cordon, et que je croyais un sarcome, j'ai trouvé, après castration, une infiltration tuberculeuse diffuse, caséeuse, sans abcès collecté, et je n'ai pas eu regret d'avoir sacrifié l'organe. Si, en pareil cas, je portais le diagnostic exact, il est probable que de parti pris je châtrerais, sans grand espoir toutefois d'arrêter le mal propagé le long du cordon; chez mon malade, j'ai obtenu la guérison par première intention, puis j'ai perdu le sujet de vue; mais Hutinel a constaté la récidive dans le moignon de cordon chez un enfant qu'il avait fait opérer par F. Terrier. La forme aiguë diffuse est rare, et il n'est pas démontré que la castration y soit efficace. Quant aux trois autres castrations que j'ai pratiquées, l'une fut le résultat d'une erreur de diagnostic dont je vous ai parlé tout à l'heure; une autre me sembla utile pour abréger la cure, mais je me garderais d'en affirmer la nécessité absolue. La troisième me parut prudente pour compléter la cure radicale d'une hernie avec tuberculose du sac. Encore n'en suis-je pas sûr, parce que dans deux cas semblables, avec lésions épididymaires un peu moins avancées il est vrai, mais cependant caséeuses, j'ai conservé le testicule et les enfants ont été revus guéris au bout de quatorze et de quinze mois.

Les indications de la castration sont donc exceptionnelles, et certes, je n'y songe pas aujourd'hui : je ne songe même pas à porter le bistouri ou le fer rouge dans cet épididyme, qui peut fort bien ne pas suppurer. Dans quelques jours, l'enfant quittera mon service muni d'un banal suspensoir, et c'est seulement si la lésion suppure que j'interviendrai. Dans un abcès un peu gros, je pousserais, après évacuation au trocart, quelques gouttes d'éther iodoformé; je pourrais aussi bien inciser la poche et la nettoyer à la curette. De là, parfois, des cicatrisations rapides, surtout si l'abcès a évolué vite, avec des phénomènes inflammatoires de quelque acuité : le 13 août 1893, par exemple, j'ai incisé, cautérisé au chlorure de zinc et tamponné à la gaze iodoformée un abcès aigu, qui fut cicatrisé en dix-huit jours.

Mais souvent il n'en sera pas ainsi; spontanée ou chirurgicale, l'ouverture reste fistuleuse. Alors le meilleur modi-

ficateur me paraît être le fer rouge, sous forme de pointes de feu profondes, au thermocautère.

Est-ce à dire que ces cicatrisations seront toutes définitives? Hélas non! Il reste toujours nn testicule volumineux, dans lequel, pendant très longtemps, restent à craindre des réminiscences du mal, tout comme pendant des années est à redouter la formation d'un abcès dans un épididyme qui, cependant, a d'abord été gros mais indolent, non enflammé. Il y a quelques jours, on m'a amené de nouveau, à l'hôpital Tenon, un garçon de quatre ans que j'avais guéri, par les pointes de feu, d'une fistule tuberculeuse du testicule gauche. Depuis le 27 octobre la plaie était complètement cicatrisée, lorsque, le 15 janvier, la fistule se rouvrit, à la suite de la varicelle et de la rougeole. La fistule est toute petite, elle suinte fort peu, et je suis persuadé qu'une séance de cautérisation suffira pour en venir à bout (1). Mais retenez, à ce propos, l'influence déplorable de la rougeole sur l'évolution de toutes les lésions tuberculeuses locales : en cela, il n'y a rien de spécial au testicule.

Au reste, ces rechutes sont banales dans l'histoire des tuberculoses chirurgicales; pour le testicule, elles sont aussi fréquentes chez l'adulte que chez l'enfant, et ce n'est pas là que nous devons chercher une différence due à l'âge du malade. Cette différence, elle est dans l'intégrité habituelle de la prostate, dans la prédominance moins rare des lésions sur le testicule, dans l'acuité plus grande de poussées inflammatoires plus fréquentes; mais de ce dernier fait on a eu tort de conclure à une gravité plus grande, locale et générale, d'où une castration plus souvent nécessaire. La suppuration se prolonge plutôt moins que chez l'adulte et notre traitement doit être résolument conservateur.

(1) C'est ce qui a eu lieu; aujourd'hui 10 mars, la fistule est fermée depuis quinze jours, le testicule est atrophié.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

[7 mars 1902 (*fin*)]

MM. Marie et Guillain, dans cette fin de séance, ont fait une communication sur un **cas de mélanodermie de cause incertaine** (maladie d'Addison ou maladie des vagabonds). Voici le résumé de l'observation :

Il s'agit d'un homme de soixante-seize ans, qui, depuis vingt années, a beaucoup souffert des privations, du manque d'argent, du manque de soins. Depuis dix ans, il a remarqué que son corps était anormalement pigmenté. Quand cet homme est entré à l'hôpital au mois de février dernier, il était resté quinze jours, seul, dans une chambre sans feu, ayant souffert du froid et de la faim, toussant et dans un état lamentable. L'examen du malade a fait constater une mélanodermie très accentuée, respectant la face, les mains, les jambes et les pieds. Des taches plus foncées et lisses, d'aspect ressemblant à des taches de lentigo, se voient sur le fond sombre de la mélanodermie; les taches sont surtout nombreuses à la partie antéro-interne des deux cuisses et sur la partie supérieure des bras. Aucune tache, aucune coloration anormale des muqueuses. Ce malade, fatigué et légèrement asthénique, n'a jamais eu de douleurs, jamais de vomissements. Il présente des signes de sclérose pulmonaire avec bronchectasie, les bacilles de Koch font défaut dans les crachats; jamais il n'a eu d'hémoptysies. L'appareil circulatoire est normal, la pression artérielle oscille entre 16 et 17 centimètres de mercure. On constate une anémie peu intense, avec leucocytose très légère. Les réflexes cutanés et tendineux sont abolis ou très faibles.

Le diagnostic pouvait seulement hésiter entre la maladie d'Addison ou la maladie des vagabonds. Il était impossible même de songer aux autres causes de mélanodermie : arsenicisme, argyrie, cirrhose hypertrophique pigmentaire, acanthosis nigricans.

C'est, en résumé, au diagnostic de maladie d'Addison qu'il convient de s'arrêter de préférence; de maladie d'Addison, fruste par son apparence symptomatique, puisqu'il s'agit d'une forme mélanodermique tégumentaire sans pigmentation des muqueuses, sans troubles gastriques, sans douleurs, et fruste par son évolution, puisqu'il s'agit d'une forme prolongée et chronique.

Les auteurs, en terminant, attirent l'attention sur l'état des réflexes cutanés et tendineux observés sur le malade. Le réflexe rotulien était extrêmement faible à gauche, presque nul à droite; les réflexes tendineux des membres supérieurs étaient abolis; les réflexes cutanés abdominaux étaient à peine perceptibles; les réflexes pupillaires à la lumière étaient extrêmement faibles. Cette diminution et cette abolition des réflexes cutanés et tendineux ne sont pas signalés par les auteurs dans les descriptions de la maladie d'Addison. On ne saurait dire s'il s'agit d'un phénomène constant, mais sans vouloir discuter ici sa pathogénie, il était intéressant de signaler le fait.

M. Touche présente des coupes qui proviennent d'une **hémiplégie protubérantielle au cours du tabès**. Il faut retenir dans son observation les particularités suivantes : 1° Apparition un an après le chancre labial d'une hémiplégie gauche due à une artérite du tronc basilaire. L'hémiplégie disparaît presque complètement sous l'influence du traitement, il persiste de l'asymétrie de la protubérance; 2° Production du tabès dix-sept ans après l'hémiplégie spécifique gauche; 3° Mort par hémiplégie droite, due à l'oblitération du même tronc basilaire, déjà atteint plus de trente ans auparavant. On peut admettre que des suppléances vasculaires, créées au moment de la première hémiplégie, ont protégé le faisceau pyramidal droit contre le ramollissement. Il n'en a pas été de même du faisceau pyramidal gauche qui, se nourrissant par la partie restée perméable du tronc basilaire, a été frappé de ramollissement donnant lieu à une hémiplégie flasque, sans exagération des réflexes, avec participation du facial inférieur et de la langue. L'absence d'hémianesthésie s'explique par l'intégrité du ruban de Reil. La paralysie oculaire lævogyre, suivie le lendemain de déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la droite, s'explique par la participation tardive au ramollissement des fibres transversales (probablement antérieures) de la protubérance. Quant aux troubles du goût et à la paralysie linguale du début, peut-être pourrait-on les attribuer à une compression directe des racines correspondantes par les vaisseaux dilatés.

(14 mars 1902)

Dès le début nous assistons a une spirituelle joute oratoire entre MM. Gaucher et Jacquet, toujours sur la question de la **contagiosité ou de la non-contagiosité de la pelade**. Nous n'en dirons que quelques mots, car le débat n'est pas épuisé, il commence et nous serons obligés d'y revenir plus d'une fois. M. Gaucher croit que la pelade est rarissimement

contagieuse, mais qu'elle l'est; peut-être ne se développe-t-elle que sur des gens surmenés, fatigués, en état de déséquilibre nerveux; mais il est des cas où la contagion est indéniable. C'est ce que soutiennent tour à tour, MM. Vaillard et Joffroy.

M. Jacquet s'inscrit en faux contre toutes ces preuves et s'offre en victime héroïque à toutes les inoculations qu'on voudra. Personne ne veut tenter cette expérience. Attendons la fin de cette querelle pour juger avec impartialité.

Ajoutons que M. Déhu a rapporté dans la même séance un cas de pelade d'origine dentaire chez une hystérique tuberculeuse. Il semble s'agir là d'un cas de sommation peladogène dont M. Jacquet a cité quelques exemples.

Voyons rapidement les autres travaux de cette séance encore assez chargée :

C'est d'abord un malade présenté par MM. Brissaud et Brécy, malade ayant eu des **signes non douteux de méningite aiguë** que le traitement anti-syphilitique a fait disparaître.

Vient ensuite une série d'observations cliniques, dues à M. Simonin, du Val-de-Grâce, démontrant que le bacille fusiforme et le spirille sont capables d'intervenir dans un certain nombre de maladies infectieuses, reliées par le caractère commun, qu'elles altèrent les épithéliums protecteurs, parasites saprophytes des premières voies, bouche et conduits tubulés voisins (voies respiratoires et digestives). Ces germes manifestent leur virulence en créant des lésions pseudo-membraneuses et ulcéreuses qui leur sont propres; c'est ainsi qu'on les voit proliférer au cours ou pendant la convalescence des angines banales, dites idiopathiques. Certaines nécroses pharyngées du début de la scarlatine, les ulcérations de l'isthme, secondaires à cette maladie, peuvent relever de ces mêmes bactéries, associées à un streptocoque de virulence variable. Dans la diphtérie, le fuso-bacille et le spirille, s'ils sont prédominants dans les frottis de la pseudo-membrane, masquent parfois, au début, le bacille de Löffler virulent, que révèleront la culture sur sérum et l'inoculation ultérieure au cobaye : c'est là une source possible d'erreurs de diagnostic et de retards fort préjudiciables pour l'institution du traitement séro-thérapique. Dans le scorbut, les études de Babès, faites en 1895, ont montré qu'il existe, au niveau des gencives ulcérées, des germes dont la description rappelle, traits pour traits, le bacille fusiforme et le spirille; il s'agit vraisemblablement d'un fait de parisitisme secondaire, d'infection locale surajoutée. Donc, il est avéré que la symbiose fuso-spirillaire, capable de provoquer d'emblée l'angine chancriforme de Vincent ou certaines formes de stomatite ulcéro-membraneuse, peut affirmer aussi sa virulence, au cours d'infections variées plus ou moins vigoureusement spécifiques, tantôt comme agent d'association, tantôt comme agent d'infection secondaire; elle ouvre alors elle-même la porte à des septicémies dont la plus importante n'est autre que la streptococcie.

M. Béclère présente, au nom de M. Salle, un travail contenant les **résultats, au point de vue clinique et radioscopique, de l'examen des poumons et du cœur de 286 recrues d'un bataillon de chasseurs casernés à Vincennes.** Cet examen d'hommes considérés comme propre au service, et d'ailleurs bien portants, fournit 69 soldats, soit 24,8 p. 100 du contingent, présentant un signe anormal quelconque soit à l'auscultation, soit à la radioscopie. Chez 50 de ces 69 sujets, les poumons étaient en jeu; pour les 19 autres, le cœur était le coupable.

M. Galliard lit une observation intitulée : **Arthrite à pneumocoques précédant la pneumonie chez un cardiaque.**

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE
DU 13 MARS 1902

Dans la dernière séance de la Société de neurologie, M. Ballet avait présenté deux malades atteints de **tabès et de vitiligo**, de telle sorte qu'on pouvait se demander si cette éruption n'était pas un trouble cutané d'origine tabétique. Aujourd'hui M. Souques amène un malade syphilitique, car ce malade était porteur d'ulcérations cutanées qu'ont fait rapidement disparaître des injections mercurielles. Or cet homme est atteint et de vitiligo et de signe d'Argyll-Robertson, d'ailleurs sans autre signe de tabès. M. Souques rappelle que les travaux de MM. Babinski, Cestan et Dupuy-Dutemps ont montré que le signe d'Argyll est très souvent un signe de syphilis nerveuse; son malade en est une nouvelle démonstration sans qu'il soit possible de le juger candidat au tabès ou à la paralysie générale. Il est donc vraisemblable que le vitiligo n'est pas un trouble cutané tabétique, mais qu'à l'occasion de la syphilis se sont développés et le vitiligo et le signe d'Argyll-Robertson. Cependant MM. Marie et Guillain rapportent qu'ils ont pu étudier dans leur service de Bicêtre six cas de vitiligo, or ils n'ont trouvé que deux fois l'affaiblissement des réflexes rotuliens, sans constater d'ailleurs un autre signe de la série tabétique; au surplus ces six malades ont nié l'infection syphilitique; la question des rapports du vitiligo et du tabès reste donc aussi obscure qu'auparavant.

L'étiologie **syphilitique du tabès et de la paralysie générale** est de nouveau le sujet d'une longue discussion à l'occasion d'une communication de M. le professeur Joffroy sur la **pupille des paralytiques généraux.** M. Joffroy a pu constater que l'inégalité pupillaire et les déformations de la pupille ont précédé, chez ces malades, l'apparition du signe d'Argyll-Robertson. En outre il a pu retrouver ce signe pupillaire chez d'autres vésaniques, mais ces derniers malades étaient des syphilitiques. Dans des cas semblables, MM. Babinski et Cestan ont trouvé une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien; il n'en était pas ainsi chez les malades de M. Joffroy et chez un autre malade dont M. Dufour rapporte l'histoire clinique. Ces malades syphilitiques et ayant le signe d'Argyll sont-ils déjà des paralytiques généraux ou des tabétiques? Or MM. Raymond, Brissaud, Babinski, Dupré sont convaincus de l'origine syphilitique du tabès et de la paralysie générale. Comme le dit fort bien M. Brissaud, les neurologistes sont à ce point de vue plus légitimistes que le roi, car tandis que les syphiligraphes admettent une proportion de 80 p. 100, pour M. Brissaud la proportion est de 100 p. 100. Certes il est souvent impossible de faire avouer la syphilis aux malades, mais M. Fournier a bien montré que, dans un accident d'origine syphilitique indiscutable, la gomme du voile du palais, on n'obtient un aveu de la syphilis que dans 80 p. 100 des cas, comme dans le tabès. D'autre part, on ne connaît pas encore un cas probant de tabétique ou de paralytique général ayant présenté un chancre syphilitique indiscutable pendant l'évolution de sa maladie nerveuse; au sur-

plus M. Souques fait remarquer que cette preuve n'est pas absolue et on pourrait toujours supposer une réinfection syphilitique si l'on observait un chancre infectant au cours d'un tabès ou d'une paralysie générale. Les statistiques actuelles conservent donc toute leur valeur, cependant M. le professeur Joffroy n'est pas encore convaincu de l'origine syphilitique du tabès et la paralysie générale.

M. Bischowerder a appliqué la méthode **osmio-chromique de Marchi à l'étude de trente cas de tabès** dans le laboratoire de M. Marie. Or, il n'a trouvé de vrais corps granuleux que dans quatre cas; ces corps granuleux sont répandus d'ailleurs sans systématisation dans les cordons postérieurs. Il est intéressant de signaler que ces corps granuleux ont été constatés chez des malades présentant un tabès en quelque sorte jeune, en évolution active, l'un d'eux étant mort par septicémie quatre ans après le début du tabès, et les trois autres par suicide sept ans après le premier accident tabétique.

M. Veraguth a étudie **la sensibilité de six malades syringomyéliques** de M. Marie à l'hospice de Bicêtre. Dans quelques cas la disposition radiculaire des troubles de la sensibilité est évidente; chez d'autres malades, la disposition paraît segmentaire au premier examen, mais un examen approfondi avec un esthésiomètre de sensibilité parfaite permet de retrouver une distribution radiculaire; le travail de cet auteur vient donc confirmer les recherches de MM. Huet, Guillain et Cestan.

On connaît l'existence d'hémiparésie transitoire consécutive à des accès d'épilepsie bravais-jacksonienne; mais, M. Heveroch a observé trois cas de **paraplégie avec abolition des réflexes tendineux, intégrité des sphincters et de la sensibilité consécutifs à des accès d'épilepsie**. Dans un cas, la paraplégie persista huit semaines et se termina par une guérison complète; dans les autres cas, les malades ont succombé à des maladies intercurrentes. Or, l'examen approfondi des nerfs périphériques et de la moelle lombaire n'a point révélé de lésions capables d'expliquer cette paraplégie; peut-être faut-il voir là un phénomène du même ordre que les paralysies *sine materia* de la chorée et du tabès.

M. Guillain a observé chez un vieillard l'apparition d'une hémiplégie qui n'a paru expliquée à l'autopsie que par **une lésion récente du splénium.**

MM. Dupré et Heizt apportent le cerveau d'une **diplégie cérébrale** avec agénésie presque complète de l'hémisphère droit et du corps calleux. Il s'agit d'un fille de vingt-deux ans, dont l'histoire clinique avait présenté, comme principaux faits saillants : un accouchement laborieux avec circulaires du cordon; à un an, un épisode fébrile avec convulsions et suivi d'hémiplégie gauche; à sept ans, un nouvel épisode fébrile suivi d'hémiplégie droite, d'aphasie et de régression démentielle profonde. Mort en état de mal épileptique.

A l'autopsie, l'hémisphère droit est presque entièrement absent, représenté par une mince languette épaisse selon les points d'un à quatre centimètres, contournée en fer à cheval ouvert en avant, et circonscrivant une grande cavité au fond de laquelle fait saillie une masse arrondie représentant les noyaux optostriés. C'est le ventricule latéral, qui communique par un très large orifice avec l'espace sous-arachnoïdien, le tout contenant environ 250 grammes de liquide citrin. Le corps calleux est extrêmement aminci. Cette lésion, agénésique et non destructive, est probablement congénitale. Elle a causé, au moins partiellement, l'hémiplégie gauche, peut-être aggravée par les accidents ultérieurs. Quant à l'hémisphère gauche, il est en apparence normal, mais une lésion cicatricielle ancienne, qui se voit à la partie postérieure du pédoncule cérébral gauche, a suffi, vu l'impossibilité des suppléances, à déterminer, avec l'hémiplégie droite, de graves lésions d'ordre aphasique et intellectuel.

M. L. Lortat-Jacob présente deux petites filles du service du Dr Jeanselme. Ces enfants, âgées l'une de dix mois, l'autre de cinq ans, offrent depuis leur naissance **un œdème chronique des pieds et de la pachydermie des jambes jusqu'à hauteur des genoux.**

Les pieds sont gonflés, soufflés et séparés de la base des orteils par un sillon profond. Teinte bleue violacée des parties œdématiées. Cet œdème est stationnaire.

Les viscères sont normaux. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. La sensibilité est normale, pas de paralysie, aucun signe de rachitisme, aucun stigmate de syphilis.

Cet œdème congénital chronique est en outre familial, car on retrouve la même dystrophie chez l'aïeule maternelle, sa sœur, son frère, et une cousine germaine de la mère des enfants présentés.

Ainsi se vérifie, une fois encore, la prédominance du trophœdème chronique héréditaire et l'hérédité dans la ligne maternelle, chez les sujets du sexe féminin.

De plus, M. L. Lortat-Jacob attire l'attention sur l'aspect œdémateux des téguments au niveau des pieds et la consistance différente de ceux-ci aux jambes. En ce point la peau est pachydermique, rigide et semble perdre son élasticité trop large pour revêtir les tissus sous-jacents.

MM. Marato et A. Charpentier communiquent le résultat de leurs recherches sur le **choix d'une région où les injections de calomel sont indolores** et ne donnent généralement lieu à aucune réaction inflammatoire.

Après avoir systématiquement pratiqué les injections dans les différents endroits du corps, les auteurs ont trouvé une « région analgésique » et tolérante.

Marato et A. Charpentier l'ont délimitée de la manière suivante : en haut, par un plan horizontal passant par l'articulation sacro-coccygienne; en bas, par un autre plan horizontal passant par le milieu de l'anus; à gauche et à droite par un plan vertical distant de 4 centimètres environ du sillon interfessier.

L'injection se fait tous les huit jours à l'aide de l'aiguille ordinaire de la seringue Pravaz, petite aiguille mesurant 2 cent. 1/2 ou 3 centimètres, enfoncée complètement et obliquement de dedans en dehors et d'arrière en avant; la pointe de l'aiguille vise le grand trochanter.

L'un des auteurs a pratiqué plus d'une soixantaine d'injections dans le service de Babinski, et l'autre plus de cent dans sa clientèle; ils n'ont jamais constaté de douleur chez les malades et ils ont pu, en injectant le calomel dans la « zone analgésique », continuer le traitement à des malades que la douleur intolérable provoquée par l'injection classique forçait d'y renoncer.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine [2e édition] (1), publié sous la direction de MM. Bouchard et Brissaud; t. V, par MM. Chauffard, Brault, Roger.

Le cinquième volume de la deuxième édition du *Traité de médecine* qui vient de paraître à la librairie Masson, renferme l'étude des maladies du foie, du rein et des organes hémato-poiétiques.

M. Chauffard a remis au point l'étude magistrale du foie qu'il avait donnée il y a quelques années dans la première édition de cet ouvrage. Certains chapitres ont été assez profondément remaniés comme le nécessitaient d'importantes contributions apportées par les travaux récents. Il en est ainsi des chapitres de physiologie pathologique générale du foie. On y trouvera les procédés plus délicats qu'on a mis récemment en œuvre pour la recherche des pigments biliaires, les notions sur la perméabilité rénale chez les hépatiques, enfin celles relatives aux pigments biliaires des sérums sanguins, qui ont amené à la notion des ictères acholuriques. Dans le chapitre des cirrhoses pigmentaires, M. Chauffard a ajouté une étude générale sur les sidéroses hépatiques; et dans les cirrhoses veineuses il a fait entrer les hépatites d'origine splénique.

C'est à M. Brault qu'a incombé la tâche de remettre au point l'étude des affections du rein. Il l'a fait avec sa compétence spéciale. Des chapitres entièrement nouveaux ont été écrits sur les moyens d'exploration fonctionnelle du rein, la cryoscopie, la perméabilité rénale. Les différentes albumines urinaires et entre autres les albumoses sont l'objet d'une étude intéressante. La maladie d'Addison termine cette partie du traité.

D'importants travaux sur les glandes vasculaires sanguines imposaient à un traité complet la nécessité de comporter un chapitre consacré à elles. Nul n'y était mieux préparé que M. Roger, dont on sait la somme des recherches personnelles à ce sujet. Aussi lira-t-on avec intérêt les chapitres entièrement nouveaux qui traitent des affections de la moelle osseuse, de la rate, des ganglions, du thymus et du corps thyroïde.

En somme, ce nouveau volume sera lu avec profit des étudiants et des médecins qui y verront l'état actuel de nos connaissances dans la partie de la médecine que les recherches contemporaines ont le plus profondément modifiée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Association médicale mutuelle, fondée par le docteur Lagoguey, a tenu son assemblée générale annuelle, dimanche, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Descoust.

Très sagement administrée, cette association suit une marche progressive. Le nombre des sociétaires est, actuellement, de 529. Il y a eu, dans le cours de l'année 1901, 56 candidats nouveaux, chiffre notablement plus élevé que dans les années précédentes. La moyenne d'âge des adhérents nouveaux est de trente-deux ans et quatre mois. La moyenne d'âge collective est de quarante-deux ans et trois mois.

45 confrères ont touché, cette année, l'indemnité maladie, s'élevant à 35 640 francs. La moyenne des journées de maladie par tête de sociétaire a été, en 1901, de 7,07 p. 100.

L'avoir actuel de l'association est de 375 000 francs.

Les membres du bureau ont tous été réélus. Il est donc ainsi composé : président, M. Descoust; vice-présidents, MM. Letulle et Vigney; secrétaire général, M. Thoumas; secrétaires, MM. Nogué et Nigay; trésoriers, MM. Sissiam et Hennocque.

De chaleureuses félicitations ont été adressées à tout le bureau pour la bonne besogne qu'il a faite jusqu'ici et qu'il continuera à faire.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour deux places de chirurgien.* — Le jury est définitivement composé de MM. Walther, Peyrot, Reclus, Reynier, Lannelongue, Potherat et Morel-Lavallée.

Concours de l'Internat. — Epreuve orale. — Séance du 13 mars 1902. — Question : « Muscles péroniers latéraux. — Causes et symptômes du mal perforant plantaire. » — MM. Faure-Beaulieu, 16 + 20 = 36; Ferry, 14 + 18 = 32; Masson, 14 + 18 = 32; Rousseau, 12 + 20 = 32; Blondin, 10 + 20 = 30; Georget, 11 + 18 = 29; Walter, 8 + 15 = 23; Debidour, 6 + 15 = 21.

Séance du 15 mars 1902. — Question : « Artère linguale. — Symptômes et diagnostic de la varicelle. » — MM. Calvé, 15 + 22 = 37; Lœderich, 15 + 19 = 34; Auburtin, 11 + 21 = 32; Hubert, 10 + 20 = 30; Pelletier, 11 + 18 = 29; Le Meur, 10 + 17 = 27.

École de médecine. — *Clermont.* — M. Dieulafé, ex-prosecteur à la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé, après concours, professeur suppléant d'anatomie, chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire, des fonctions de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Joseph Boudon (de Montech) est nommé officier d'Académie.

La médaille militaire a été décernée à M. Chaumat, médecin auxiliaire au 5e génie.

Une médaille de bronze a été accordée à M. Noble, médecin auxiliaire au 152e d'infanterie, et une lettre de félicitation à M. le docteur Pierron (de Pont-à-Mousson), pour actes de dévouement.

— M. Matignon, qui était médecin de l'ambassade de France à Pékin au moment de l'attaque des légations par les Boxers, vient de recevoir de S. M. l'empereur d'Allemagne la décoration militaire de l'Aigle rouge de Prusse, aves épée, en reconnaissance des soins donnés aux matelots allemands blessés pendant la défense de la légation d'Allemagne.

Guerre. — Voici le tableau de concours pour la Légion d'honneur :

Pour le grade d'officier de la Légion d'honneur. — MM. les médecins principaux de première classe Linon, Davignon.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Quivogne, Pouchet.

M. le médecin-major de première classe Gremion-Menuau.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Gils, Mercier.

M. le médecin principal de première classe Poignon.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Bourdon, Julié.

MM. les médecins principaux de première classe Duchêne, Moine.

MM. les médecins-majors de première classe Kaufmann, Ferrandi, Salvetat, Le Rouvillois.

M. le médecin principal de première classe Chavasse.

MM. les médecins-majors de première classe Juloux, Fournier, Ucciani.

Pour le grade de chevalier de la Légion d'honneur. — MM. les médecins-majors de première classe Bernhard, Pelletier, Spire, Dommartin, Weiss, Morin, Levy, Castel, Pélix, Kocher.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Privat, Barbot.

MM. les médecins-majors de première classe Bernardy, Talayrach, Tisserant, Dupeyron, Chameroy, Odile, d'Audibert Caille du Bourguet, Treillet, Malgat, Pesme.

M. le médecin-major de deuxième classe Renaud.

MM. les médecins-majors de première classe Lanel, Bénac, Mary, Desprez.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Pruvost, Duco, Estor.

(1) Gr. in-8°. Prix : 18 francs. — Paris, Masson et Cie.

MM. les médecins-majors de première classe Faveret, Maguin, Watier, Adriet.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Foubert, Lairac, Puig.

M. le médecin-major de première classe Dupard.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bich, Gauvin, Artigues, Lajoue.

MM. les médecins-majors de première classe Bernard, Ferraton.

M. le médecin-major de deuxième classe Huguet.

Au titre des oasis sahariennes (Services exceptionnels). — MM. les médecins-majors de deuxième classe Mathieu, Bouquet de la Jolinière.

Au titre des expéditions lointaines. — M. le médecin-major de deuxième classe Lespinasse.

Corps de santé des troupes coloniales. — M. Primet, médecin principal de première classe, a été désigné pour occuper les fonctions de directeur du service de santé en Afrique occidentale française.

M. Lonjarret, médecin aide-major de première classe, a été mis à la disposition de M. le ministre des colonies pour servir hors cadre au Dahomey.

M. Ducasse, médecin aide-major de première classe stagiaire, a été placé hors cadres et mis à la disposition de M. le ministre des colonies pour servir en Cochinchine.

M. Dupin-Dulau, médecin aide-major de première classe stagiaire, a été désigné pour servir aux batteries d'artillerie stationnées à Madagascar.

M. Peltier, médecin aide-major de première classe, a été désigné pour servir au 2e tirailleurs sénégalais à Madagascar.

M. Le Pape, médecin aide-major de première classe stagiaire, a été désigné pour servir au 1er tirailleurs malgaches à Madagascar.

M. Monfort, médecin aide-major de première classe stagiaire, a été est mis à la disposition de M. le général commandant en chef le corps d'occupation de Madagascar.

M. Gaillard, médecin aide-major de première classe, a été affecté au service général dans le Haut-Sénégal et le Moyen-Niger.

M. Devy, médecin aide-major de première classe, a été mis à la disposition de M. le général commandant en chef le corps d'occupation de Madagascar, pour être affecté au service général.

Instruction et programme de l'enseignement à Bordeaux pour le diplôme de médecin colonial. — A l'Université de Bordeaux la première série d'études pour l'obtention du diplôme de médecin colonial, commencée en novembre 1901, a fini en février 1902. Le diplôme a été décerné aux dix-sept médecins dont les noms suivent :

MM. les docteurs Bourret, médecin des colonies; Breffeil, médecin sanitaire; Brunet, médecin de la marine; Cloître, Comméléran, Duran, Durand, Fauquet, Kerneïs, médecins des colonies; Lalung-Bonnaire, médecin sanitaire; Micheleau, médecin résident à l'hôpital Saint-André, médecin sanitaire; Monfort, médecin des colonies; Ozoux, ancien chef de clinique à la Faculté de Bordeaux, médecin sanitaire; Servel, chargé d'une mission en Chine en 1900-1901, médecin sanitaire; Trautmann, Vaillant, médecins des colonies; Verdelet, chirurgien adjoint des hôpitaux.

Une deuxième période d'examen commencera dans le courant du mois de novembre 1902. Pour faciliter le recrutement des élèves, la Faculté de médecine de Bordeaux a eu l'heureuse idée de réunir en une brochure tous les renseignements relatifs au diplôme, aux frais et programmes des études et à l'enseignement. On peut ainsi suivre jour par jour le travail qui a été fait pendant la première série et se rendre compte combien les matières étudiées étaient intéressantes. C'est une réclame de bon aloi, et qui n'est pas à la disposition de tous les enseignements.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la dixième semaine, 1 147 décès au lieu de 1 322, 1 313 et 1 121 pendant les trois dernières semaines et au lieu de la moyenne 1 100. La mortalité a donc beaucoup diminué et tend donc à se rapprocher de la normale. Un grand nombre de maladies différentes contribuent à cet heureux résultat dont la température très douce dont nous jouissons paraît être le facteur principal.

La fièvre typhoïde a causé 12 décès au lieu de 13 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 11. Le nombre des cas nouveaux, 50 au lieu de 57, est inférieur à la moyenne 55. La variole a causé 3 décès au lieu de 2 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 2. Le nombre des cas signalés à la Préfecture de police est de 39, au lieu de 19 et 28 pendant les deux précédentes semaines, chiffre supérieur à celui de la moyenne ordinaire des semaines de mars 23. A Londres l'épidémie de variole présente une nouvelle augmentation, le nombre des décès pendant la 9e semaine, 75, est le plus fort constaté depuis le début de l'épidémie.

La rougeole a causé 15 décès, au lieu de 20 pendant la dernière semaine et au lieu de la moyenne 21. La scarlatine, 2 décès au lieu de 7 pendant la 9e semaine (la moyenne est 8); la diphtérie, 22 décès, au lieu de 14, 22 et 21 pendant les trois semaines précédentes (la moyenne est 9). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins se maintient à 150 (la moyenne est de 80).

La diarrhée infantile a causé 34 décès de 0 à 1 an, au lieu de 40 et 34 pendant les deux dernières semaines (la moyenne est 28).

En outre, 24 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 240 décès au lieu de 260 pendant la semaine précédente et au lieu de 230, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 23 décès (au lieu de la moyenne 20); bronchite chronique, 23 (au lieu de la moyenne 33); pneumonie, 60 (chiffre identique à la moyenne); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 141 (au lieu de la moyenne 117), dont 51 sont dus à la congestion pulmonaire et 68 à la broncho-pneumonie. En outre, 18 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 236 décès; la méningite tuberculeuse, 24; la méningite simple, 29; les tuberculoses autres que celles qui précèdent 12; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 57; les maladies organiques du cœur, 61; le cancer a fait périr 52 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 11 décès; la cirrhose du foie, 12; la néphrite, 25; enfin, 55 vieillards sont morts de débilité sénile.

La lutte contre l'alcoolisme. — Une section de l'Union française antialcoolique a été fondée sous le nom de : Section du Quartier-Latin.

Envoyer les adhésions et le montant des cotisations (depuis 1 franc) au secrétaire général : M. P. Houlmann, 71, boulevard de Sébastopol, IIe arrondissement.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bourlet (de Mouvant), Simon (de Nouan-le-Fuzelier) et Vigouroux (de Montpellier).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 33. — JEUDI 20 MARS 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 20 MARS 1902. — N° 33

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

NÉVRALGIE DES VIIIe, IXe ET Xe RACINES DORSALES AVEC TIC ABDOMINAL

LÉSION MÉNINGÉE LOCALISÉE ; RÉSECTION RADICULAIRE

Par les docteurs Chipault et Le Für.

Le fait de névralgie des huitième, neuvième et dixième dorsales, avec tic abdominal, opéré par résection radiculaire, que nous allons étudier, est suivi par l'un de nous depuis quatre ans; par nous deux depuis le moment où a été prise la résolution d'y pratiquer la résection radiculaire.

M. X..., âgé de quarante-huit ans, à antécédents spécifiques incertains et mal soignés, souffrait lorsque nous le vîmes pour la première fois, il y a quatre ans, depuis de longues années, de violentes douleurs dans la partie latérale du thorax et autour de l'ombilic. Il avait été traité dans divers hôpitaux et notamment à la Salpêtrière, comme tabétique. Nous pensâmes à une lésion rénale, mais l'exploration du rein ne révéla rien, ni à nous, ni à M. Albarran, qui fit le diagnostic de névralgie de nature mal déterminée. M. Babinski, qui le vit aussi, pensa à des douleurs fulgurantes. Malgré les traitements employés, notamment malgré la suspension qui resta sans effet, le malade souffrait de plus en plus : les crises augmentaient graduellement de fréquence et d'intensité. Aussi s'adonna-t-il aux hypnotiques (chloral, sulfonal, bromidia, morphine) à un degré tel — il prit jusqu'à 80 centigrammes de morphine par jour — qu'il tomba dans un état général déplorable : la circulation se faisait de la façon la plus défectueuse, les extrémités étaient violacées, etc. Nous le trouvons à trois reprises dans un coma presque complet. Malgré tout, les crises douloureuses persistaient et le malade était hanté d'idées de suicide. Il réclamait tous les moyens de soulagement possible quels qu'ils fussent. Tout d'abord des injections épidurales furent pratiquées au nombre de cinq ou six avec la solution de cocaïne à 1 et 2 p. 100 (2 ou 4 centimètres cubes). Les deux ou trois premières amenèrent un soulagement de quelques heures ; les suivantes restèrent sans effet. Alors fut exécutée la résection des dixième et onzième nerfs intercostaux, avec élongation de leurs bouts centraux. Cette intervention, qui produisit à la région sus-ombilicale une zone d'anesthésie, fut suivie d'un répit de quelques jours, puis d'une rechute, avec entre temps une crise de sciatique.

C'est alors que nous vîmes le malade ensemble pour la première fois.

Les symptômes qu'il présentait sont les suivants :

1° Par intervalles variables, de quelques minutes à plusieurs heures, soit sous l'influence des moindres contacts sur la région ombilicale, soit sous l'influence de l'attention, soit plus souvent encore spontanément, survenaient des crises terribles caractérisées par une vive douleur dans la région sous-costale droite et la région péri-ombilicale. Cette douleur s'accompagnait d'une contracture violente des muscles de la paroi abdominale du côté droit, qui se dessinaient nettement sous la peau et obligeaient le malade à se courber au point que, lorsque la crise le prenait debout, sa tête venait presque toucher ses genoux. En même temps, il faisait un effort d'expiration tellement énergique qu'il en devenait violacé, et enfonçait brutalement ses poings fermés dans ses hypocondres.

L'aspect de ses crises rappelait tout à fait celui des crises du tic douloureux de la face.

2° Dans l'intervalle des crises on pouvait constater, sur la paroi abdominale, l'existence, à l'état permanent, d'une zone d'hyperalgésie au contact et à la piqûre occupant d'une façon très nette le territoire sensitif des huitième, neuvième et dixième racines postérieures droites. L'empiètement très minime au delà de la ligne médiane, la disposition en baïonnette sur la partie latérale du tronc étaient des plus évidentes. Enfin, si l'existence de cette disposition en baïonnette devait faire admettre que les portions latéro-ventrales et dorsales des racines étaient atteintes à la fois, puisque la jonction des territoires sensitifs correspondants se fait au niveau de cette coudure, l'hyperalgésie disparaissait à quelques centimètres en arrière de celle-ci, notablement en dehors du bord externe de la gouttière vertébrale, détail démontrant que la portion dorsale des racines lésées était beaucoup moins atteinte que leur portion latéro-ventrale. D'autre part, la zone hyperalgésique se superposait en partie à la zone d'anesthésie consécutive aux sections antérieurement faites des nerfs intercostaux, sans que ses limites en paraissent en rien déviées.

En dehors du syndrome constitué par ces deux symptômes : crises douloureuses et hyperalgésie localisée de topographie radiculaire, il n'y avait aucune autre manifestation pathologique; le malade, examiné avec le plus grand soin, ne présentait aucune trace d'une affection nerveuse quelconque, plus spécialement aucun des symptômes même les plus frustes du tabes, en particulier ses réflexes étaient

plutôt exagérés. Les crises ne rappelaient en rien, du reste, les douleurs fulgurantes du tabes qui, d'autre part, comme troubles sensitifs objectifs de la paroi thoraco-abdominale, produit des anesthésies vagues et fugaces et non l'hyperalgésie précise et tenace que présentait notre malade. Il n'y avait rien non plus chez lui qui pût faire songer à une affection viscérale dont les symptômes douloureux constatés n'auraient été qu'une de ces manifestations réflexes si bien décrites récemment par Head : rien du côté du foie ou de la vésicule, rien du côté des intestins, malgré la présence d'un peu de prolapsus rectal, rien du côté du rein ni des organes génito-urinaires, à l'exception d'une sensibilité telle de l'urètre postérieur que le cystoscope, lorsqu'il arrivait dans cette région, provoquait des érections douloureuses et un spasme vésical intense : détail intéressant seulement au point de vue des localisations fonctionnelles radiculaires.

En présence d'un état pathologique aussi exclusif et aussi ancien, nous nous arrêtâmes au diagnostic de névrite radiculaire, et nous basant sur des faits antérieurs analogues observés par l'un de nous, nous ajoutâmes : par lésion localisée des méninges molles, de nature spécifique probable ; une intervention, dès lors, s'imposait : la résection intradurale des racines postérieures incriminées.

L'état général du malade, très déprimé par son intoxication morphinique, s'opposait du reste à l'exécution immédiate de cette intervention.

Elle fut pratiquée un mois plus tard, sous chloroforme. Les cinquième, sixième et septième apophyses épineuses correspondant, ainsi que nous l'avaient appris une série de recherches cadavériques préliminaires, à l'insertion des huitième, neuvième et dixième racines dorsales qu'il s'agissait de réséquer, l'incision cutanée fut menée de la sixième à la septième apophyse, puis trois arcs vertébraux enlevés à la pince emporte-pièce : ce qui fut facile, étant donné leur friabilité exceptionnelle. La dure-mère fut ensuite incisée longitudinalement au bistouri, puis au ciseau d'ophtalmologie à bouts mousses, sur la ligne médiane, réclinée latéralement, et nous vîmes, avec une netteté parfaite, les huitième, neuvième et dixième racines postérieures droites englobées, à leur passage à travers les méninges molles, dans une traînée d'arachnoïdite cicatricielle, blanchâtre, feutrée, très localisée, à limite supérieure bien nette, mais se prolongeant en bas au delà de l'ouverture rachidienne, qui fut agrandie sans en trouver l'extrémité. Cette zone différait absolument des méninges environnantes, à aspect normal. Il était évident que nous nous trouvions en présence de la lésion soupçonnée. La dilacération de l'arachnoïde viscérale provoqua un écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien et une légère hémorragie qui rendirent assez délicate l'ablation des parties malades des méninges et la résection radiculaire : celle-ci porta sur une étendue de 4 à 5 centimètres de la huitième, de la neuvième et d'une partie de la dixième, dont il nous fut impossible d'atteindre les radicales inférieures. Un point de suture à la soie fut placé sur la dure-mère et les parties molles suturées par étages.

L'opération, qui avait duré une heure et demie, fut parfaitement supportée, sans shock, ni à aucun moment de réaction fébrile. Mais, dès le soir même, survint une crise terrible de sciatique, d'abord gauche, puis droite, qui dura cinq jours sans laisser de répit au malade : il se plaignait déjà des jambes dans les jours précédant l'opération, mais il ne nous semble pas douteux que celle-ci ait été, dans une certaine mesure, la cause excitatrice de la crise, peut-être par la mise au contact de quelque caillot sanguin avec les racines lombaires et sacrées. Pendant cette période douloureuse, l'examen du malade fut très difficile, mais nous pûmes toutefois constater le troisième jour que la zone d'hyperalgésie avait été remplacée par une zone d'analgésie au contact et à la piqûre ; en particulier, le contact de la région périombilicale ne provoquait plus les douleurs et les contractions réflexes qu'il suscitait autrefois. Les crises spontanées de douleurs abdominales semblaient aussi moins fréquentes. Ce mieux devint surtout net lorsque la poussée de sciatique fut passée et l'on put alors constater et noter la diminution progressive, de nombre et d'intensité, des crises abdominales qui, à la fin du premier mois, s'étaient réduites à une ou deux légères par jour. A ce moment, l'ancienne zone hyperalgésique n'était pas reparue, quoique la sensibilité fût revenue tout à fait normale à son niveau, sauf, bien entendu, sur la zone d'anesthésie pré-opératoire correspondant aux sections de nerfs intercostaux autrefois pratiquées.

Nous noterons encore, sur cette période d'observation post-opératoire :

1° Qu'à aucun moment le patient n'a pris de calmants ou d'hypnotiques, sauf pendant les premiers jours de sa poussée de sciatique, où l'on dut lui faire des piqûres de morphine, très rapidement remplacées à son insu par des injections d'eau stérilisée.

2° Que les mouvements excessivement violents qu'il fit pendant cette poussée de sciatique disjoignaient en partie la plaie : il en résulta un écoulement très abondant de liquide céphalo-rachidien, qui nécessita des pansements quotidiens ou bi-quotidiens ; à la fin de la troisième semaine, cet écoulement avait cessé ; les fils furent enlevés, la plaie, qui n'avait été le siège d'aucune infection, était complètement réunie.

Trente-cinq jours après l'opération, le malade quitta la maison de santé, ne souffrant plus et n'ayant plus de crises. Malheureusement, depuis il s'est fait une récidive partielle, les crises douloureuses ont reparu, quoique beaucoup moins fréquentes et intenses qu'autrefois, presque sans les réactions musculaires d'autrefois, qui se sont limitées à la partie inférieure du côté droit abdominal. D'autre part, nous avons pu constater la persistance des symptômes d'excitation vésico-urétrale déjà notés avant l'opération ; l'exploration de la vessie, faite pour vérifier, sur la demande du malade, si elle se vidait bien, a provoqué une crise très douloureuse accompagnée d'érection. Il n'y en a pas moins un mieux considérable et que le malade n'avait, à beaucoup près, il le déclare lui-même, ressenti après aucune des interventions antérieures.

L'observation que nous venons de relater nous a paru particulièrement intéressante :

1° Au point de vue clinique, elle constitue un nouveau et probant exemple du type clinique décrit par l'un de nous sous le nom de névralgie radiculaire par méningopathie localisée, et qui est caractérisé essentiellement par une hyperalgésie à topographie radiculaire et des crises douloureuses avec ou sans tic, en l'absence de tout symptôme d'affection nerveuse ou viscérale.

2° Au point de vue thérapeutique, elle ajoute un cas de plus à la courte liste des résections des racines postérieures jusqu'à présent pratiquées.

On peut dire que, dans ce cas particulier, cette intervention constituait non seulement l'intervention de choix, mais encore une fois, le diagnostic posé, la seule intervention logique. Reste à nous demander pourquoi le résultat n'en a pas été absolument parfait.

a. Il se pourrait que l'affection, étant donné son ancienneté excessive, avait déjà provoqué des dégénérations ascendantes du côté des cordons postérieurs. Je dois noter à ce sujet que, au cours de l'opération, mon crochet à préhen-

sion radiculaire ayant légèrement effleuré le cordon postérieur droit, entre les huitième et neuvième racines, il en résulta, malgré la chloroformisation profonde, une crise de contracture des plus violentes, identique aux crises spontanées.

b. Il se peut aussi que notre intervention n'ait pas été assez étendue. Nous avons réséqué deux racines, la huitième et la neuvième, plus une partie de la dixième. Il nous a été impossible, à cause de l'hémorragie et de l'écoulement de liquide céphalo-rachidien, d'atteindre la totalité de cette dernière. Nous pouvons dès lors nous demander si ce n'est pas de la partie restante de cette dixième racine que relèvent les phénomènes persistants : crises douloureuses à maximum peut être un peu plus bas situé qu'autrefois, contracture de la partie inférieure du muscle droit abdominal du côté droit, alors que jadis le tic s'étendait à toute une moitié de la paroi de l'abdomen, hyperexcitabilité vésico-urétrale. Cela n'a rien d'impossible, car la lésion arachnoïdienne constatée s'étendait certainement à la partie non réséquée de la dixième racine et même plus bas. Mais nous devons avouer qu'au cours de l'opération, nous nous sommes abstenus sans regret d'aller de ce côté. Une lésion monoradiculaire suffit, en effet, à provoquer de l'hyperalgésie, non seulement sur le territoire de la racine atteinte, mais encore des racines voisines. Or, dans le cas particulier la neuvième racine, racine correspondant à la partie centrale du champ hyperalgésique, avait été largement et complètement réséquée. Théoriquement, cela devait suffire. Notre insuccès partiel, malgré la disparition totale de la zone hyperalgésique dans les jours consécutifs à l'intervention, autoriserait peut-être à faire quelques réserves relativement à la valeur absolue de cette loi de thérapeutique radiculaire.

On nous permettra toutefois de rappeler à ce propos que l'un de nous a présenté, il y a quatre ans, à l'Académie, un malade atteint de névralgie de même nature que le malade actuel, névralgie sur le territoire de la septième racine cervicale et des vagues, et qui fut traitée, avec plein succès par la résection de cette seule septième racine. Il y a maintenant huit ans et demi que le malade a été opéré. Nous avons eu de ses nouvelles, il y a quelques jours ; elles sont parfaites et notre opéré remplit, sans aucune difficulté, ses fonctions laborieuses d'employé à la Société générale.

Preuve que les névralgies radiculaires méningopathiques ne sont pas symptôme précoce de quelque affection nerveuse, par exemple de quelque méningo-myélite ou de quelque tabes encore latents, mais qu'elles constituent bien une affection particulière, à individualité propre ; preuve aussi que la résection des racines postérieures y constitue une thérapeutique, non seulement logique, mais encore susceptible de résultats excellents et durables.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(18 mars 1902)

Il y a peu de temps encore, il eût semblé bien téméraire d'aller à la recherche d'une plaie du cœur pour la suturer. Aujourd'hui l'indication devient formelle et plusieurs cas heureux permettent de l'affirmer. Ces cas, d'ailleurs, se multiplient : dans cette seule séance, deux nouvelles observations ont été présentées.

C'est d'abord M. Peyrot qui communique un cas de double plaie du ventricule gauche du cœur suturée dans son service par M. Launay et parfaitement guérie. C'est le premier cas de plaie par balle de revolver opéré et guéri. M. Peyrot fera un rapport sur cette observation. C'est ensuite M. Le Dentu qui analyse une observation communiquée par M. Fontan (de Toulon). C'est la seconde fois que M. Fontan se trouve en présence d'une plaie du cœur et la seconde fois qu'il la suture et la guérit. Voici, en quelques mots, cette intéressante observation : un jeune soldat reçoit un coup de couteau dans le quatrième espace intercostal gauche. Il est aussitôt transporté à l'hôpital dans un état de faiblesse extrême, avec un pouls très rapide ; M. Fontan le voit deux heures après l'accident. Séance tenante, il intervient : il fait un large volet thoracique comprenant les quatrième, cinquième et sixième côtes, ouvre largement la plèvre, arrive sur la pointe du cœur qu'il saisit avec une pince de Kocher sur laquelle il trouve une plaie de 6 à 8 millimètres de long et dont les bords s'écartent notablement à chaque contraction cardiaque. Il applique trois points de suture qu'il renforce par trois autres points ; puis il remet en place le lambeau thoracique, sans faire le drainage.

Tout alla bien pendant cinq ou six jours, quand le malade fut pris d'un point de côté à droite dû à un infarctus embolique ; la plèvre suppura ; il fallut pratiquer une pleurotomie ; puis il y eut consécutivement une phlébite de la fémorale droite. Malgré tout le malade finit par guérir complètement.

M. Fontan a communiqué son premier cas de suture d'une plaie du cœur à la Société de chirurgie. Dans ce premier cas, son malade guérit en quelques jours, sans le moindre incident.

Il résulte de ces faits intéressants que les manipulations faites sur le cœur, dans ces cas, n'ont eu aucun inconvénient et ont été très bien supportées. Il est bon de savoir qu'il n'y a pas à craindre de syncopes dans ces cas.

M. Le Dentu fait suivre l'analyse de cette observation de quelques documents historiques sur la question de la suture des plaies du cœur. Il est arrivé à en réunir un certain nombre.

Les guérisons obtenues par M. Launay et M. Fontan, jointes aux faits que fournit la littérature médicale, sont de nature à encourager les chirurgiens à ne pas se croire désarmés devant les plaies du cœur et à ne pas hésiter à intervenir quand le péril est imminent.

M. Sevestre fait un rapport sur le travail important récemment communiqué à l'Académie par M. Netter sur la **prophylaxie de la diphtérie** par l'emploi des injections préventives de sérum antidiphtérique. Voici les conclusions du rapport de M. Sevestre :

« 1° Les injections préventives de sérum ont une action manifeste ; elles produisent l'immunisation chez les enfants exposés à contracter la diphtérie. Elles n'ont jamais donné lieu à des accidents sérieux et produisent tout au plus, dans un certain nombre de cas, des éruptions passagères, plus rarement encore quelques douleurs articulaires. Malheureusement, la période d'immunisation n'a qu'une durée peu prolongée, trois ou quatre semaines au plus. Dans les cas rares, où, malgré l'injection, la diphtérie est survenue, elle était particulièrement bénigne.

2° Les injections de sérum sont spécialement indiquées dans les familles où s'est développé un cas de diphtérie, pour préserver de la contagion les autres enfants. Cepen-

dant, lorsque ces enfants ont été séparés du milieu contaminé, et que, de plus, il sont surveillés de près par un médecin, on peut se dispenser de recourir aux inoculations. L'ensemencement du mucus nasal et pharyngé est alors de règle absolue.

3° Les injections préventives sont également indiquées pour les enfants appartenant à une agglomération (école, crèche, salle d'hôpital) dans laquelle a été signalé un cas de diphtérie.

4° Même en l'absence d'un cas de diphtérie constatée, elles peuvent être indiquées dans certaines conditions spéciales (service de rougeole, de scarlatine, etc.); toutefois, pour la rougeole, l'action préventive paraît moins certaine; les doses de sérum doivent être plus fortes et plus souvent répétées.

5° La pratique des injections préventives ne dispense nullement des autres mesures prophylactiques (désinfection et isolement), mais elle les rend à la fois plus faciles et plus efficaces.

Après la discussion dont j'ai déjà parlé et à laquelle avaient pris part la plupart des médecins des hôpitaux d'enfants (mars à juin 1901), la Société de pédiatrie avait adopté la résolution suivante :

« La Société de pédiatrie, affirmant que les injections préventives de sérum antidiphtérique ne présentent aucun danger sérieux et confèrent l'immunité dans des proportions considérables, pendant quelques semaines, en recommande l'emploi dans les agglomérations d'enfants et dans les familles où une surveillance scientifique suffisante est impossible. »

Cette conclusion générale me paraît donner de la question des injections préventives de sérum dans la diphtérie une solution satisfaisante et exempte de parti pris. Si l'Académie croyait pouvoir en accepter sinon les termes eux-mêmes, au moins le sens général, ce haut patronage donnerait à cette déclaration la consécration suprême qui en assurerait le succès. »

Pendant que nous sommes sur le terrain de la diphtérie, signalons la présentation faite par M. Roux lui-même d'une note de MM. Thierry et Bertail, relative à une **épidémie de diphtérie** qui a régné dans le canton d'Ancy-le-Franc (Yonne) et dans les environs. Dans l'espace de ces deux dernières années, ces deux confrères ont eu à soigner 79 cas de diphtérie, sur lesquels il n'y a eu que 2 décès. Ils se sont toujours appliqués à faire l'injection du sérum le plus près possible du début de la maladie. Chaque fois qu'elle a pu être faite ainsi, les malades ont guéri. Ils se sont également appliqués à faire, le plus possible, des injections préventives chez les personnes ayant été en contact avec des diphtéritiques. Une seule des personnes ainsi inoculées préventivement a eu la diphtérie cinquante-quatre jours après l'inoculation. Elle a été d'ailleurs légèrement atteinte.

Enfin, point encore très important, relevé par nos deux confrères : alors que des enfants, inoculés seulement le quatrième ou le cinquième jour, tout en guérissant, sont atteints ultérieurement de paralysie diphtéritique, jamais ces paralysies n'ont été observées chez des diphtériques inoculés dès le début de l'affection.

M. Roux, en signalant ces faits, croit être l'interprète de toute l'Académie en félicitant hautement la conduite de nos deux confrères. Nous nous associons bien sincèrement à cet éloge mérité.

Nous revenons, avec M. Laveran, sur la discussion soulevée par les aventures du *Sénégal*. M. Laveran, comme M. Vallin dans son rapport sur ce sujet, envisage surtout la question de la désinfection des navires. Le problème n'a été que posé par M. Vallin; M. Laveran estime qu'il faut s'appliquer à le résoudre immédiatement. C'est, selon lui, la mesure la plus urgente et la plus nécessaire. Il faut, dit-il, trouver un procédé de désinfection qui permette de détruire les rongeurs sans détériorer les marchandises, car il importe absolument que cette désinfection soit faite avant le déchargement. Il semble à M. Laveran que l'acide sulfureux répond à ce besoin. Il ne détériore pas les marchandises, il n'altère pas les substances alimentaires, il n'abîme pas la machinerie. En outre, il a le grand avantage de détruire, non seulement les rats, mais aussi tous les insectes capables de propager les maladies infectieuses. On sait, en effet, aujourd'hui que les moustiques peuvent être infectés par le bacille pesteux et servir, par conséquent, d'agent de transport de ce bacille. Enfin M. Laveran pense qu'il serait utile de prendre quelques mesures pour protéger les déchargeurs, de les persuader, par exemple, de l'utilité des injections préventives de sérum antipesteux.

M. Vallin répond à M. Laveran qu'une partie des mesures qu'il demande est déjà à l'état d'exécution. Il fait observer que l'acide sulfureux, préconisé par M. Laveran, n'est pas aussi exempt d'inconvénients qu'il l'a dit. Au port de Hambourg, on a dû y renoncer sur les réclamations du commerce, parce que les vapeurs sulfureuses altéraient profondément les marchandises. A Marseille, on semble très disposé à accepter l'acide carbonique, mais, avant de l'adopter définitivement, il faudrait des expériences rigoureuses.

M. Chantemesse fait observer qu'à Bordeaux, on a adopté la sulfuration comme moyen de désinfection des navires et qu'on s'en est bien trouvé, tant au point de vue de l'efficacité qu'au point de vue de l'innocuité pour les marchandises.

M. Roux croit que la contradiction qui existe entre l'opinion de M. Laveran et celle de M. Vallin tient à ce qu'ils visent des procédés de sulfuration différents. En Amérique, on n'emploie pas d'autre procédé et on s'en trouve très bien. Mais on a soin de recourir à l'acide sulfureux sec. M. Roux s'associe plutôt aux conclusions de M. Laveran, qui visent le présent, qu'à celles de M. Vallin, qui visent l'avenir.

Plusieurs communications ont été faites à l'Académie : M. Routier a apporté une observation qui aurait sa place dans la discussion sur les **localisations cérébrales**. Il s'agit d'un homme qui a été tamponné par une locomotive et qui présentait, entre autres lésions, une plaie avec perte de substance cérébrale au niveau de la ligne rolandique du côté droit. Il avait une monoplégie du membre supérieur gauche avec conservation de la sensibilité. Après le nettoyage de cette plaie, la température tomba, les accidents cessèrent et peu à peu la monoplégie disparut. M. Routier l'explique par une suppléance fonctionnelle du centre moteur du côté gauche, suppléance à laquelle cet homme se trouvait d'autant plus prédisposé qu'il avait, préalablement à son accident, une faiblesse congénitale du côté gauche.

M. Chipault a communiqué, en son nom et au nom de M. Le Für, une intéressante observation de **névralgie des huitième, neuvième et dixième racines dorsales avec tic abdominal.** (Voir plus haut, p. 325.)

M. Mendel a déjà entretenu l'Académie du **traitement des affections broncho-pulmonaires par les injections d'essences**

végétales et d'iodoforme, lancées directement dans la trachée. Ce mode de traitement, véritablement topique et qui sauvegarde toujours l'intégrité des fonctions digestives en permettant d'exclure toute médication par la bouche, serait la méthode de choix. Le seul inconvénient est que son application nécessitait une véritable instruction spéciale et qu'elle faisait partie des manœuvres laryngologiques ordinaires.

Or, une assez longue pratique a permis à M. Mendel d'établir une technique qui simplifie considérablement l'opération et la met à la portée de chaque praticien. M. Mendel présente à l'Académie les modèles de seringue qu'il a fait construire pour pratiquer l'injection trachéale suivant son procédé.

Dans tous les cas, la canule de la seringue n'entre presque pas en contact avec les organes pharyngo-laryngiens et la manœuvre ne donne jamais lieu à aucun spasme ni à aucun mouvement de toux.

Dans la tuberculose et la bronchite chroniques, l'injection peut être facilement quotidienne.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Sur la pression artérielle. — D'après M. Carter, le taux normal moyen de la pression artérielle est chez l'homme de 116 millimètres de mercure et de 113 chez la femme. Dans la néphrite aiguë, les variations que subit la pression sont en grande partie proportionnelles à la quantité d'albumine contenue dans l'urine. Lorsqu'une néphrite parenchymateuse aiguë complique une maladie infectieuse, la pression artérielle ne subit qu'une élévation très légère ou même nulle.

La moyenne de la pression au cours des néphrites chroniques est d'environ 62 millimètres plus élevée que celle de la néphrite aiguë. L'artério-sclérose, qui accompagne toujours la néphrite chronique, ne donne lieu à une élévation de la pression que lorsqu'elle est très prononcée.

Le médicament qui a donné à l'auteur les meilleurs résultats, lorsqu'il s'agit d'abaisser la pression au cours d'une néphrite ou d'une artério-sclérose marquée, est le nitrate de soude, administré à la dose de 5 à 15 centigrammes toutes les deux ou toutes les quatre heures. Il abaisse assez rapidement la colonne mercurielle de 10 à 15 millimètres. Lorsque la pression est très élevée et s'accompagne de symptômes urémiques, le meilleur traitement consiste en une saignée de 150 à 200 centimètres cubes, suivie d'une injection saline sous-cutanée faite à la température de 37 degrés environ. On détermine ainsi une amélioration notable.

Dans l'insuffisance aortique compliquée ou non de néphrite, la pression artérielle est basse. S'il existe simultanément une insuffisance mitrale, la pression se rapproche de la normale. Enfin, en signalant l'abaissement de la pression dans toutes les formes d'anémie, M. Carter émet l'hypothèse d'une relation possible entre l'abaissement de la pression artérielle de la chlorose et la production de l'ulcère de l'estomac. (*Am. Journ. med. sciences*, 1er fév. 1902.)

A. H.

Mode d'emploi pratique de la chaleur artificielle en thérapeutique. — M. le docteur A. Bier (de Greifswald) publie un intéressant article sur les moyens simples et pratiques de réaliser les cures d'air chaud dont il est souvent question depuis quelques années dans le traitement des lésions articulaires, des névralgies sciatiques, etc.

L'auteur se sert comme source de chaleur d'une lampe à alcool à large récipient et à très grosse mèche ou mieux d'un bec Bunsen et de gaz que l'on règle plus facilement; l'air chaud est recueilli à l'aide d'un tuyau métallique (Quincke-Schornstein) coudé à angle droit et évasé en entonnoir dans sa portion inférieure, au voisinage de la flamme, qu'il coiffe et au-dessus de laquelle il est fixé à l'aide d'un support métallique assez lourd; l'extrémité fine de ce tube s'adapte exactement dans un court tube métallique de calibre correspondant disposé sur une des faces des boîtes qui servent à contenir le membre ou la région du corps devant subir le contact de l'air chaud.

Ces boîtes sont en bois; elles présentent une ou plusieurs ouvertures suivant le membre auquel on les destine; un thermomètre placé à demeure dans une des parois permet de surveiller le degré de température de l'air contenu dans la boîte; le bois est mouillé et revêtu d'une toile d'emballage humide pour éviter l'éclatement par la chaleur et l'embrasement.

La partie malade, une fois introduite dans la boîte, si les orifices ne s'adaptent pas exactement au contour du membre, les interstices sont comblés avec des compresses d'ouate ordinaire.

La forme des boîtes varie suivant qu'elles doivent être appliquées à une articulation des membres distante du tronc, à l'épaule ou aux articulations de la hanche, du bassin, etc.; tel qu'il est l'appareil est facilement transportable et peu coûteux.

Bier pose comme règle générale que la température doit être élevée aussi haut que le malade peut le supporter; ce qui varie avec chaque individu et avec les régions du corps; en général, la peau supporte une température de 150 degrés; les doigts et les orteils étant particulièrement sensibles, s'ils ne sont pas malades, on peut les envelopper de compresses d'ouate ce qui permet d'élever devantage la température; le malade doit prévenir s'il est incommodé par la trop haute température; ses dires servent à diriger le traitement. Ce traitement s'applique fort bien aux raideurs articulaires, qu'elles soient dues au rhumatisme chronique, à une arthrite déformante ou à une blessure; dans le rhumatisme chronique, il doit être continué parfois des années entières; les œdèmes chroniques locaux, l'éléphantiasis relèveraient également de ce mode de traitement, de même que les épanchements séreux ou sanguins articulaires, les névralgies telles que sciatiques, lumbago, névralgie du trijumeau; dans ce dernier cas, l'air chaud est envoyé directement sur la région douloureuse en ayant soin de protéger les yeux à l'aide d'un bandage; le résultat est du reste variable en pareil cas et en général moins efficace que dans la sciatique; enfin les affections variqueuses ou même tuberculeuses superficielles seraient heureusement influencées par l'air chaud. (*Die Therapie der Gegenwart*, fév. 1902, p. 90.)

P. V.

CHIRURGIE

Sommeil et anesthésie générale obtenus par la compression des carotides. — La question des anesthésiques est en ce moment à l'ordre du jour; l'Académie de médecine et la Société de chirurgie ont consacré récemment plusieurs séances à l'étude de leurs inconvénients et de leurs dangers. Or, voici qu'il nous vient de Java un moyen simple et ingénieux de les supprimer au moins pour les petites opérations chirurgicales, telles qu'incision d'abcès, etc. Il s'agit de la perte complète de la sensibilité et de la connaissance obtenue par simple compression digitale de chacun des deux paquets vasculo-nerveux du cou pratiquée des deux côtés à la fois au niveau de la carotide interne, vers l'angle de la mâchoire inférieure. Dans le *modus faciendi* qu'a vu pratiquer à Java et qu'a répété lui-même avec succès M. Steiner, la compression digitale des vaisseaux carotidiens contre la colonne

vertébrale est continuée jusqu'à ce que la perte de connaissance et la chute de la tête en arrière soit obtenue; ce qui survient à la suite d'une accélération des mouvements respiratoires et parfois au milieu de convulsions cloniques plus ou moins prononcées et localisées; à ce moment on cesse la compression, le sujet garde un moment l'immobilité, puis se réveille sans autre incident. Le patient endormi n'a ni incontinence d'urine, ni selles involontaires, ni vomissements, les pupilles ni le pouls ne subissent d'ordinaire de modification sérieuse, ce dernier est parfois un peu ralenti; le visage seul présente assez facilement un certain degré de cyanose.

M. Steiner a expérimenté cette pratique indigène javanaise sous la direction de Pa Sainten, docteur Djawa (médecin formé à Batavia), particulièrement expert en la matière, il a endormi 30 sujets adultes dont 2 femmes et a réussi 25 fois; il n'a jamais exercé de compression au delà du minimum nécessaire pour endormir le sujet, mais il a plusieurs fois de suite rendormi le même sujet. Les personnes endormies se prêtaient du reste volontiers à un second essai n'ayant pas été autrement incommodées la première fois.

Steiner n'a endormi que des adultes dont les vaisseaux étaient sains, il rappelle, d'après Caspar, Hoffmann, que les Assyriens se servaient du même procédé de compression des vaisseaux du cou pour rendre insensibles les enfants auxquels ils pratiquaient la circoncision. Dans le même ordre d'idée, Parry, Zewis, Romberg, Trousseau reconnaissaient à la compression des carotides le pouvoir d'arrêter un accès d'épilepsie.

Les indigènes de Java utilisent ce procédé contre les maux de tête, les vertiges, l'insomnie. Il serait à souhaiter que les physiologistes expérimentent ce procédé sur les animaux et précisent les limites dans lesquelles la compression peut être exercée sans danger.

Il resterait en outre à savoir si cette méthode pourrait être mise en œuvre, chez des malades ou des vieillards quels qu'ils soient. Le procédé que je viens de décrire d'après M. Steiner paraît susceptible d'applications pratiques si toutefois il n'exige pas d'apprentissage trop laborieux, il est en tous cas intéressant à signaler aux médecins légistes. (*Arch. für Schiffs und Tropen Hygiene*, déc. 1901.) P. V.

OBSTÉTRIQUE

Comment prévenir les déchirures du périnée au moment de l'accouchement? — On se contente habituellement, pour éviter les lésions du plancher périnéal, soit de « soutenir » la région, soit d'agir directement sur la partie fœtale de façon à la ramener sous le pubis. M. Twitchell attire l'attention des accoucheurs sur le point suivant. L'élargissement de la fente vulvaire est dû au glissement de la partie fœtale sur le périnée : or, si la tête, par exemple, ne glisse pas, le périnée aura tendance à faire saillie au dehors, sous l'influence de la pression exercée par le fœtus, mais d'autre part, les dimensions de l'orifice valvulaire ne seront pas modifiées. Aussi est-il de la plus haute importance que le vagin soit suffisamment lubrifié. Les sécrétions naturelles réalisent parfaitement cette condition et on devrait les respecter. Les injections, surtout les injections antiseptiques, devraient être évitées, à moins d'être justifiées par une cause d'infection quelconque. Le toucher, qui enlève une partie des substances lubrifiantes doit être aussi rare que possible.

Dans quelques cas d'accouchement précipité, le retard apporté à l'expulsion par l'emploi du chloroforme a pu sauvegarder l'intégrité du périnée. Par contre, lors d'un travail prolongé, l'extraction de la tête par le forceps peut prévenir une déchirure. (*New-York med. Journ.*, 20 janv. 1902.) A. H.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour deux places de chirurgien.* — Voici la liste des candidats à ce concours : MM. Battigne, Boudet, Brésard, Brodier, Courtillier, Cunéo, Paul Delbet, Dujarier, Frédet, Gosset, Guibé, Herbet, Lapointe, Mayet, Mouchet, Ombrédanne, Pasteau, Péraire, Petit, Proust, Raymond, Robineau, Thienot, Veau et Wiart.

Concours de l'Internat. — Epreuve orale. — Séance du 18 mars 1902. — Question : « Muscle grand droit de l'abdomen. — Symptômes de l'hydro-pneumothorax. » — MM. Jacquemin, 15 + 22 = 37; Autefage, 13 + 20 = 33; Ramond, 16 + 17 = 33; Villaret, 12 + 21 = 33; Jouhaud, 11 + 17 = 28; Tanon, 10 + 18 = 28; Clément, 12 + 15 = 27; Ambrosi, 10 + 16 = 26; Gimbert, 11 + 15 = 26; Laborde, 9 + 17 = 26; Hérisson, 9 + 15 = 24.

Premier Congrès égyptien de médecine. — Le premier Congrès égyptien de médecine se tiendra au Caire du vendredi 19 au mardi 23 décembre 1902. Ce Congrès international a pour objet l'étude des maladies qui s'observent le plus fréquemment dans les pays chauds.

Les facilités obtenues pour les membres du Congrès et leurs familles sont les suivantes : remise de 35 à 50 p. 100 sur les prix des billets des principales compagnies de navigation desservant l'Égypte, de 50 p. 100 sur le tarif des chemins de fer égyptiens, de 25 p. 100 dans tous les grands hôtels du Caire. Des cartes spéciales conférant aux dames les avantages ci-dessus seront sur demande adressées gratuitement aux membres du Congrès.

Des fêtes, réceptions et excursions seront organisées en l'honneur des congressistes et de leurs familles.

Le Congrès se tiendra à l'École de médecine du vendredi 19 au mardi 23 décembre 1902.

Président : docteur Ibrahim pacha Hassan; secrétaire général : docteur Voronoff.

Section de pathologie interne; président : docteur Comanos pacha.

Section des maladies des pays chauds; président : docteur Ruffer.

Section de chirurgie; président : docteur Milton.

Section d'ophtalmologie; docteur Mohamed bey Eloui.

Sont mises plus particulièrement à l'étude du Congrès les questions suivantes :

Hépatite des pays chauds et abcès du foie. — Bilharzia hœmatobia. — Fièvres bilieuses. — Fièvres paludéennes. — Filariose. — Ankylostome duodénal. — Choléra. — Dysenterie. — Lèpre. — Peste. — Lithiase urinaire. — Granulations conjonctivales. — Anomalies de la réfraction dans les écoles. — Ophtalmie égyptienne. — Ophtalmie purulente.

Tout membre du Congrès recevra sa carte d'admission, après avoir fait parvenir un versement de 25 francs au trésorier général du Congrès. Cette carte sera nécessaire pour pouvoir profiter des avantages faits aux membres du Congrès. Les comités étrangers peuvent recevoir les adhésions de leurs nationaux. Ils en transmettront les cotisations au trésorier général du Congrès, qui leur enverra immédiatement un nombre de cartes égal à celui des cotisations transmises.

Le titre des communications devra être adressé aux présidents des sections avant le 15 octobre 1902.

Les langues française et arabe sont les langues officielles du Congrès. Dans les assemblées générales, ainsi que dans les sections, les langues allemande, anglaise, grecque et italienne, pourront aussi être employées.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Des kystes hydatiques du cou.

Par M. Léon THÉVENOT,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Les kystes hydatiques du cou sont une affection extrêmement rare, ainsi que nous le montre la vie hospitalière de chaque jour, ainsi que nous le prouvent aussi les recherches que l'on peut entreprendre dans la littérature médicale.

Tandis que nous voyons, en effet, de nombreuses monographies étudier les localisations viscérales de l'échinocoque, ou les tumeurs qu'il produit dans les muscles ou les os, on ne rencontre guère, sur la question qui nous occupe, que des observations isolées.

Le premier cas authentique fut publié par O'Beirne, en 1834, dans le *Dublin Journal of medical sciences*. En 1855, dans sa monographie : *Ueber die Cystengeschwülste des Halses*, Gürtl donne une description suffisamment exacte de cette affection et en rapporte 3 observations. Puis en 1871, von Bergmann peut en rassembler 9 cas, dont le plus ancien remonte au commencement du XVIIIe siècle. Riedel, dans la *Chirurgie allemande de Billroth-Lücke* (1882), donne les indications de 17 cas.

Il faut aller jusqu'en 1891 pour trouver le travail le plus complet qui ait été fait sur la question. C'est une thèse de Lyon, la thèse de Coupry. Coupry en effet, dans son travail, qui avait pour point de départ un malade de M. Chandelux, rapporte 38 observations et il donne l'indication bibliographique de 5 autres cas dont il ne peut, faute de documents originaux, donner l'histoire complète. Cela fait un total de 43 cas, qui ne fut plus atteint ensuite par aucun auteur. C'est que cette thèse n'attira pas l'attention comme elle méritait et il n'en est pas fait mention dans les mémoires étrangers qui reprirent ensuite la question.

Deux ans plus tard, en effet, paraît dans les *Archiv für klinische Chirurgie* de 1893, le mémoire de Güterbock ; l'auteur insiste sur la rareté de ces tumeurs, en fait une étude d'ensemble en se basant sur 26 cas. En 1897, Jürgens rapporte un cas nouveau et sa thèse est ainsi basée sur 27 cas.

Depuis lors, nous avons pu recueillir un certain nombre d'observations. Nous avons eu l'occasion d'en observer personnellement un cas auprès de notre maître, M. le professeur Poncet. Nous donnons dans l'index bibliographique l'indication de ces différents cas. Ils nous ont permis de baser ce travail sur 65 observations, qui se répartissent ainsi :

Coupry	43
Guterbock	1
Jürgens	7
Matwejew	1
Zarnkow	2
Bogaewsky	1
Sudakow	1
Fritz Reich	1
Kokoris	1
Posadas	5
Varni	1
Poncet	1
Total	65

I

Étiologie. — L'étude des cas précédents nous montre que le kyste hydatique du cou se rencontre dans n'importe quel sexe et à n'importe quel âge. Le sexe ne paraît avoir qu'une influence insignifiante, puisque les hommes sont atteints dans la proportion de 48 p. 100 et les femmes de 52 p. 100; la différence entre les deux est, on le voit, extrêmement réduite; elle est nulle dans la statistique de Jürgens.

L'influence de l'âge se fait sentir d'une façon plus nette. Cette maladie se rencontre fréquemment chez les enfants. Avant l'âge de vingt ans, d'après les observations de Coupry, elle existerait 1 fois sur 3. Jürgens, dans sa thèse, donne 11 cas sur 23 où l'âge était connu ; les 5 cas de Posadas se rapportent tous à des enfants.

Le plus jeune malade était un garçon de trois ans. Le jeune âge est donc loin d'en être exempt, comme le croyait Heulé, qui disait que dans les dix premières années, les échinocoques sont très rares ou tout au moins n'acquièrent pas un volume suffisant pour attirer l'attention; cette période de la vie, au contraire, figure dans les observations

dans la proportion de 1 sur 6. Cette proportion est encore plus forte pour les malades de Posadas : 4 ne dépassaient pas dix ans.

C'est de vingt à trente ans que l'affection se rencontre le plus souvent. Le nombre des cas diminue ensuite d'une façon progressive.

Cette répartition des cas suivant l'âge s'explique par le mode ordinaire d'infection. Les kystes hydatiques du cou sont en effet une tumeur ordinairement primitive. Exceptionnellement, cette localisation nouvelle se fait chez un malade déjà atteint de cette affection; dans un cas, publié par Körte, il y avait coexistence d'une lésion du cou et d'une lésion du foie : en même temps que la tumeur cervicale évoluait, le foie se tuméfia et devint douloureux, dit l'observation; l'augmentation de volume portait sur le lobe droit; la tuméfaction était régulière et la masse descendait jusqu'au niveau de l'ombilic. A l'autopsie, on trouva trois gros kystes dans le lobe droit; il y en avait d'autres plus petits dans le lobe droit et dans le lobe gauche. En lisant cette observation, on voit même qu'il est difficile de savoir en quel point l'affection a débuté.

L'homme est généralement infecté par les animaux, et c'est le chien qui est d'ordinaire accusé d'avoir transmis la maladie. La lecture des observations ne permet pas d'élucider ce point; dans quelques cas seulement, on signale des rapports intimes avec les chiens, et le jeune âge des sujets est encore en faveur de cette allégation. Le chien infecterait l'homme en le caressant ou en le léchant; il pourrait le faire aussi d'une façon indirecte en contaminant par ses déjections notre eau de boisson ou nos aliments crus.

Dans nombre de cas, d'ailleurs, l'examen le plus attentif ne nous permet pas de reconnaître le mode d'infection qui doit se faire fréquemment par le tube digestif, comme dans les autres formes de kystes hydatiques.

II

Pathogénie. — En dehors des cas où l'échinocoque aurait pu être introduit directement par une plaie des téguments, nous venons de voir qu'il pénètre d'ordinaire par le tube digestif, dont il traverse la paroi pour tomber dans l'appareil circulatoire. Dans la plupart des cas, nous savons qu'il est arrêté par le foie; d'autres fois, il franchit le réseau capillaire veineux de cet organe, et, repris par la circulation générale, est entraîné dans le poumon; il lui faut alors perforer le réseau capillaire pour s'engager dans les veines pulmonaires, être ramené au cœur et être emporté par l'aorte. Quelles sont les causes qui vont enfin déterminer son arrêt dans les capillaires du cou? Nous sommes réduits sur ce point à des hypothèses dont aucune n'a encore été pleinement confirmée.

Est-ce par pur hasard qu'il se trouve emporté dans la région cervicale ou en un autre point de l'organisme? Cela est discutable et la richesse du cou en petites artères expliquerait seule alors la localisation plus fréquente de l'échinocoque au cou qu'aux membres ou qu'au tronc.

Tavel et Jürgens ont émis une autre hypothèse : il est possible aux embryons de tænia de perforer la paroi du tube digestif et de tomber dans la cavité péritonéale. Ils vont alors dans le tissu cellulaire qui tapisse la couche musculaire ou qui entoure les vaisseaux. Ceux qui arrivent dans la gaine des vaisseaux la suivraient (car on ne peut admettre qu'ils puissent perforer la paroi résistante de l'aorte ou de ses branches) et arriveraient ainsi dans le cou. C'est là un mode de propagation qui est possible, mais qui nous paraît singulièrement complexe.

A l'appui de cette théorie, Jürgens fait remarquer que la plupart des kystes hydatiques du cou sont en rapport avec les gros vaisseaux. Il nous semble que cette disposition s'explique tout aussi bien par l'hypothèse suivante.

Si l'on considère la disposition des vaisseaux du cou, on voit que non seulement les deux carotides, mais encore la vertébrale, la thyroïdienne inférieure, sont à peu près dans l'axe de la partie ascendante de l'aorte. Entraîné par le courant sanguin, l'échinocoque a donc de grandes chances de pénétrer dans l'un de ses vaisseaux, d'où il gagnera l'une des nombreuses branches qui vont se perdre dans les parties molles du cou, à moins qu'il ne soit entraîné dans une région plus vasculaire comme le corps thyroïde, ou qu'il ne soit entraîné plus loin dans la tête ou le cerveau. C'est donc une prédisposition anatomique qui faciliterait le développement des kystes hydatiques de cette région et ceci nous explique aussi pourquoi ils sont d'ordinaire en rapport avec les gros vaisseaux. Cette prédisposition n'étant pas très accentuée, ceci nous explique la rareté de ce groupe de tumeurs, par rapport à leur fréquence en d'autres points de l'organisme.

Il est difficile de se faire une idée exacte de cette proportion, étant donné les différences énormes des statistiques.

Des 196 cas de kystes hydatiques réunis dans *Mecklenburg* par Madelung, 3 seulement se rapportent au cou. Une statistique faite à Vienne par Güterbock lui donne pour 110 cas 89 tumeurs du foie, et 1 seule du cou, ce qui donne une proportion de 0,9 p. 100.

Le chiffre obtenu par Davaine était supérieur au précédent : le cou sur 376 cas était atteint 7 fois, ce qui représentait environ 1,9 p. 100.

En se basant sur des travaux tout récents, on a l'impression que ces tumeurs sont plus fréquentes que ne le feraient croire les études précédentes.

Dans le *St.-Petersburger med. Wochens.* de 1896, on trouve le compte rendu d'une communication de M. Bogoewsky au VIe Congrès des médecins de Kiev. Ce chirurgien a rapporté 41 cas d'échinocoques opérés par lui du 29 octobre 1884 au 17 juillet 1894 à l'hôpital de Krementschug (gouvernement de Poltava), sur ce chiffre relativement considérable (et qu'il attribue à l'intimité qui existe dans ce gouvernement entre les gens et leurs animaux domestiques), il y a 33 tumeurs du foie et 1 du cou, ce qui fait une proportion de 2,4 p. 100.

Plus récemment en 1899, M. Posadas publiait, dans la *Revue de chirurgie*, 46 observations de kystes opérés en 1895-1896-1897 dans la République argentine où les hydatides sont très fréquents. 5 fois, il s'agissait du cou, ce qui donne un chiffre de 10,8 p. 100.

On voit qu'il existe entre les statistiques des variations considérables et qu'il est difficile d'avoir une idée précise de la fréquence de ces lésions. Pour notre compte, à côté de quelques rares cas de kystes hydatiques du foie que nous avons pu observer à l'Hôtel-Dieu, nous avons, sous la direction de M. Poncet, soigné un kyste hydatique du cou et nous nous souvenons avoir vu à l'Hôtel-Dieu, chez une Italienne, un kyste hydatique suppuré de la région supérieure du sterno-cléido-mastoïdien. Nous n'avons pas rapporté ce cas dans notre statistique du début car nous n'avons pu retrouver cette observation.

III

Anatomie pathologique. — Le kyste hydatique occupe dans la région cervicale toute la portion qui est située en avant d'un plan vertical passant par la colonne vertébrale. C'est dire que le kyste de la nuque sera une véritable exception et, en effet, nous n'en avons rencontré que 5 observations. Ceci n'a rien qui doive surprendre puisque nous avons vu que la tumeur siège ordinairement le long des gros vaisseaux.

C'est donc dans la portion antérieure, autour de la carotide primitive et de la sous-clavière, que l'on doit rechercher ces tumeurs.

Dans le premier cas, la tumeur va être au début bridée par le sterno-cléido-mastoïdien qu'elle soulèvera. Géné dans son développement par cette sangle musculaire, le kyste va se porter surtout du côté de la profondeur, du côté des gros vaisseaux du cou; du pharynx, du larynx, de la trachée et de l'œsophage en dedans; de la colonne vertébrale en arrière; de la cage thoracique et de la crosse de l'aorte en bas. Nous aurons l'occasion de revenir plus loin sur ce point, à cause des complications nombreuses qui peuvent en résulter. Plus tard, la tumeur volumineuse déborde le sterno-cléido-mastoïdien, surtout vers son bord postérieur pour faire saillie sous les téguments.

Développé dans la région sus-claviculaire, le kyste affectera des rapports analogues avec le paquet vasculo-nerveux, avec la plèvre et le thorax, ou même avec la clavicule, et déterminera les mêmes accidents que précédemment.

La tumeur est ordinairement unique; elle se développe indifféremment du côté droit ou du côté gauche avec une légère prédisposition pour ce côté, ainsi que l'avaient déjà fait remarquer Coupry et Jürgens, sa surface extérieure est arrondie et régulière; plus exceptionnellement elle est bosselée. La poche est ordinairement sphérique, mais cette forme varie beaucoup suivant les rapports de la tumeur et du sterno-cléido-mastoïdien. Parfois, la tumeur superficielle et régulière se continue sous le muscle par une sorte de diverticule. D'autres fois la masse est bilobée; elle forme une saillie sur le bord antérieur du muscle, une autre sur son bord postérieur, réunies entre elles par un trajet sous-musculaire. Dans un cas de Bœckel, la conformation extérieure de la poche était encore plus complexe : outre les deux lobes précédents, il en existait un troisième plus petit en avant du larynx.

Plus que la forme, le volume de la tumeur varie à l'infini; dans la majorité des cas, il va de la grosseur d'un œuf de poule à celle du poing; mais les tumeurs anciennes sont autrement plus développées et le kyste observé par Jürgens à Greifwald, dans le service d'Helferich, avait le volume d'une tête d'enfant et remplissait tout l'espace compris entre la colonne vertébrale, le larynx et la clavicule. De même le malade observé par Frih Reich dans l'État d'Orange, à Sénékal, avait une tumeur du volume de la tête d'un enfant d'un an.

Le kyste est constitué par une paroi épaisse, renforcée par le tissu conjonctif voisin refoulé et dont la structure histologique qui est celle de toute membrane hydatique, ne mérite pas une description plus étendue. A l'intérieur, on trouve le plus souvent un liquide aqueux, limpide, transparent, et renfermant du chlorure de sodium. Plus rarement la poche est bourrée de vésicules secondaires: la thèse de Coupry en renferme plusieurs observations et la tumeur opérée par M. Poncet doit rentrer aussi dans cette dernière catégorie.

Tant que le kyste n'a qu'un volume restreint, il ne détermine aucune altération des organes au voisinage desquels il se développe. Plus tard, il les refoule, puis les altère. La paroi trachéale déplacée se modifie peu à peu à son contact, ses anneaux cartilagineux se ramollissent et la paroi entière peut se laisser perforer; nous verrons plus loin, en effet, plusieurs observations d'ouverture de kystes dans la trachée ou le larynx. La paroi œsophagienne, moins rigide que la précédente, fuit devant l'agent compresseur; le kyste lui adhère, mais ne le perfore pas. Les gros vaisseaux du cou, artères ou veines, sont au début simplement refoulés; plus tard, il s'établit, entre eux et la tumeur, des adhérences tellement intimes qu'elles peuvent, au cours d'une intervention, empêcher la dissection complète de la poche et nous obliger à laisser en place la partie adhérente; à ce niveau aussi la paroi vasculaire s'amincit; la perforation peut se faire ultérieurement et déterminer des hémorragies mortelles; ou bien, au contraire, le vaisseau s'oblitère et se transforme en un cordon fibreux. Les lésions nerveuses, les lésions musculaires sont ordinairement minimes. Il n'en est plus de même des lésions osseuses. Dixon a observé chez un homme de vingt-quatre ans, au niveau des cinquième, sixième et septième vertèbres cervicales, une résorption qui s'étendait à plus de la moitié de leur corps, et des lésions analogues se retrouvaient sur les premières dorsales. Les premières côtes peuvent être le siège d'une ostéite raréfiante, et dans cette même observation, on note que la tête et le col des deux premières côtes ont complètement disparu.

Des lésions analogues se rencontrent encore du côté de la clavicule ou de l'extrémité supérieure du sternum.

On peut se demander enfin ce qui se produit vers la partie inférieure du cou, du côté de la plèvre. La réaction qui a lieu est analogue à celle que détermine par contact un kyste hydatique du foie. C'est ainsi, que dans cette même observation, Dixon dit que la poche est entièrement en contact avec le sommet du poumon gauche, auquel elle est entièrement liée par des adhérences fibreuses, dans toute l'étendue de la main, sans interposition de plèvre appréciable. Même lésion chez la malade de Cloquet; le poumon sous-jacent est de plus, dans sa partie adhérente, affaissé, noir, non crépitant, imperméable à l'air. Dans aucun cas cependant, on n'a constaté l'ouverture du kyste dans l'épaisseur des bronches.

IV

Symptômes. — Le kyste hydatique du cou se développe toujours d'une façon lente et insidieuse, et d'ordinaire le malade ne s'en aperçoit que lorsque, par son volume, il détermine une déformation de la région.

On constate alors une tumeur qui, la plupart du temps, siège au niveau et souvent au-dessous du sterno-cléido-mastoïdien. Plus rarement le kyste est dans l'épaisseur même du muscle. La tumeur est arrondie, ovoïde, régulière, envoyant parfois sous le muscle un prolongement qui s'étale en arrière de son bord postérieur. Les téguments qui le recouvrent ont conservé leurs caractères normaux et il faut un kyste volumineux pour qu'ils soient amincis ou qu'ils renferment des veines superficielles dilatées. La fluctuation est d'ordinaire assez facile à constater, surtout s'il s'agit de tumeur superficielle; profondément situé ou trop dis-

tendu, le kyste est ferme et rénitent. Au cours de ces recherches et si le kyste est bilobé, on pourra faire refluer le liquide d'une poche dans l'autre.

Au cours de ces manœuvres, on peut sentir le frémissement hydatique, mais cette constatation est rare. On sait d'ailleurs que maintes fois ces tumeurs ne donnent pas de frémissement et, dans cette région, il y a un excellent motif pour cela : la plupart des kystes ne renferment qu'un nombre restreint de vésicules; quelquefois même il n'y a qu'une poche unique.

Un autre caractère de ces tumeurs, c'est leur mobilité.

La tumeur roule aussi facilement sur les plans profonds que sur les téguments. Cette mobilité se retrouve, quoique amoindrie, dans les tumeurs profondes. Elle est en même temps absolument indépendante du larynx et de l'œsophage, et ne s'élève jamais dans les mouvements de déglutition, à l'inverse des tumeurs de la thyroïde.

D'autres signes moins importants peuvent encore être recherchés. C'est d'abord la transparence que l'on constate de la même façon que pour l'hydrocèle; ce signe est malheureusement inconstant; les poches profondes ou à parois épaissies ne le présentent pas, de même que celles dont le contenu est devenu purulent.

Signalons en passant le signe de Santini et Rovighi. Ces auteurs ont montré qu'en percutant et en auscultant en même temps un kyste superficiel, à paroi mince, on obtient une sonorité particulière qui d'après eux est caractéristique. Il y a peut-être là un signe important, mais je ne crois pas qu'il ait été appliqué bien souvent aux kystes du cou.

Tels sont les symptômes objectifs par lesquels le kyste traduit sa présence. Ce sont d'ailleurs souvent les seuls signes que l'on rencontre, au moins dans les tumeurs de moyen volume. Cependant il ne faut pas oublier que les symptômes subjectifs et leur intensité sont en rapport moins avec les dimensions de la poche qu'avec le siège qu'elle occupe; on pourra donc les voir coïncider avec les signes que nous venons d'énumérer et exceptionnellement les précéder.

Dans l'observation de Bucquoy, on note une atrophie de la moitié gauche de la face avec rétraction musculaire; le globe de l'œil était porté en haut et en dedans; il y avait en même temps hémianesthésie incomplète. Le malade aurait éprouvé une céphalalgie intense, générale, avec exacerbations surtout à gauche; au bout de 18 mois survint de la paralysie faciale avec des troubles de la vue. Des symptômes si accentués sont exceptionnels et il ne faut pas oublier que, dans ce cas, si le kyste venait faire saillie en arrière du sterno-cléido-mastoïdien, il se prolongeait fort loin, derrière le pharynx et il paraît provenir de la paroi cranienne, peut-être du sphénoïde à moins qu'il ne fût intra-cérébral.

Chez un malade dont l'histoire est rapportée dans la thèse d'Odile (Obs. XXVIII de la thèse de Coupry), une céphalée intense, continue, occupant toute la tête, durait depuis trois ans. Depuis deux ans, affaiblissement de la vue et de l'ouie à gauche. A son entrée à l'hôpital, prolapsus presque complet de la paupière supérieure; paralysie du droit externe et du droit inférieur à gauche; rétraction des muscles de la face; anesthésie de la moitié gauche de la face, des muqueuses olfactive et buccale; contracture du masséter gauche gênant l'ouverture de la bouche. Le kyste, développé vers la base du crâne, était descendu peu à peu dans la moitié gauche du cou.

A côté de ce premier type d'accidents, qui constitue un type céphalique, on en trouve un second qui peut être considéré comme un type brachial. Le premier se rencontre lorsque le hyste haut situé, se développe le long des gros vaisseaux du cou; le second est provoqué par une tumeur siégeant à la partie inférieure, vers le creux sus-claviculaire, le long de l'artère sous-clavière. Au début, il en résulte de la gêne et un peu d'engourdissement du bras et de la main, qui peut empêcher le malade de continuer son travail. En même temps on note une absence du pouls radial et du pouls huméral.

On voit donc que, si les symptômes subjectifs font défaut chez le plus grand nombre des malades, ils peuvent chez d'autres acquérir une importance considérable et nécessiter une intervention. On les voit alors diminuer et disparaître assez rapidement après la guérison du kyste, mais il ne faut pas oublier que, si les symptômes sensitifs peuvent céder complètement, il n'en est pas de même des paralysies motrices installées depuis quelque temps qui pourront persister on ne subir qu'une légère amélioration.

Avec ces accidents de compression des paquets vasculo-nerveux de la région, on peut rencontrer des phénomènes de compression de la trachée et de l'œsophage. La dyspnée peut présenter tous les degrés et par son intensité devenir une véritable complication, et chez un malade de Lindpaintner, la trachéotomie se posait comme une indication vitale. Du côté de l'œsophage, la déglutition deviendra de plus en plus difficile; le malade devra se contenter d'aliments liquides que quelquefois même il aura de la peine à avaler.

Si tous ces troubles peuvent déjà se rencontrer pour des tumeurs de moyen volume, c'est-à-dire ne dépassant pas la grosseur du poing, on conçoit qu'ils iront en augmentant progressivement avec le développement du kyste; ils deviendront aussi de plus en plus fréquents, et ils s'accompagneront en outre d'une gêne mécanique dans les mouvements du cou. L'allure clinique de l'affection pourra d'ailleurs être modifiée par l'apparition de complications.

V

Complications. — Elles constituent deux groupes absolument différents : le premier est formé par des complications d'ordre général, que l'on peut observer sur tout kyste à échinocoques, quel qu'en soit le siége; il en est une sur laquelle on doit insister ici d'une façon toute particulière, parce qu'il est fréquent de l'observer et parce qu'elle donne immédiatement à la maladie une allure grave, je veux parler de l'infection. Dans un second groupe nous placerons des complications d'ordre local; ce sont les accidents de compression dont la forme légère constituait des symptômes fonctionnels, dont la forme grave sera produite non seulement par l'exagération de ces symptômes, mais encore par l'ouverture du kyste dans les cavités voisines.

L'inflammation de la poche kystique est, nous l'avons dit, assez fréquente, et c'est elle qui, dans les deux cas que nous avons observés, avait amené le malade auprès du chirurgien. Son développement paraît favorisé par les traumatismes (Neisser), et surtout par les traumatismes répétés. D'après V. Bergmann, le développement rapide des vésicules dans une poche close et la mort d'un certain nombre d'entre elles déterminerait une irritation qui pourrait aboutir à l'inflammation. Il est bien évident qu'il s'agit presque toujours d'infection microbienne.

Dans les formes légères, l'inflammation se bornera à transformer la paroi mince de la poche en une membrane épaisse, et le liquide clair en un liquide louche et légèrement purulent. Dans les formes plus marquées, on a une suppuration franche. On voit alors le kyste devenir douloureux, plus tendu, et perdre sa mobilité, les troubles fonctionnels augmentent ; bientôt la peau devient œdémateuse, puis rouge et tendre et les symptômes sont ceux d'un large phlegmon du cou. Les téguments peuvent se ramollir, s'ulcérer et le kyste s'ouvrir spontanément à l'extérieur. Si c'est là une terminaison favorable pour le malade, il ne faut pas cependant trop compter sur elle ; c'est qu'il y a lieu de craindre que le kyste n'aille s'ouvrir dans les organes voisins ; il faut craindre aussi la diffusion du pus dans les espaces cellulaires du cou, puis du médiastin, et l'apparition d'accidents mortels contre lesquels le chirurgien est absolument désarmé. Il y a donc lieu de regarder cette infection comme une complication grave qui nécessite une intervention immédiate.

Les complications d'ordre local dérivent, ainsi que nous l'avons dit, soit d'accidents de compression intense des organes voisins, soit de la perforation de leurs parois et de l'ouverture du kyste dans leur intérieur.

Nous avons vu plus haut que, dans les cas ordinaires, les kystes qui se développent du côté du larynx et de la trachée se bornent à refouler ces organes en provoquant un peu de gêne de la respiration, qui ne doit être considérée que comme un trouble fonctionnel. Nous avons fait observer aussi que parfois cette dyspnée peut être assez vive pour nécessiter la trachéotomie. Lorsque le kyste est volumineux, lorsque la compression est exercée depuis longtemps, c'est une complication toute différente qu'il y a lieu de craindre, c'est l'ouverture du kyste dans les voies aériennes. On sait que le larynx et la trachée, au point où ils sont comprimés par une tumeur quelconque, se déforment ; le tissu cartilagineux, au point comprimé (il s'agit ordinairement du cartilage cricoïde ou des premiers anneaux de la trachée), se ramollit, puis se résorbe et la paroi molle et friable se laisse perforer à son tour. Il ne faudrait pas croire qu'il en résultât toujours et fatalement des accidents graves : dans un cas de Bock, le kyste se vida d'une façon heureuse dans le larynx ; dans une observation rapportée dans la thèse de Dardel (Paris, 1888, *Des kystes hydatiques du corps thyroïde*), il en résulta un trachéocèle, à la suite d'une ulcération de la membrane crico-thyroïdienne. Ces cas favorables sont malheureusement des exceptions, et l'ouverture du kyste dans la trachée doit être considérée comme un accident très grave, presque toujours mortel. Il se traduit par de la dyspnée ou des accidents de suffocation qui sont déterminés, soit par l'épanchement du liquide ou de vésicules dans les voies aériennes, soit par l'espèce de bouchon que forment les membranes flottantes provenant de la poche. Dans plusieurs observations, ces symptômes existaient depuis plusieurs mois avant d'avoir déterminé la mort.

C'est, du côté des voies aériennes, le seul accident que nous ayons pu relever. Il en est un autre que nous n'avons pas trouvé signalé, mais dont l'existence est fort probable, c'est l'ouverture du kyste dans les bronches, analogue à celle que déterminent les kystes du foie. Tandis en effet que les kystes de la portion supérieure du cou se portent en dedans vers le larynx et la trachée, les kystes de la portion inférieure se développent en bas vers la plèvre et le poumon. Au contact de la poche, la plèvre irritée réagit et la formation d'adhérences supprime en ce point sa cavité. Le poumon sous-jacent se congestionne, se sclérose et tout permet de croire que le kyste, continuant son évolution, pourrait s'ouvrir dans les bronches sous-jacentes.

L'œsophage, par un processus analogue, peut être le point de départ des mêmes accidents. La dysphagie des cas légers est due à une simple compression de l'œsophage. Plus tard, le kyste plus volumineux lui adhère et d'une façon tellement intime qu'il peut être difficile de les séparer l'un de l'autre. A la longue, enfin, l'œsophage se laisse lui aussi perforer, mais c'est un accident plus rare, plus tardif que la perforation trachéale, la paroi épaisse et molle de l'œsophage fuyant plus longtemps devant la tumeur, tout en conservant son intégrité.

La perforation de l'œsophage, ou celle du pharynx, se font surtout sur la face postérieure de ces organes, la tumeur se trouvant serrée entre eux et la colonne vertébrale. Le vomissement de kystes ou de membranes qui en résulte a une gravité de beaucoup moins grande que les accidents consécutifs à l'ulcération trachéale et le pronostic qu'ils comportent est relativement favorable.

Les complications des kystes les plus fréquentes et les plus graves sont d'origine vasculaire, et leur existence s'explique d'autant mieux que nous avons vu les kystes prendre naissance au voisinage des gaines vasculaires. Le kyste, après avoir déformé et aplati la lumière du vaisseau, vient s'unir à lui par des adhérences intimes, qui pourront entraîner avec elles la paroi vasculaire au cours des tentatives d'extirpation de la poche. Plus tard la paroi vasculaire se perfore. Dans les cas qui en ont été rapportés (Kœrte, Cloquet, James, Dixon), cet accident s'est produit à la suite d'une intervention, sans qu'aucune des manœuvres opératoires ait pu déterminer une lésion artérielle ; il est probable que l'évacuation du kyste laisse la paroi artérielle se distendre à ce niveau, puisque rien ne la soutient plus en dehors, et que cette paroi déjà amincie se rompt sous l'influence de la pression sanguine.

Chez la malade de Kœrte, l'opération ayant eu lieu le 15 mars, la rupture artérielle se fit dans la nuit du 6 au 7 juin, brusquement, alors que la plaie était presque complètement cicatrisée ; l'hémorragie, très considérable, fut arrêtée par la compression et le tamponnement de la cavité ; cependant quelques heures après, la mort survenait au milieu de convulsions et à l'autopsie on trouva un orifice conduisant dans la sous-clavière.

Cloquet observa une mort par hémorragie dix-sept jours après l'opération. Le malade de Dixon eut une hémorragie dès le premier jour ; le dix-neuvième et le vingtième jour, des hémorragies formidables survinrent et amenèrent la mort.

Il s'agit toujours, on le voit, d'un accident tardif, la paroi artérielle devant se dilater et s'amincir avant de se rompre. La perforation vasculaire est d'étendue très variable ; ordinairement fine, permettant seulement le passage d'un stylet, elle s'étendait, dans le cas de Dixon, sur une longueur d'un demi-pouce, entre l'origine du vaisseau et les scalènes : cette fente occupait la moitié du pourtour d'une dépression ovale, profonde, large d'un demi-pouce, à grand axe parallèle à la direction de l'artère, ce qui nous montre bien le mécanisme qui préside à cette rupture.

Plus rarement, la compression de l'artère amène son oblitération et sa transformation en un cordon fibreux. C'est ce que l'on observait dans le cas de Dixon, dont nous

venons de parler, au delà du point où le vaisseau était rompu; c'est ce qui devait exister dans un cas de Tillaux où l'évacuation de la poche ne fit pas reparaître le pouls radial. Nous nous bornons à signaler cet accident, d'abord parce qu'il est rare, et d'autre part parce qu'il n'est d'aucune gravité.

Rappelons en terminant que l'on peut rencontrer des complications du côté du système osseux; au contact du kyste, on a vu le corps ou les apophyses traverser des vertèbres, se résorber peu à peu, de même que les côtes; on peut voir la clavicule se projeter en avant et tendre à se luxer, mais ce sont là plutôt des trouvailles d'autopsie qui ne se sont traduites par aucun symptôme.

VI

Diagnostic. — Cette longue série de symptômes, modifiée encore par la complication que nous venons de signaler, ne comporte cependant rien d'assez précis pour permettre de reconnaître que le kyste que l'on examine est un kyste hydatique: nous avons dit que le frémissement manquait presque toujours. La ponction exploratrice elle-même ne met pas à l'abri d'une erreur: si le liquide est louche ou purulent, elle n'a été d'aucune utilité; elle doit y faire penser quand le liquide est clair comme de « l'eau de roche » et sans albumine; elle permet de l'affirmer si l'examen microscopique y montre les crochets caractéristiques. Dans la majorité des cas, c'est par exclusion que l'on arrivera à porter ce diagnostic.

Les tumeurs ganglionnaires, inflammatoires ou néoplasiques, sont dures, mobiles, évoluent plus vite; il est rare que la lésion soit limitée à un seul ganglion, la chaîne lymphatique est d'ordinaire rapidement envahie.

Le lipome, à cause de sa fausse fluctuation, prête davantage à la confusion, mais il est souvent bosselé, irrégulier, moins mobile qu'un kyste et est plus superficiel.

Avec la série des tumeurs liquides, le diagnostic devient bien plus difficile. Les kystes branchiaux siègent en avant du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien; ils apparaissent dans la première ou la seconde enfance, alors que le kyste hydatique est exceptionnel; ils sont de petit volume et se continuent par un cordon fibreux qui va se perdre dans la profondeur.

Les kystes séreux congénitaux sont d'une apparition précoce et leur liquide est extrêmement riche en albumine.

Le spina bifida siège d'ordinaire en arrière, alors que les kystes de la nuque sont rares; il est moins développé, il est plus ou moins complètement réductible; il augmente pendant la toux ou par suite d'un effort.

Les abcès par congestion seront révélés par la douleur et l'impotence fonctionnelle qui ont précédé leur apparition, et par les symptômes vertébraux que donnera l'examen du malade.

Les gommes syphilitiques sont d'ordinaire intra-musculaires. De volume moindre, elles évoluent plus rapidement et dans les cas douteux l'influence du traitement spécifique fera faire le diagnostic.

Les kystes developpés dans un lobe aberrant de la thyroïde accompagnent le larynx et s'élèvent avec lui pendant la déglutition; c'est là le seul signe qui permettra de les différencier des tumeurs qui nous occupent.

Les anévrysmes se reconnaîtront à leur réductibilité et aux battements qui les animent.

Les ganglions kystiques, symptomatiques d'un néoplasme voisin, se différencieront par leur évolution plus rapide, l'amaigrissement que l'on observe, les signes fonctionnels que provoque le néoplasme et la constatation directe de celui-ci.

Le diagnostic des kystes hydatiques suppurés est plus difficile encore; sans doute, le malade raconte d'une façon très affirmative qu'il avait un kyste depuis plusieurs années que la tumeur était petite et mobile, puis s'est subitement enflammée et la possibilité d'un phlegmon du cou est rejetée par cette évolution; mais pour savoir à quelle variété de kyste on a affaire, il est nécessaire de recourir à l'examen direct, au cours de l'intervention.

Aussi ne faut-il pas nous étonner si le diagnostic ferme n'est porté que d'une façon exceptionnelle, et Jürgens dans sa thèse fait remarquer qu'il ne l'a été que trois fois sur 27 malades, et encore une fois la ponction exploratrice avait été faite.

VII

Marche et pronostic. — Le kyste hydatique du cou, ainsi que cela ressort d'une façon très nette de la lecture des observations, est une tumeur qui évolue avec une lenteur extrême. Les malades gardent leur tumeur pendant cinq, dix, vingt ans et l'on cite même le cas d'une bergère qui porta pendant quarante-trois ans une tumeur dont le poids en hydatides fut, à l'incision, évaluée à 2 livres. L'augmentation de volume se fait progressivement et régulièrement pendant de nombreuses années; parfois sans motif, il prend une allure rapide et acquiert en quelques semaines un volume considérable. La grossesse paraît influer en ce sens, ainsi que le montre l'histoire de la malade de Reverdin; il en est de même d'un travail fatigant.

L'idée qui se dégage de cette étude, c'est que le kyste du cou est une affection bénigne, dont les complications ne portent que sur la tumeur elle-même, ou sur les organes voisins. Cette bénignité est relative. Abandonné à lui-même il se développe progressivement, et risque de s'ouvrir dans les organes voisins. En même temps, il leur adhère de plus en plus, et si l'on attend d'avoir la main forcée pour intervenir, l'intervention sera plus grave et plus difficile. Enfin les complications qui peuvent survenir sont d'un pronostic grave et amènent ordinairement la mort. Le pronostic est donc bénin, mais à condition que l'on intervienne de bonne heure, dès que le diagnostic a été porté.

VIII

Traitement. — La thérapeutique des kystes hydatiques du cou était autrefois fort simple. C'est à la ponction que l'on avait systématiquement recours, et la discussion portait seulement sur la question de savoir s'il fallait se contenter de la ponction simple ou s'il fallait injecter ensuite dans l'intérieur de la poche une substance modificatrice, dont la plus en faveur fut la teinture d'iode. La question se présente actuellement sous une autre face. L'expérience a montré que la ponction simple est insuffisante, et que les ponctions avec injection iodée sont dangereuses ou inefficaces; elles déterminent une suppuration prolongée avec, au début, des phénomènes qui peuvent être alarmants: douleurs vives, gonflement du cou, troubles de compression, etc. Nous commencerons donc par rejeter en bloc ce traitement médical des kystes pour ne discuter que le traitement véritablement chirurgical.

Nous nous trouvons alors en présence de deux sortes

d'opérations : d'une part l'incision simple de la poche, d'autre part l'incision suivie de l'extirpation totale ou partielle de la paroi. L'incision simple de la poche est une opération à la portée de tous, mais elle nécessite des soins prolongés car le kyste ne peut guérir que lorsque la suppuration aura détruit la paroi interne du kyste, et elle expose à des fistules intarissables. L'extirpation de la poche est suivie d'une guérison rapide, et met à l'abri d'une récidive qui peut survenir à la suite de la simple incision; par contre l'extirpation constitue souvent une intervention très difficile; il est rare que la poche se laisse détacher facilement des tissus voisins. D'ordinaire elle adhère intimement aux vaisseaux, ou à la trachée, ou à l'œsophage, et le chirurgien est obligé d'abandonner certaines parties du kyste au fond de la plaie, s'il ne veut pas faire une intervention téméraire et dangereuse; aussi quand on parle d'extirpation de la poche, il s'agit ordinairement d'extirpation partielle. Lorsque la plus grande partie de la poche a été enlevée et qu'il ne reste que des parcelles peu étendues, on peut se contenter de les cautériser au chlorure de zinc ou avec du sublimé fort, et l'on referme la plaie après avoir assuré le drainage. Lorsque la poche au contraire subsiste dans sa presque totalité, il serait périlleux par le curetage et les caustiques de tenter de la détruire complètement, il faut alors suturer ses parois aux lèvres de la plaie, comme on marsupialise un kyste abdominal et attendre de la suppuration la destruction de cette poche.

Incision simple, extirpation partielle, extirpation totale, voilà donc une série d'interventions qu'il nous est difficile d'opposer; nous n'avons guère la possibilité de choisir; il est certain qu'il faut enlever de la poche tout ce qu'il est possible de disséquer, et que l'extirpation est préférable à l'incision, mais notre ligne de conduite ne dépend d'ordinaire pas de notre volonté; les lésions que nous allons rencontrer nous obligent à la modifier. L'intervention opératoire, quelle qu'elle soit, donne d'ailleurs des résultats favorables et les quelques cas de mort observés sont surtout la conséquence d'hémorragies tardives.

Quant aux kystes suppurés, ils seront traités par l'incision et le drainage après évacuation de la poche; on ne peut songer à extirper celle-ci qui constitue une barrière à l'infection et il faut attendre de la formation des bourgeons charnus la destruction de la paroi kystique et l'oblitération de la poche.

Bibliographie. — Coupry. *Les kystes hydatiques de la région cervicale, corps thyroïde excepté*, Th. de Lyon, 1891. — Guterbock. Uber Echinococcus des Halses, *Arch. f. klin. Chir.*, 1893. — Matwejew. Contribution à l'étude des échinocoques du cou, *Medicin Obosr.*, 1893, n° 5. — Rovighi. Del fremito e della rizonanza idatigena, *Il Policlinico*, 1894, n° 11. — Zarukow. Deux cas de kystes hydatiques du cou, *Medicin Obosr.*, 1894, n° 22.— Bogaewsky. VI° Cong. des méd. russes, Kiew, *Vratch*, 1896. — Sudakow. Onze cas d'échinocoques, *Vratch*, 1897, n° 44. — Jurgens. *Uber den Halsechinococcus*, Th. de Greifswald, 1897. — Fritz Reich. Ein Fall von Echinococcus des Halses, *Münch. med. Wochens.*, 1898. — Posadas. Traitement des kystes hydatiques, *Revue de chir.*, 1899. — Kokoris. Zur Kasuistik der Echinococcusgeschwrülste, *Wien. klin. Wochens.*, 1900, n° 33. — Routier. Un cas de kyste hydatique du cou, Soc. de chir., 28 nov. 1900. — Vegas et Cromwell. Les kystes hydatiques et leur traitement dans la République argentine, *Revue de chir.*, 1900. — Varin. Un cas de kystes hydatiques multiples du cou, *Ann. de santé milit.*, Buenos-Aires, 1900, II, 592-597.

UNE ALERTE AU CHLOROFORME A MADAGASCAR

Par M. Couteaud,

Médecin en chef de la marine.

En 1896, pendant un séjour à Tananarive, un colon vint me demander si je voulais bien lui pratiquer une dilatation rectale pour des hémorrhoïdes. « Le professeur Tillaux, me dit-il, m'a déjà opéré de cette affection, sous le chloroforme, il y a plusieurs années; mon anesthésie fut très délicate, et ce chirurgien me conseilla d'être très circonspect en cas de nouvelle opération, aussi j'exige la présence d'au moins trois médecins sérieux pour veiller sur moi pendant l'opération. »

J'examinai le malade et constatai l'intégrité de ses principaux organes, notamment du cœur et des poumons. Originaire de La Réunion, agé de quarante-huit ans, cet homme vigoureux, énergique, fort intelligent, mais d'une grande nervosité, m'avoua qu'il usait souvent pour dormir, presque sans succès, des divers stupéfiants et hypnotiques connus (chloral, bromure de potassium, opium, etc.). Il n'était pas morphinomane, autant qu'on en pouvait juger par l'inspection de son corps exempt de traces de piqûres. Bref, je souscrivis sans peine à toutes ses conditions. J'aurais bien voulu recourir à l'éther, mais ce produit, au lendemain de la conquête de Madagascar, nous étant parcimonieusement ménagé, je résolus d'employer le chloroforme qui, somme toute, avait réussi entre les mains de Tillaux.

Le lendemain matin, assisté de deux collègues ayant maintes fois chloroformisé, tout étant disposé pour l'opération, je fais donner le chloroforme au moyen du cornet de Raynaud par le médecin le plus ancien, en le chargeant de surveiller la respiration, tandis que je confie le pouls au second médecin. Le chloroforme est administré prudemment, à petites bouffées, et non à dose massive. Au bout de quatre ou cinq minutes, sans période franche d'excitation, mais après de la roideur de tous les membres, l'insensibilité était obtenue et tout semblait devoir bien se passer, sauf toutefois un léger abaissement de la pression sanguine. Mais le pouls était très perceptible, en sorte que je crus que l'opération serait finie avant la possibilité de toute alerte.

Après avoir fait disposer le patient en décubitus latéral, à peine pris le temps d'oindre de vaseline mon dilatateur, je me préparais à l'introduire dans le rectum quand, par acquit de conscience, je demandai si le malade respirait toujours bien. Au même instant, l'aide préposé au pouls s'écrie : « Mais il n'y a plus de pouls ! » cri suivi presque aussitôt de celui-ci : « Mais il ne respire plus ! » Je remets vivement le malade sur le dos et constate l'arrêt absolu de la respiration et des battements du cœur. Nous pratiquons aussitôt la respiration artificielle, l'un de mes aides exerçant sur la langue des tractions rythmées, pendant que le second et moi nous élevons synchroniquement les bras tout en comprimant la base du thorax. Dix longues minutes se passent sans amener autre chose que, de loin en loin, un imperceptible soupir, pas assez prolongé pour faire espérer un retour à la vie. Cependant les pupilles restaient toujours contractées, ce qui m'empêchait de perdre tout espoir.

J'avais apporté un appareil à induction de Gaiffe : je pensai que là pouvait être le salut. Je lâchai la respiration artificielle continuée par mes aides, me faisant relayer par le fils du malade, un garçon de vingt et un ans, qui assistait les yeux humides à cette scène tragique. La pile chargée environ trois minutes après, j'appliquai les réophores successivement sur le trajet du phrénique, au niveau du cœur et des attaches du diaphragme. Au bout de trois ou quatre minutes, j'eus la satisfaction d'entendre des soupirs d'abord faibles, puis plus forts, puis prolongés en un bruit franc d'expiration, et enfin la respiration se rétablir lentement. Tout danger était définitivement écarté.

Cette scène pénible avait duré environ vingt minutes.

Je pus faire alors l'opération en profitant de l'hébétude du sujet et en donnant seulement quelques gouttes de chloroforme. Cet anesthésique soumis à l'analyse de M. Nanta, un distingué pharmacien militaire, fut reconnu très pur. Un peu plus tard, d'ailleurs, je pus m'en servir sans alerte au cours d'autres opérations.

Un de mes doctes confrères, à qui je racontais cette histoire, me disait :

— Il faut non seulement surveiller la respiration, le pouls, la pupille, mais le teint du visage.

— Je le sais, lui répondis-je ; mais quant au teint, je vous jure qu'il nous aurait été très difficile de voir pâlir le malade, car c'était... un mulâtre !

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(19 MARS 1902)

Nous arrivons au terme de la discussion sur le **chloroforme.** M. Poirier qui l'a soulevée et qui ne s'attendait pas sans doute, à l'occasion d'un fait particulier, à donner lieu à un pareil débat, vient aujourd'hui rappeler et résumer les diverses argumentations de ses collègues. Il ressort, dit-il, de cette discussion tout d'abord cette première impression que la mort par le chloroforme est encore plus fréquente qu'on ne le pensait, qu'elle est vraiment trop fréquente et qu'elle dépasse probablement le chiffre de 1 sur 3000 qui a été souvent donné comme moyenne.

Cependant presque tous les chirurgiens de Paris sont restés fidèles au chloroforme ; ils n'associent généralement pas les différents anesthésiques. Un seul a recours au bromure d'éthyle et au chloroforme ; deux autres paraissent préférer le chlorure d'éthyle. Tous sont tombés d'accord pour admettre deux variétés de mort subite ou rapide par le chloroforme, la syncope par réflexe laryngé inhibitoire et la syncope respiratoire. Si nous sommes généralement impuissants à combattre la première, nous sommes mieux armés pour triompher de la seconde et parmi les moyens à mettre en œuvre dans ce but, il faut placer au premier rang la respiration artificielle. Enfin, presque tous les orateurs qui ont pris la parole dans cette discussion ont reconnu que beaucoup de cas de mort par le chloroforme étaient dus au mode d'administration de cet anesthésique. Or, cette discussion n'aurait-elle eu pour effet que de raviver un peu l'attention des chirurgiens et le sentiment de leur responsabilité, en cas d'accident, qu'il faudrait encore féliciter ses promoteurs.

M. Poirier revient sur la tentative qu'il a faite pour sauver son malade, tentative qui, on se le rappelle, a consisté à fendre le centre phrénique, à aller chercher le cœur, et à exciter directement ses contractions par une sorte de massage. Cette manœuvre n'a guère été discutée, un seul membre ou à peu près ne l'a rappelée que pour la juger un peu sévèrement, c'est M. le professeur Terrier, contre l'argumentation duquel M. Poirier éprouve le besoin de défendre ce procédé comme pouvant rendre la vie à quelques malades. Il est certain que M. Terrier s'est montré quelque peu sévère pour la tentative de M. Poirier : il est bon de rappeler, à ce sujet, que M. Poirier opérait dans le ventre, dans la portion sous-diaphragmatique du ventre, que celui-ci était déjà largement ouvert et que ce qu'on a qualifié un peu exagérément d'effondrement du thorax a consisté en une simple incision du centre phrénique. Aussi trouvons-nous très légitime la défense de M. Poirier quand il s'agit du cas particulier qui a servi de point de départ à cette discussion. Mais nous éprouvons quelque peine à le suivre quand il ajoute que ce procédé pourrait être également tenté dans toute autre opération, alors même que le ventre ne serait pas ouvert. Il suffirait, dit-il, de l'ouvrir, et, le cas échéant, il n'hésiterait pas à le faire.

Voilà donc close cette grande discussion sur le chloroforme. Nous n'en voulons retenir que quelques points sur lesquels nous nous trouvons personnellement d'accord avec la grande majorité des membres de la Société de chirurgie.

C'est tout d'abord la supériorité incontestable du chloroforme sur tous les autres anesthésiques employés jusqu'ici ; c'est ensuite son mode d'administration à doses petites et continues par le procédé de Labbé ; c'est en troisième lieu son innocuité relative chez les cardiaques. Enfin, la formule de Sédillot, qui dit que le chloroforme pur et bien donné ne tue jamais, est certainement trop absolue ; il est incontestable qu'il y a des cas dans lesquels le chloroforme peut tuer subitement et sans que rien puisse prévenir ni empêcher cette mort ; mais il n'en est pas moins vrai que tous les cas de mort par le chloroforme ne sont pas de ces cas et qu'il en est un grand nombre, un trop grand nombre, qui sont le résultat d'une faute commise dans l'administration du chloroforme. Notre devoir à tous, est donc de ne confier, autant que possible, le chloroforme qu'à des aides très sérieux, et ayant déjà l'habitude de l'anesthésie, de garder malgré tout, nous-mêmes, la responsabilité pleine et entière de cette anesthésie et de redoubler d'attention et de surveillance dans les cas où une nécessité quelconque, fût-ce celle de l'enseignement des élèves, nous oblige à confier le chloroforme à des jeunes gens encore inexpérimentés ou à des médecins n'en n'ayant aucunement l'habitude ou même à des étrangers à la médecine. Il ne faut donc pas trop se laisser endormir par cette pseudo-sécurité que finit par donner la grande habitude d'un acte qu'on accomplit tous les jours ; il faut considérer toujours l'anesthésie comme l'un des actes les plus importants de l'opération quelle qu'elle soit et comme méritant toujours la plus grande attention, la plus stricte surveillance, non seulement de la part de l'anesthésiste, mais aussi de la part de l'opérateur, restant toujours responsable.

Une discussion s'est ouverte sur l'intéressante observation de **cure chirurgicale de certains anévrismes de la crosse de l'aorte** communiquée par M. Tuffier. Déjà, au cours de cette discussion, on a parlé du traitement des anévrismes par l'emploi du sérum gélatiné préparé par MM. Lancereaux et Paulesco. M. Reynier vient d'observer un cas dans lequel cette méthode a vraiment donné des résultats très remarquables. Il s'agit d'une femme de quarante ans, qui à la suite d'une chute d'un second étage sur la tête a une fracture de la base du crâne ; elle se rétablit, et un mois après cet accident, elle présente de la douleur et de l'exophtalmie de l'œil droit, avec de la diplopie et des bourdonnements d'oreille incessants, de la céphalalgie et sensation de bruit métallique. On reconnaît l'existence d'un anévrisme artério-veineux du sinus caverneux. La compression de la carotide primitive droite fait cesser le bruit de souffle caractéristique. M. Reynier propose la ligature de la carotide primitive qui est acceptée. Les suites sont bonnes, les troubles disparaissent. Mais la malade voit moins bien qu'avant l'opération, son œil se congestionne ; elle présente, en outre, des troubles d'aliénation mentale passagers. Puis le bruit de souffle revient, l'anévrisme se reforme. Alors M. Reynier, d'accord

avec le médecin de la malade, M. Coumétou, prescrit des injections de sérum gélatiné à 10 p. 1000, 5 centimètres cubes tous les deux jours. Sous l'influence de ces injections, le souffle diminue d'abord puis disparaît, mais pour reparaître peu de temps après la cessation de ces injections. Enfin après plusieurs reprises du traitement toujours suivies de récidive, MM. Reynier, Coumétou et Paulesco décident de pratiquer une injection de 200 centimètres cubes de sérum gélatineux. Le souffle disparaît, puis revient; nouvelle injection de 100 centimètres cubes après laquelle une grande amélioration est obtenue et persiste. L'état de cette malade est, depuis plusieurs mois, resté très satisfaisant. Il y a donc un parti très avantageux à tirer des injections de sérum gélatiné dans le traitement des anévrismes.

M. Legueu fait un rapport sur une observation de **phlegmon gangréneux du scrotum développé sous l'influence d'une appendicite herniaire**, communiquée par M. Morestin: un homme de soixante et un ans arrive à l'hôpital dans un état très grave, avec un phlegmon gangréneux du scrotum qu'on reconnaît tout de suite n'être pas d'origine urinaire.

M. Morestin fait de larges incisions libératrices, trouve une hernie dont il entreprend la cure radicale, il ouvre le sac, trouve un appendice long, fistuleux, l'enlève et achève la cure radicale. Guérison parfaite en quelques jours.

MM. Walther, Bazy; Schwartz et Potherat ont observé des cas analogues.

M. Schwartz communique une observation de **pseudo-appendicite**. Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans qui, en septembre 1900, présente des phénomènes d'appendicite et est opérée d'urgence par un chirurgien de garde dans le service de M. Routier. Quelques mois après, elle présente de l'éventration dont M. Thiery pratique la cure radicale. Deux mois après, nouvelle poussée aiguë avec tous les symptômes d'une crise appendiculaire, douleur intense au point de Mac Burney, vomissements, etc. Ces phénomènes disparaissent sous l'influence du repos et de la glace. Nouvelle crise très grave un mois après. M. Schwartz attend que cette crise ait disparu et opère à froid peu de temps après; il trouve quelques adhérences, une légère péritonite et sur le bord libre d'une anse d'intestin grêle une petite tumeur qui n'est autre qu'un petit fibrome avec dégénérescence caséeuse développé autour d'un fil de soie. Conclusion à tirer de ce fait : Préférez le catgut à la soie.

M. Pauchet (d'Amiens) communique une intéressante observation de **fistule intestino-vaginale** s'étant produite deux ans après une hystérectomie vaginale pour cancer.

REVUE DES THÈSES

De l'œdème aigu du poumon dans le rhumatisme articulaire franc, par M. le docteur J. Mehoyas. (Th. de Montpellier, 1900-1901.)

L'œdème aigu du poumon dans le cours du rhumatisme articulaire franc est rare. M. Mehoyas ayant eu l'occasion d'en observer deux cas, dont l'un mortel en quelques heures, l'autre suivi de guérison, grâce à une thérapeutique très énergique, en profite pour en faire l'étude complète.

A l'instar des complications d'origine nerveuse du rhumatisme, ce qui caractérise l'œdème aigu du poumon, c'est son apparition brusque, et sa disparition rapide. Il peut s'arrêter à sa première phase, à la phase de congestion, tuer brusquement; ou bien disparaître subitement comme disparaissent subitement aussi les fluxions articulaires. En général, il accomplit toute son évolution, arrive à la phase d'œdème en quelques minutes, peu à peu, se localisant d'abord, et se généralisant ensuite, entraînant le plus habituellement la mort.

Le pronostic est grave, il est subordonné à l'époque précoce ou hâtive à laquelle on pose le diagnostic et au traitement hâtif et énergique institué.

La pathogénie peut être rapportée à l'intervention de deux éléments : un élément prédisposant et un autre déterminant.

L'infection rhumatismale est l'élément prédisposant; par les modifications osmotiques du sang et des liquides interstitiels qu'elle produit, elle met l'organisme en état d'infériorité, en imminence d'œdème.

L'élément déterminant peut être un réflexe qui part du pneumogastrique ou du centre bulbaire, et qui se réfléchit sur le sympathique pour produire l'hyperhémie des poumons et les troubles mécaniques de la circulation. Ces derniers peuvent être consécutifs ou non à la fluxion du poumon.

Ce réflexe et ces perturbations de la circulation peuvent être produits par les toxines encore inconnues du rhumatisme et par une affection de l'appareil cardio-pulmonaire.

Pour le traitement, il faut toujours agir rapidement. On doit toujours commencer *par la saignée*, la morphine est absolument contre-indiquée, on doit proscrire le vésicatoire dans les cas d'imperméabilité rénale ou d'albuminurie, et être avare dans l'emploi du salicylate de méthyle.

L. I.

Contribution à l'étude des corps étrangers de la vessie, par M. le docteur J. Cayrol. (Th. de Montpellier, 1900-1901.)

M. Cayrol rapporte tout d'abord deux nouvelles observations de corps étrangers de la vessie. Dans le premier cas, le malade avait introduit dans son urètre un tendon de porc, dans le deuxième cas le corps étranger était une canule d'irrigateur.

A propos de ces deux observations, l'auteur s'occupe : 1° du mode de progression des corps étrangers dans l'urètre; 2° de l'anatomie pathologique du corps étranger arrivé dans la vessie.

Pour lui, la progression parfois très rapide du corps étranger est due à plusieurs causes et surtout : 1° contractions des fibres longitudinales de l'urètre, 2° retrait de la verge après l'érection, 3° manœuvres intempestives du malade, 4° contractions du sphincter vésical.

La situation des corps étrangers arrivés dans la vessie, varie avec la longueur et la nature. S'ils ont une longueur de 10 centimètres, et une densité supérieure à celle de l'urine, ils tendent à se disposer suivant le diamètre transversal. S'ils ont de 12 à 12 centimètres et demi ils se placent suivant les diamètres verticaux ou obliques. Si les dimensions sont supérieures à 12 centimètres et demi le corps étranger est partie dans l'urètre partie dans la vessie. Les corps mous et flexibles, arrivés dans la vessie, subissent des modifications dans leur forme; poussés dans un sens et dans l'autre par les contractions de la vessie, ils se pelotonnent, s'enchevêtrent, formant même de véritables nœuds.

La rapidité plus ou moins grande des incrustations calcaires dont se recouvre le corps étranger dans la vessie est en raison directe de la plus grande septicité du corps étranger, car la cystite, cause des concrétions calcaires, étant produite par l'action d'agents microbiens, le corps étranger se recouvrira d'autant plus vite de sels calcaires qu'il sera plus septique.

Quant aux formes des incrustations, l'auteur avec Poulet les ramène à cinq types principaux : 1° calcul sphérique ou ovoïde englobant le corps étranger; 2° calcul fusiforme au

milieu du corps étranger; 3° calcul en casse-tête avec deux renflements terminaux; 4° calcul en massue à l'une des extrémités du corps étranger, l'autre étant libre; 5° calcul en chapelet ou en grappe. H. M.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — ÉPREUVE ORALE. — Séance du 19 mars 1902. — Questions : « Canal cholédoque. — Symptômes de la colique hépatique. » — MM. Ricou, 16 + 23 = 39; Muret, 14 + 20 = 34; Bailleul, 15 + 18 = 33; Liné, 13 + 17 = 30; de Martel, 13 + 17 = 30; Calagduès, 13 + 16 = 29; Labadie-Lagrave, 10 + 18 = 28; Robier, 9 + 16 = 25; Eug. Cossard, 9 + 15 = 24.

Séance du 20 mars 1902. — Questions : « Rapports du muscle psoas-iliaque. — Symptômes de la fièvre typhoïde au début du deuxième septenaire. » — MM. Descomps, 18 + 19 = 37; Martin, 15 + 19 = 34; Klein, 15 + 18 = 33; Ollier, 15 + 18 = 33; Béal, 15 + 17 = 32; Pater, 12 + 18 = 30; Kauffmann, 10 + 15 = 25; Friedel, 7 + 15 = 22.

Hôpitaux de province. — *Limoges.* — M. le docteur Garraud-Chantard est nommé chef du service radiographique.

Facultés de médecine. — *Lyon.* — M. le docteur Jaboulay, agrégé, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

Lille. — M. le docteur Carlier, agrégé, est nommé professeur de pathologie externe.

Écoles de médecine. — *Reims.* — M. le docteur Lardennois, professeur suppléant de clinique chirurgicale, est chargé du cours d'anatomie jusqu'à la fin de l'année scolaire.

— Le concours pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, qui devait s'ouvrir le 10 novembre, devant la Faculté de médecine de Nancy, aura lieu le 5 novembre 1902.

Marine. — M. le médecin en chef de première classe Dhoste est désigné pour faire partie, en qualité de médecin d'escadre, de l'état-major général de M. le vice-amiral Maréchal, nommé au commandement en chef de l'escadre de l'Extrême-Orient.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la onzième semaine, 1 134 décès, chiffre voisin de celui de la semaine précédente (1 147) et de la moyenne (1 100).

La fièvre typhoïde a causé 9 décès au lieu de 12 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 11. Le nombre des cas nouveaux, 65, est encore supérieur à la moyenne 55. La variole a causé 7 décès au lieu de 3 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 2. Le nombre des cas nouveaux signalés à la Préfecture de police (34) est un peu supérieur à la moyenne (23). A Londres, l'épidémie de variole est de plus en plus meurtrière; le chiffre de la dixième semaine (38 décès) n'avait pas encore été atteint; l'Est de la ville, et surtout le quartier de Stepney est tout particulièrement frappé.

La rougeole a causé 12 décès, au lieu de 15 et 20 pendant les deux dernières semaines et au lieu de la moyenne 21. La scarlatine, 2 décès, comme la semaine précédente (la moyenne est 3); la coqueluche (20 décès, au lieu de 13 et 19 pendant les précédentes semaines) continue à être très fréquente (la moyenne est seulement 8); il en est de même de la diphtérie, qui a encore causé 20 décès (au lieu de 22 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins, 136, est en diminution légère sur la semaine précédente, 150, mais toujours très supérieur à la moyenne, 80.

La diarrhée infantile a causé 38 décès de 0 à 1 an, au lieu de 34 et 40 pendant les deux dernières semaines (la moyenne est 28).

En outre, 21 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 232 décès au lieu de 240 pendant la semaine précédente et au lieu de 230, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 15 décès (au lieu de la moyenne 20); bronchite chronique, 25 (au lieu de la moyenne 33); pneumonie, 51 (au lieu de la moyenne 60); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 141 (au lieu de la moyenne 117), dont 42 sont dus à la congestion pulmonaire et 77 à la broncho-pneumonie. En outre, 14 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 239 décès; la méningite tuberculeuse, 20; la méningite simple, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent 12; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 59; les maladies organiques du cœur, 66; le cancer a fait périr 56 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès; la cirrhose du foie, 10; la néphrite, 35; enfin, 52 vieillards sont morts de débilité sénile.

Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes (Session de Grenoble, août 1902). — Le prochain Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra, du 1er au 8 août prochain, à Grenoble, sous la présidence de M. le docteur E. Régis, professeur de psychiatrie à l'Université de Bordeaux.

Les questions qui feront l'objet de rapports sont les suivantes :

1° *Pathologie nerveuse :* Les tics en général. Rapporteur : M. Noguès (de Toulouse).

2° *Pathologie mentale* : Des états anxieux dans les maladies mentales. Rapporteur : M. Lalanne (de Bordeaux).

3° *Médecine légale :* Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal. Rapporteur : M. Ernest Dupré (de Paris).

Les rapports seront adressés aux adhérents du Congrès pour le 1er juillet au plus tard.

Le secrétaire général du Congrès est M. le docteur Bonnet, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère).

Muséum d'histoire naturelle. — M. le professeur Nestor Gréhant commencera son cours de physiologie générale, le mardi 8 avril, à trois heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, dans son laboratoire, quai Saint-Bernard. — Objet du cours : Démonstrations expérimentales sur les sécrétions en général, et en particulier sur les reins, le foie, le pancréas, les glandes mammaires, le corps thyroïde.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Crouzat, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Toulouse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Cliniques médicales iconographiques, par MM. P. HAUSHALTER, G. ETIENNE, L. SPILLMANN, agrégés de la Faculté de médecine de Nancy, et Ch. THIRY, ancien interne des hôpitaux de Nancy. Publication in-4° jés. compren. 62 pl. composées de 398 fig. en phototypie portant sur 284 observat. Publié en 8 fascic. — Prix de l'ouvrage complet : 60 francs. — Paris, C. Naud.

Traité de bactériologie pure et appliquée à la médecine et à l'hygiène, par P. MIQUEL et CAMBIER, directeur et sous-directeur du Laboratoire de bactériologie de la ville de Paris. In-8° jésus de 1059 p., avec 224 fig. noires et en couleur. — Prix : broché, 45 francs. — Paris, C. Naud.

Corps neutres, principes amers et plantes qui les renferment en thérapeutique, par M. B. DUPUY. Gr. in-8°. — Prix : 12 francs. — Chez l'auteur, 4, rue Chauveau, à Neuilly-sur-Seine.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1902, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, docteur en médecine de l'Université de Paris; introduction par le docteur Huchard, médecin des hôpitaux. In-18 de 322 p., cart. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 35. — MARDI 25 MARS 1902. 75e ANNÉE. MARDI 25 MARS 1902. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — Epreuve orale. — Séance du 21 mars 1902. — Questions : « Articulation temporo-maxillaire. — Luxations de la mâchoire inférieure. » — MM. Gaudemet, 16 + 18 = 34 ; Henri Français, 14 + 19 = 33 ; Raymond Français, 14 + 18 = 32 ; Henri Lemaire, 13 + 19 = 32 ; Mlle Maugeret, 15 + 16 = 31 ; MM. Nathan, 11 + 17 = 28 ; Pathault, 11 + 17 = 28 ; Theyssères, 11 + 17 = 28 ; Vicq, 10 + 17 = 27.

Séance du 22 mars 1902. — Questions : « Épididyme. — Diagnostic de la tuberculose testiculaire. » — MM. Bouchot, 14 + 18 = 32 ; Cerise, 12 + 19 = 31 ; Juquelier, 14 + 17 = 31 ; Chastagnac, 11 + 15 = 26 ; Delion, 8 + 17 = 25 ; Rivet, 9 + 16 = 25 ; Chaix, 9 + 15 = 24.

La prochaine séance aura lieu le mardi 8 avril.

Assistance publique. — M. le professeur Debove est nommé membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, en remplacement de M. Lannelongue, dont le mandat est expiré.

Hôpitaux de province. — *Bordeaux.* — Un concours s'ouvrira à l'hôpital Saint-André, le mardi 17 juin, pour une place de chirurgien adjoint.

Lyon. — M. Rollet passe à l'Hôtel-Dieu, M. Villard à la Croix-Rouse, M. Tisoir entre à l'Antiquaille.

Écoles de médecine. — *Amiens.* — M. le docteur Boussavit, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, d'un cours de physiologie.

Nantes. — M. le docteur Lemeignen a été institué, après concours, pour une période de neuf ans, chef des travaux de physiologie.

— Un concours s'ouvrira, le 17 novembre 1902, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales à l'Ecole de médecine de Nantes.

Concours pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire à l'École d'application du service de santé militaire. — Un concours s'ouvrira le 15 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'École d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine à l'emploi de médecin stagiaire.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées : 1° être nés ou naturalisés Français ; 2° avoir eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1902 ; 3° avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée ; cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin-major de deuxième classe au moins (1) ; 4° souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir seront : 1° une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2° examen de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ; 3° une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4° interrogation sur l'hygiène.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (direction du service de santé, bureau du personnel et de la mobilisation), avant le 1er décembre prochain.

Ces pièces sont :

Avant d'entrer à l'école : 1° acte de naissance, établi dans les formes prescrites par la loi ; 2° diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves) ; 3° certificat d'aptitude au service militaire, établi l'année du concours ; 4° certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ; 5° indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la commission de médecin stagiaire.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Aussitôt après l'admission à l'école : l'engagement spécial prévu par le décret du 5 juin 1899 de servir pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de la nomination au grade de médecin aide-major de deuxième classe.

Les médecins stagiaires reçoivent, au moment de leur nomination, un brevet les liant au service dans les conditions du § 1er de l'article 30 de la loi du 15 juillet 1889.

Les médecins stagiaires sont rétribués, pendant leur séjour à l'École d'application du service de santé militaire, sur le pied de 3096 fr. par an ; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une première mise d'équipement reversible au Trésor en cas de licenciement, démission, non-obtention du grade de médecin aide-major ou non-accomplissement des six années effectives de service à partir de la nomination à ce dernier grade.

Les médecins stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés médecins aides-majors de deuxième classe. Ceux qui n'auront pas satisfait auxdits examens seront licenciés.

(1) Instruction du 31 janvier 1902 sur l'aptitude physique au service militaire.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901

664. M. LEFÈVRE. Le citrophène. — 665. M. DOAZAN. Essai sur les principaux types d'asthme cardiaque. — 666. M. TOULZAC. Rires et pleurs spasmodiques. — 667. M. ZAVADOWSKI. De la péritonite blennorragique des petites filles. — 668. M. LAURENT. Contribution à l'étude des gangrènes dans les fractures. — 669. M. GUÉRIN. Traitement des fractures indirectes dorso-lombaires du rachis. — 670. M. PERNOT. Sur le traitement de la péritonite tuberculeuse chronique par la laparotomie. — 671. M. LŒWY. Méthode des greffes péritonéales. — 672. M. CARRATIER. De la péritonite à pneumocoque chez l'adulte. — 673. M. CURLETTI. Contribution à l'étude des néphrites toxiques aiguës. — 674. M. JULIEN. De l'urine et de ses modications dans les affections des voies digestives. — 675. M. ROUSSEAU. Contribution à l'étude des brides congénitales des membres. — 676. M. HILLEREAU. Contribution à l'étude de la maladie de Paget. — 677. M. CHATEAU. De l'inflammation et de la suppuration des kystes et pseudo-kystes sacculaires. — 678. M. CADERAS. La rubéole à Rennes en 1899. — 679. M. MOLINIE. De la sérothérapie intense dans quelques cas graves de diphtérie. — 680. M. WOLF. Des éléments de diagnostic tirés de la ponction lombaire dans les affections méningées, aiguës, subaiguës et chroniques. — 681. M. COSSET. Considérations sur le poids des tuberculeux curables. — 682. M. COULLAUMES-LABARTHE. Lithiase appendiculaire, étude clinique. — 683. M. BOUVIER. Contribution à l'étude des infections de l'ombilic chez les nouveau-nés. — 684. M. TROITSKY. De la paralysie associée de la sixième et de la septième paires. — 685. M. PATUREAU. De la névralgie testiculaire et de son traitement par la résection nerveuse. — 686. M. TOURLET. « Le Fersan. » Ses propriétés thérapeutiques et alimentaires. — 687. M. MAUSSIRE. Alcool et traumatisme.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Office national du commerce extérieur, 3, rue Feydeau, à Paris, commence une série de publications qui seront fort utiles aux pharmaciens et même, dans certains cas, aux médecins : 1° un ouvrage sur le **Recouvrement des créances à l'étranger;** — 2° une série d'études sur les **Itinéraires des voyageurs de commerce à l'étranger,** avec tous les renseignements pratiques nécessaires. Le premier fascicule de cet ouvrage concerne le Brésil, l'Uruguay, la République argentine et le Chili.

Essai de sémiologie urinaire, méthodes d'interprétation de l'analyse urologique. L'urine dans les divers états morbides, par M. Camille VIEILLARD, pharmacien chimiste, membre de la Société chimique de Paris, avec une préface par M. Albert ROBIN (de l'Académie de médecine). In-8°, broché. — Prix : 6 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

La pression artérielle de l'homme à l'état normal et pathologique, par le professeur POTAIN, membre de l'Institut. In-8° avec fig. et tracés. — Prix : 5 francs. — Paris, Masson et Cie.

Étude sur le thymus envisagée au point de vue de la médecine légale, par le docteur J. Peppino THARGHETTA. In-8° de 150 p. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Hygiène des employés de commerce et d'administration, par le docteur O'FOLLOWELL et H. GOUDAL. Broch. in-12. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, chez le docteur O'Followell, 185, rue Saint-Honoré.

Conférences pour l'internat des hôpitaux de Paris, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux. 30 fasc. gr. in-8° de chacun 48 p., illustrés de nombr. fig. dessinées par les auteurs. — Prix de chaque fascicule : 1 franc. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

LE TRAITEMENT EXTERNE DE L'ACNÉ VULGAIRE

Par M. Leredde,
Directeur de l'Etablissement dermatologique.

L'acné vulgaire est une affection microbienne de la peau, c'est-à-dire que les lésions par lesquelles elle se révèle sont dues à la prolifération locale de microorganismes, soit dans les utricules pileux, et plus ou moins profondément dans les follicules et les glandes sebacées, soit surtout autour de ces follicules et de ces glandes. Cette définition préliminaire permet de comprendre le rôle de la thérapeutique locale: quelles que soient les conditions générales de l'acné, — l'état de nutrition souvent anormal des acnéiques, qui se révèle par le refroidissement habituel des extrémités, — le rôle étiologique des troubles gastro-intestinaux, de la fermentation digestive qui est constante (A. Robin et Leredde), les lésions de la peau pourront dispararaître par un traitement externe bien fait et ne pas reparaître, au moins sous une forme gênante, à la condition d'une hygiène locale rigoureuse ; celle-ci devra être continuée tant que, grâce à la persistance des troubles digestifs, de l'état anormal de la nutrition générale, des parasites tendront à proliférer et à provoquer des réactions de la peau.

Il est admis aujourd'hui que l'acné vulgaire se développe comme complication d'un état séborrhéique, c'est-à-dire sur la peau imprégnée d'une quantité exagérée de matières grasses formées par les glandes sébacées. La séborrhée elle-même est liée dans son origine, sans le moindre doute, à des conditions générales, mais, suivant Sabouraud, l'élément matériel qui la caractérise, le flux graisseux superficiel, résulte de la germination surabondante d'un microbacille dans les lamelles cornées qui normalement recouvrent l'orifice pilo-sébacé, et qui forment en s'accumulant un véritable cocon : l'hypertrophie des glandes sébacées en serait la conséquence.

Quoi qu'il en soit, le traitement préventif de l'acné est un traitement antiséborrhéique. Ce traitement devra être encore poursuivi après guérison de l'acné elle-même, l'état séborrhéique pouvant être largement atténué par le traitement local, mais étant, au sens strict, incurable par les moyens externes.

Sur le fond séborrhéique, on constate les lésions de l'acné vulgaire qui se présente sous deux formes : l'une *ponctuée*, caractérisée par la présence de *comédons* et d'une *hyperkératose* diffuse ; l'autre *inflammatoire*, où paraissent en outre des nodules de volume variable, évoluant plus ou moins rapidement, en totalité ou en partie, en surface ou en profondeur, vers la suppuration, et qui ont pour centre les appareils pilo-sébacés. Les pustules, les croûtes qu'on observe à la surface de la peau sont le résultat de cette évolution, qui paraît déterminée dans ses détails et dans ses variétés par les qualités du tégument propres à chaque malade ; elles peuvent d'autre part être engendrées par des infections secondaires.

Tels sont les éléments anatomo-cliniques que le traitement devra modifier. Nous étudierons d'abord celui-ci d'une manière générale, sans tenir compte des réactions particulières de la peau, qui varient suivant chaque malade et constituent une des grandes difficultés du traitement des acnés, parce que parfois elles interdisent des applications trop actives, beaucoup plus souvent parce qu'elles font craindre au médecin peu habitué à manier le traitement dermatologique d'une manière active, l'emploi des seuls agents et des doses suffisantes qui permettent de modifier le tégument et de guérir le malade. A la fin de ce travail, nous dirons en quelques mots comment on doit régler le traitement d'après la sensibilité individuelle aux agents chimiques.

Nous nous occuperons d'abord du traitement de l'acné de la face, le plus difficile et le plus important ; il sera facile ensuite de comprendre les règles du traitement de l'acné du tronc.

Dans les cas les plus légers, et surtout chez les jeunes filles et les jeunes femmes, les moyens les plus simples peuvent suffire à améliorer l'acné, dans tous ses éléments, d'une manière considérable. L'eau chaude est souvent utile chez les acnéiques, peut-être parce qu'elle facilite le nettoyage des graisses accumulées à la surface de la peau, peut-être parce qu'elle excite une circulation souvent ralentie, peut-être pour les deux raisons. On lavera la figure le matin et le soir avec de l'ouate hydrophile, et de l'eau aussi chaude qu'elle peut la supporter. Mais presque toujours, il faut compliquer un peu plus le traitement local. On peut recommander les lotions boratées ou bicarbonatées sodiques chaudes (3 p. 100 en moyenne) répétées le matin et le soir, les lotions alcooliques additionnées d'acide salicylique (2-4 p. 100), de résorcine (2 p. 100), ou même de sublimé ou de cyanure de mercure.

Eau de Cologne ou alcool à 90 degrés............	1000 grammes
Sublimé..................	1 à 2 —

Après ces lotions, il sera utile de graisser très légèrement la peau avec une crème telle que la suivante :

Lanoline anhydre...........	10 grammes.
Eau........................	20 —
Eau de roses...............	5 —

Recommandons encore les badigeonnages avec une solution d'ichtyol, aqueuse (5-10 p. 100) ou hydro-alcoolique (ces badigeonnages devront être précédés d'un dégraissage superficiel par l'alcool).

Tous ces moyens peuvent être employés chez les acnéiques sans inconvénients. Si la peau est très mince et se dessèche d'une manière exagérée sous leur influence, il est absolument nécessaire de la graisser à l'axonge fraîche, au coldcream frais à la suite des lotions et des badigeonnages. L'emploi des savons médicamenteux, savon salicylé, savon à l'ichtyol, savon au naphtol, est déjà plus dangereux ; souvent ils ne suffisent pas à modifier la peau, parfois ils l'irritent par la persistance de produits alcalins dans la peau et leur action sur les cellules cornées.

Tous les procédés que nous venons d'indiquer sont extrêmement pratiques ; on peut les utiliser pendant quelque temps au début de l'acné, sauf à augmenter l'intensité du traitement s'ils ne suffisent pas. On prescrira d'autre part une hygiène régulière, une alimentation dans laquelle on interdira tous les aliments gras, irritants, et où on réduira la quantité des féculents, surtout du pain ; on recommandera des exercices physiques quotidiens, en plein air, et même, comme j'ai pris l'habitude de le faire chez les acnéiques, à moins d'impossibilité formelle, l'aération continue. Dans ces conditions l'état acnéique pourra ne pas se développer d'une manière gênante pendant les premières années de la puberté, époque habituelle de son apparition, et s'atténuera comme il le fait d'une manière normale avec les progrès de l'âge.

S'il en est autrement, le traitement externe devra être plus rigoureux et fait d'une manière méthodique. Nous étudierons successivement le traitement de la séborrhée grasse, de l'acné ponctuée et de l'acné inflammatoire.

Traitement de la séborrhée grasse. — La séborrhée grasse peut être traitée par une série de réducteurs, en première ligne le soufre, puis les sulfureux, les mercuriaux, l'ichtyol. On peut également employer la médication kératolytique, enfin on peut combiner l'emploi des kératolytiques à celui des réducteurs.

Ceux-ci peuvent être considérés comme ayant une action antiseptique si l'on admet que la séborrhée grasse est une affection microbienne.

Traitement par le soufre précipité. — Le soufre précipité est un agent souvent indispensable du traitement antiacnéique, difficile à manier. Il est peu irritant sous forme de pâtes soufrées, plus irritant sous forme de lotions, dangereux sous forme de pommades.

Avant d'appliquer des préparations contenant du soufre, la peau peut être dégraissée, de manière à faciliter la pénétration de cet agent. Ce dégraissage peut se faire par l'alcool, l'éther, la liqueur d'Hofmann, l'acétone, la benzine, les alcalins forts, par exemple la solution suivante :

Soude caustique	1 gramme.
Eau	300 à 500 —

les savons (rappelons que l'abus de savons peut être nuisible chez les acnéiques).

Tous ces agents, destinés à dégraisser la peau, rendent l'effet du soufre plus énergique, mais rendent aussi la peau plus irritable.

Pâtes soufrées. — J'ai employé fréquemment la pâte soufrée suivante :

Axonge benzoïnée	28 grammes.
Oxyde de zinc	4 —
Ceyssatite	2 —
Soufre précipité	6 —

(Unna.)

elle n'amène pas, sauf exception, d'irritation de la peau.

Une pâte telle que la suivante (Besnier) est cependant susceptible de provoquer des réactions sur des peaux de sensibilité modérée, grâce à la quantité élevée de soufre qu'elle contient ; on ne l'appliquera qu'une heure sur la figure.

Huile d'amandes douces	} ââ
Soufre précipité	}

Lotions soufrées. — Les lotions soufrées ont pour formule moyenne :

Soufre précipité	5-15
Alcool à 90 degrés	25-100
Eau	50-150

Peu importe du reste la formule exacte, car il s'agit de déposer par dessiccation une couche légére et régulière de soufre à la surface de la peau.

On aura soin de graisser le bord des paupières avec un peu de vaseline pour éviter l'action irritante du soufre sur les yeux.

On peut ajouter aux lotions soufrées avec quelque avantage de l'alcool camphré au lieu d'alcool à 90 degrés, 10 p. 100 de glycérine qui facilite l'adhérence du soufre à la peau, ou du mucilage de gomme 10-20 p. 100 (Veiel), 10 p. 100 de carbonate de potasse ou de soude qui facilite la pénétration.

On appliquera avec un pinceau, après ou sans dégraissage préalable, la lotion sur les régions séborrhéiques. Le matin on nettoiera à l'eau tiède, ou à l'eau légérement alcaline.

Il est utile à mon avis de graisser légèrement la peau, de manière à prévenir les effets irritants du soufre, soit avec un peu d'axonge, soit avec un peu de la pommade :

Lanoline	} ââ
Vaseline	}

soit avec une crême.

Pommades soufrées. — La pommade soufrée la plus simple :

Soufre précipité	2-5 grammes.
Vaseline	100 —

est une préparation dangereuse ; on doit y ajouter une quantité d'oxyde de zinc pour en diminuer l'action irritante. L'action est également moins nocive sous forme de crême :

Lanoline	10 grammes.
Eau	15 —
Oxyde de zinc	5 —
Soufre précipité	1-3 —

Traitement par les sulfureux. — L'action des sulfureux est moins énergique que celle du soufre, mais ils sont précieux dans la séborrhée du tronc sous forme de bains.

Ceux-ci doivent contenir 50-100 grammes de monosulfure ou trisulfure de sodium. On peut ajouter 50-100 grammes de sel marin ; on évite l'irritation de la peau en versant dans le bain de l'eau chaude où on a fait dissoudre 200 grammes de gélatine.

On peut savonner au préalable la peau au savon noir de potasse, chez l'homme, quand elle est tolérante. Après les bains, la peau sera toujours poudrée, au talc par exemple.

Traitement par les mercuriaux. — Les composés mercuriels ont été autrefois employés dans le traitement de l'acné ; ils sont maintenant d'un usage plus restreint ; Brocq indique la lotion suivante qu'on applique après savonnage :

Bichlorure de Hg	1 gramme.
Eau	150 —
Alcool à 90 degrés	100 —

On l'emploie d'abord diluée d'eau, puis peu à peu on l'emploie pure. Le sublimé peut être associé au chlorhydrate d'ammoniaque :

Bichlorure de Hg	1 gramme.
Chlorhydrate d'AzH^3	1 —
H^2O	500 —

Etendre également d'eau lors des premières applications.

Les composés mercuriels peuvent être employés en pâtes.

Oxyde de zinc	10 grammes.
Ceyssatite	2 —
Axonge benzoïnée	28 —
Sublimé	$0^{g}06$-$0^{g}10$
Résorcine	$1^{g}25$

(Leistikow.)

On ne peut les associer au soufre que sous forme de sulfure de mercure (cinabre) :

Vaseline	10 grammes.
Lanoline	10 —
Amidon	15 —
Soufre précipité	3 —
Sulfure rouge de mercure	2 —

Traitement par l'ichtyol. — L'utilité de l'ichtyol dans le traitement de la séborrhée grasse est très variable suivant les cas; on l'emploie sous forme de lotions, après savonnage, en frictionnant légèrement.

Ichtyol	10	grammes.
Alcool à 90°	50	—
Ether	50	—

ou de glycérolés à 10 p. 100.

Parfois l'ichtyol donnera de très bons résultats et pourra même suffire, comme nous l'avons vu, dans les acnés d'intensité légère.

Kératolytiques. Association aux agents antiséborrhéiques. — Les savonnages, les lotions chaudes suffisent à faire pénétrer les agents antiséborrhéiques; il n'est pas indiqué, sauf exception, d'employer les kératolytiques forts, à l'état isolé, mais on peut les adjoindre au soufre, aux composés mercuriels, en particulier la résorcine et l'acide salicylique. Une pâte telle que la suivante sera, par exemple, active, sans être irritante d'une manière exagérée et pourra être appliquée toute la nuit.

Vaseline	25	grammes.
Amidon	10	—
Oxyde de zinc	10	—
Soufre précipité	5	—
Acide salicylique	2	—
Résorcine	1	—

Le matin, nettoyer à la vaseline, poudrer au talc.

On peut alterner l'application des différents agents, par exemple faire une fois ou deux par semaine des applications de pommades salicylées et résorcinées, et dans l'intervalle le traitement par les préparations soufrées.

Dans les séborrhées très intenses, surtout au tronc, on pourra appliquer des pâtes beaucoup plus énergiques par leur action kératolytique et leur teneur en soufre :

Savon mou de potasse	ââ
Soufre	

(Brocq.)

Savon mou de potasse	âââ
Huile de cade	
Soufre	

(Lailler.)

On les appliquera en moyenne une heure, lorsque la peau sera résistante. A la suite, on nettoie à l'huile tiède et on applique soit de la poudre de talc, soit une crême, soit, s'il se produit de l'irritation, une pâte de zinc :

Huile de lin	ââââ
Eau de chaux	
Oxyde de zinc	
Amidon	

Traitement de l'acné ponctuée. — Dans l'acné ponctuée, l'hyperkératose devient diffuse, le traitement kératolytique est nécessaire : il est en outre utile pour faciliter l'élimination des comédons.

On obtient une action kératolytique par tous les procédés que nous avons indiqués plus haut : lotions alcalines, lotions savonneuses avec un savon salicylé ou un savon de potasse, le savon de Mielck à l'axonge. Il peut être utile de laisser sur la peau, pendant quelque temps, de la mousse de savon, au lieu de faire un simple savonnage à l'eau chaude, ou même du savon noir.

Il y a souvent indication de ne pas faire usage de savons et à appliquer le traitement kératolytique en se servant d'acide salicylique et de résorcine, par exemple sous la forme suivante :

Vaseline	25	grammes.
Oxyde de zinc	12	—
Amidon	12	—
Acide salicylique	1 à 2	—
Résorcine	0g50 à 1	—

Ces applications seront faites le soir, pendant plusieurs jours, avant de procéder à l'extraction des comédons. Le matin, la peau sera graissée à l'axonge ou poudrée suivant les cas.

Si la peau est résistante, on pourra faire un traitement plus énergique et par exemple appliquer la lotion suivante qui a une action exfoliante :

Teinture de savon de potasse à 1/5	40	grammes.
Résorcine	10	—
Soufre précipité	10	—

(Darier.)

Trois soirs de suite. Le matin, application d'une crème :

Lanoline	ââ
Eau de chaux	

Unna se sert d'acide acétique sous forme de lotions (acide acétique étendu d'eau) ou de pâtes telles que la suivante, qu'on applique matin et soir :

Kaolin	4	grammes.
Glycérine	3	—
Acide acétique	2	—

L'acide acétique peut être associé à la résorcine, à la dose de 2 à 3 p. 100.

Pour enlever les comédons, une fois la kératolyse achevée, on peut se servir d'une clef de montre, mais il est préférable d'avoir recours à un instrument spécial qu'on appelle le komedonenquetcher et qui permet d'exercer sur la peau des pressions obliques.

Les comédons enlevés, on fera un traitement antiséborrhéique, en ayant soin d'enlever chaque jour les comédons qui deviennent visibles et d'employer de temps à autre les kératolytiques.

Le massage de la peau est particulièrement utile dans ces acnés ponctuées où l'élimination des sécrétions cutanées se fait d'une manière incomplète, et combat avec avantage la tendance au refroidissement cutané, commune chez les acnéiques. Leistikow indique la technique suivante :

Le malade le pratique lui-même au moyen des doigts imprégnés de vaseline. Sur le front, il doit aller de la ligne médiane vers les tempes; au-dessous de l'œil, de la ligne médiane vers l'oreille, sur la face de l'os malaire vers le nez, du pli naso-labial vers la commissure buccale, de l'angle des mâchoires vers le menton. Les séances durent de dix à vingt minutes.

Traitement de l'acné inflammatoire. — I. Acnés superficielles. — Il existe des formes d'acné inflammatoire avec pustulation péri-utriculaire, formation de croûtes et où l'état inflammatoire reste très superficiel; parfois l'état de la peau se rapproche de celui de certains impetigos, parfois

il y a association de séborrhéides, et même eczématisation secondaire. Dans ces cas, on négligera le traitement de l'acné tant qu'on n'aura pas supprimé les infections annexes de la peau. Des pulvérisations destinées à faire tomber les croûtes, suivies de l'ouverture des pustules, des lotions émollientes, dans l'intervalle, des applications de pâtes permettront d'éteindre les foyers parasitaires. Les préparations d'ichtyol peuvent être employées dès que l'infection diffuse de la peau s'est atténuée; quand l'amélioration se prononce, on peut essayer enfin les pâtes au soufre et au cinabre. Dans ces formes, assez difficiles à traiter, il convient de procéder progressivement, leur guérison exige une certaine habitude de la thérapeutique dermatologique comme toutes les fois qu'on doit agir réellement sur des lésions un peu irritables.

II. Acnés profondes. — Lorsque l'acné est compliquée de papules, de pustules et de nodules profonds, le médecin doit *toujours* essayer de faire un traitement énergique. J'ai été souvent surpris de voir de grands acnéiques défigurés depuis plusieurs années qui n'avaient jamais été soignés d'une manière correcte, c'est-à-dire active; la thérapeutique la plus brutale est la meilleure, quand elle peut être supportée, *ce qui est la règle*, et elle donne des succès remarquables dans des cas qui paraissent rebelles lorsqu'on ne sait pas la manier.

Cette thérapeutique brutale repose sur l'emploi du traitement exfoliant.

La méthode exfoliante est destinée à produire une inflammation aiguë, mais passagère, du derme et du corps muqueux, inflammation aiguë, qui sera suivie d'une décongestion passagère ou durable suivant l'intensité de la réaction et le cas particulier pris et traité. L'inflammation se caractérise par de la rougeur, du gonflement; au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures paraissent des squames épaisses, d'abord humides, qui se dessèchent, puis tombent en quelques jours, c'est une véritable exfoliation.

On peut se servir dans ce but de pâtes et de lotions.

Axonge benzoïnée	28	grammes.
Oxyde de zinc	10	—
Ceyssatite	2	—
Résorcine	40	—
		(Unna.)

Vaseline	25	grammes.
Savon noir	25	—
Soufre précipité	50	—
Naphtol β	10	—
		(Lassar.)

Vaseline	25	grammes.
Savon noir	25	—
Amidon	25	—
Soufre	25	—
Résorcine	5	—
Acide salicylique	5	—
Naphtol β	5	—
		(Besnier.)

Nous avons donné plus haut un type de lotion exfoliante :

Teinture de savon de potasse à 1/5	40	grammes.
Résorcine	10	—
Soufre précipité	10	—
		(Darier.)

On voit qu'un certain nombre d'auteurs ont ajouté du soufre aux autres agents qui sont essentiellement des kératolytiques forts et des agents réducteurs. La raison me paraît être la suivante :

Le soufre a passé longtemps pour le remède héroïque de l'acné, il était bien naturel de l'adjoindre aux autres agents. Il faut reconnaître qu'employé à doses fortes, sous forme de pâtes, et en applications courtes, il n'a pas les propriétés irritantes qu'il a dans d'autres conditions.

Mais pour ma part, après expérience faite, je crois que les pâtes les plus simples et les plus énergiques sont les meilleures de toutes, et à toutes celles que j'ai énumérées je préfère la pâte résorcinée. On l'applique tous les huit jours sur la peau, après un savonnage léger; on le laisse en place quinze à vingt, vingt-cinq minutes suivant le cas, je l'ai même appliquée quarante minutes. Mais il est tout à fait dangereux de prolonger autant l'application d'emblée et on ne doit arriver à la faire aussi longue que peu à peu en augmentant chaque fois la durée de cinq minutes, par exemple. Il est nécessaire, dans les cas difficiles, d'agir très profondément, et par suite de tâter la sensibilité de la peau du malade, pour tâcher d'avoir sans effets nuisibles le maximum d'effets utiles. Le traitement exfoliant sous cette forme se heurte à plusieurs difficultés, les préparations doivent être appliquées par le médecin, il est nécessaire de voir le malade assez souvent pour juger de l'effet produit, de l'intensité des réactions inflammatoires et de la possibilité d'augmenter la durée des applications sans danger pour la peau. L'exfoliation, quand on la fait assez énergique pour obtenir un résultat important, et il est presque toujours, sinon toujours, nécessaire de la faire telle, surtout si l'on veut aller vite, constitue à vrai dire un traitement d'hôpital ou de maison de santé.

Les résultats du traitement sont des plus actifs, et les médecins qui ne les connaissent pas ne peuvent avoir une idée de l'amélioration qu'on peut produire chez les grands acnéiques, de la véritable transformation cutanée qui en est la suite. Pour ma part, j'ai déjà vu souvent des malades, qui pendant un temps fort long avaient soigné leur acné sans résultat appréciable, presque guéris après cinq ou six applications exfoliantes. Une fois le nettoyage principal terminé, on peut revenir à une thérapeutique douce, mais je crois qu'il vaut mieux espacer les séances d'exfoliation; chez beaucoup d'acnéiques, il suffit d'en faire une tous les deux ou trois mois pour maintenir la peau dans un état parfait au point de vue esthétique.

J'ai à peu près renoncé aux autres méthodes de traitement de l'acné inflammatoire.

On se contente souvent de faire un traitement soufré plus ou moins énergique et d'ouvrir les pustules. Le soufre a une action trop superficielle pour guérir les acnés tant soit peu profondes. Si l'on veut obtenir une amélioration sérieuse, il faut le combiner à un traitement kératolytique dont nous avons indiqué les moyens plus haut. Mais même de cette manière, on n'atteindra que rarement le guérison, qui résultera au bout de plusieurs années de l'évolution spontanée de la maladie, mais le malade aura été obligé de se soigner d'une manière presque continue pendant plusieurs années.

Le traitement par les mercuriaux, quand il est pratiqué avec énergie, a une action plus profonde que le traitement soufré et peut être employé dans l'acné pustuleuse. On emploiera les emplâtres, qui sont le moyen le meilleur quand

on recherche une action profonde sur la peau; l'emplâtre de Vigo en particulier à condition qu'il soit d'une excellente qualité. En Allemagne, on augmente quelquefois l'effet des emplâtres en les couvrant de cataplasmes chauds. Je n'ai pas d'expérience de la pommade à l'oléat d'oxyde jaune de mercure de Shœmaker.

Quant à l'ouverture des pustules au galvano-cautère ou au scarificateur, qui doit être suivie d'une expression douce destinée à les vider, il peut arriver qu'elle soit nécessaire. Mais l'important chez les acnéiques est d'empêcher les pustules de se reproduire et d'éviter ainsi non seulement la présence de lésions désagréables d'aspect, mais de cicatrices ultérieures définitives. L'exfoliation permet d'obtenir ce résultat; quant à l'ouverture des pustules, elle ne constitue qu'un moyen palliatif, c'est le traitement d'un accident mais non le traitement de l'acné.

Résumé du traitement de l'acné de la face. Règles pratiques. — Nous avons cherché dans ce qui précède à faire un exposé assez méthodique pour que le lecteur puisse bien comprendre pourquoi il doit employer une préparation déterminée et l'effet qu'il peut en attendre. Au point de vue pratique, on peut distinguer entre les acnés superficielles, et les acnés profondes. Dans les premières, le traitement devra être combiné de manière à gêner peu le malade; à cet effet les lotions biquotidiennes sont extrêmement utiles. Si la peau du malade est tolérante, on pourra faire une fois par semaine une application énergique, par exemple un badigeonnage avec la lotion soufrée et additionnée d'alcool camphré ou de carbonate de potasse.

Toutes les fois qu'on aura affaire à une acné profonde, on devra déclarer au malade qu'il ne peut guérir sans un traitement énergique. Plus celui-ci sera énergique, plus la guérison sera rapide, et pour la plupart des malades, il vaudra mieux avoir recours au traitement le plus brutal, c'est-à-dire à l'exfoliation. Ses dangers sont nuls lorsque le traitement est surveillé.

Les cas les plus difficiles à traiter ne sont pas ceux d'acné profonde, car celle-ci ne s'observe guère que chez des malades dont la peau est résistante et peut parfaitement supporter le traitement le plus énergique, mais des cas d'acné de moyenne intensité, étendue, chez des sujets dont la peau est fine, chez lesquels l'état séborrhéique est modéré, presque toujours des jeunes filles ou des jeunes femmes.

Dans ce cas, l'expérience du médecin jouera un rôle essentiel, il devra souvent faire, s'il veut réellement guérir le malade, un traitement assez actif, par le soufre et les kératolytiques, mais de préférence des applications assez éloignées les unes des autres pour que l'irritation produite un jour ne s'ajoute pas à celle de la veille. Dans l'intervalle des applications, on fera usage de tous les agents destinés à décongestionner la peau, des poudres (talc, lycopode, amidon), des pâtes de zinc lorsque l'irritation sera apparente. Nous avons déjà donné la formule d'une pâte de zinc qui convient parfaitement dans ces cas :

Oxyde de zinc..................	ââââ
Amidon........................	
Huile de lin..................	
Eau de chaux.................	

On pourra aussi faire des applications de préparations plus fortes pendant quelques heures seulement, mais chercher la guérison au moyen de préparations qui n'agissent qu'en surface, c'est imposer aux malades une peine inutile et un travail illusoire.

Acné du tronc. — L'acné du tronc est d'un traitement facile parce qu'on n'a pas à compter, sauf exception des plus rares, avec des réactions de la peau. La séborrhée sera attaquée par les bains sulfureux, précédés au besoin de frictions au savon noir, suivis d'applications de poudres, par les pâtes soufrées fortes dont nous avons donné des exemples, associées à l'acide salicylique :

Huile d'amandes douces......	15	grammes.
Soufre précipité.............	12	—
Acide salicylique............	3	—

S'il existe des pustules et des nodules profonds, on fera systématiquement l'exfoliation. Les nodules persistants pourront être scarifiés; si les foyers de suppuration ne s'ouvrent pas, on emploiera le galvano-cautère pour les vider.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(21 mars 1902)

MM. Widal et Lutier ont observé récemment un **épileptique de trente-sept ans dont les testicules ne s'étaient jamais développés.** Leur atrophie était telle que leur volume n'avait jamais dépassé celui d'un demi-haricot.

Le développement physique de cet homme était cependant normal; il ne présentait aucun signe d'infantilisme, ni de féminisme; la taille était au-dessus de la normale; la moustache et la barbe étaient fournies au pubis et dans les aisselles. L'anomalie sexuelle portait uniquement sur les glandes génitales; la verge était parfaitement développée: l'appétit vénérien s'était éveillé et le malade était en état de le satisfaire.

Ce fait est à opposer aux modifications de développement bien connues, survenant à la suite de castration chirurgicale subie dans le jeune âge; il est à opposer encore aux phénomènes de féminisme susceptibles d'apparaître chez l'adolescent et même chez l'adulte à la suite d'orchites infectieuses généralisées et destructives.

M. Apert, qui a vu ce malade, prétend avoir observé plusieurs cas d'anorchidie congénitale, mais toujours avec atrophie concomitante de la verge; les poils ne se développaient ni au pubis, ni dans l'aisselle, ni au menton. Les troubles de la fonction sexuelle variaient d'un sujet à l'autre. Chez l'un, les désirs vénériens n'existaient pas encore; chez l'autre, l'érection se faisait, mais l'éjaculation était impossible.

La dysorchidie congénitale peut donc se compliquer de troubles locaux ou généraux variables d'un sujet à l'autre; ces troubles peuvent même faire défaut, comme le prouve l'observation de ce malade.

L'histoire des glandes à sécrétion interne, celle du pancréas en particulier, est pleine de faits qui démontrent qu'une simple parcelle glandulaire subsistante est susceptible de produire en suffisance la sécrétion que ces organes doivent verser dans la circulation. Peut-être, dans les moignons minuscules qui représentaient, chez cet homme, les vestiges du testicule absent, existait-il quelques cellules actives suffisantes pour assurer la sécrétion interne indispensable au bon développement de l'organisme.

M. Souques rapporte un cas d'**ascite lactescente et cir-**

rhose atrophique. En voici le résumé clinique : homme de soixante et un ans, alcoolique, entre pour une cirrhose de Laënnec. Deux ponctions abdominales, pratiquées à peu de temps l'une de l'autre, ramènent respectivement 13 et 15 litres de liquide lactescent.

A l'autopsie, le péritoine est normal. Les chylifères ne sont ni perforés, ni dilatés. Mais la citerne de Pecquet est remplacée par une poche remplie de sang coagulé.

Le liquide ascitique est franchement lactescent, inodore, homogène et stable. Au microscope, on y rencontre des corpuscules graisseux et 12000 leucocytes mononucléaires par millimètre cube. L'examen chimique y montre entre autres choses 3g20 de graisse par litre et de la nucléo-albumine.

L'association de l'ascite lactescente à la cirrhose atrophique n'est pas fortuite. Peut-on incriminer l'obstacle au cours du chyle? Les méthodes anatomo-clinique et expérimentale ne semblent pas en rapport avec cette théorie. On ne peut pas incriminer l'existence d'une péritonite qui fait défaut. Pour expliquer les choses, on peut admettre une radiculite des chylifères intestinaux qui favorise la diapédèse des leucocytes dans le péritoine. Là, les leucocytes subissent la clasmatose et la leucolyse. La graisse, mise en liberté, forme une émulsion et cause de la lactescence.

MM. Londe et Phulpin présentent deux malades du service de M. Roques atteints de **paralysie spinale antérieure aiguë ou de polynévrite avec paralysie faciale.** C'est une jeune fille de seize ans et un homme de quarante-neuf ans, atteints, à la suite d'une grippe, d'une paralysie qui a porté sur les quatre membres, particulièrement sur les membres inférieurs, en même temps que sur tout le côté gauche de la face et sur le moteur oculaire du même côté.

Les auteurs attribuent la maladie à une altération du neurone moteur périphérique, dans son ensemble, rapprochant leurs cas de ceux de MM. Brissaud, Rendu, Parmentier, Le Gendre.

Ils ont tendance à ranger ces faits dans le groupe de la polio-myélite antérieure, tout en faisant remarquer que le terme de polio-myélite est incomplet, car il y a participation des nerfs au processus morbide.

Enfin MM. André Petit et Laignel-Lavastine présentent à la Société un malade atteint probablement d'**hermaphrodisme vrai.** Ce « garçon ou cette fille » a été inscrit sur les registres de l'état civil comme fille, puis plus tard on le considéra comme un garçon. Qu'est-il en réalité ? C'est difficile à dire, car il a les attributs plus ou moins bien développés des deux sexes. On trouve en l'examinant des organes génitaux externes constitués par une verge de 4 centimètres de long, d'aspect relativement normal, mais imparfaite ; on voit ensuite sur le raphé médian périnéal, à quelques centimètres au-dessous de la verge, un petit orifice de 2 millimètres de diamètre, bordé à droite et à gauche par un repli simulant un rudiment de vulve.

De chaque côté de la verge, on voit un repli cutané brunâtre, mou, saillant, dépourvu de poils et dans lequel la palpation ne permet de constater aucun organe, testicule ou ovaire. On trouve, au contraire, vers l'extrémité interne des plis inguinaux, au-dessus du pubis, normalement garni de poils bruns, deux saillies molles, au centre desquelles la palpation révèle l'existence d'un organe ovoïde, sensible à la pression, évidemment une glande génitale.

Les seins sont développés comme ceux d'une femme, avec un mamelon bien conformé.

Le bassin est large.

L'orifice périnéal donne bien issue à de l'urine, mais en outre, depuis l'âge de seize ans, il se produit par cet orifice, régulièrement tous les mois, un écoulement sanguin en tout comparable à des menstrues et qui, chaque mois, s'accompagne de gonflement et de sensibilité des glandes génitales pubiennes.

Est-ce un homme? Est-ce une femme?

C'est plutôt une femme, encore que cet individu éprouve très manifestement l'appétit du sexe féminin et n'entre en érection que lorsqu'un désir est fortement excité par une femme.

Il faudrait connaître la nature de la glande génitale, ovaire ou testicule, située dans le pli de l'aine. C'est ce qu'une opération parviendra peut-être à établir.

MM. Lermoyez et Gasne lisent une note sur la goutte **aiguë de la gorge.**

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les grands symptômes neurasthéniques, pathogénie et traitement, par le docteur Maurice DE FLEURY (1).

Ce dernier livre de M. de Fleury diffère notablement des nombreux ouvrages qui ont été publiés sur le même sujet. Il n'a pas la prétention d'un traité didactique ; en l'écrivant, M. de Fleury s'est proposé un tout autre but que celui de refaire une description, déjà faite bien souvent et fort bien faite par d'autres, des grands symptômes neurasthéniques. Mis en contact journalier depuis plus de dix ans avec des névropathes, il les a étudiés de près, suivis et observés autant en philosophe qu'en médecin et, contrairement à ce qui se fait d'habitude, il est parti du malade pour comprendre, expliquer et décrire la maladie et non de la description de la maladie pour comprendre le malade. Il s'est ainsi appliqué à détacher du fatras inextricable de symptômes se rapportant à la neurasthénie, un certain nombre de troubles particuliers se retrouvant le plus habituellement chez tous les névropathes et il les a passés au crible d'une observation, d'une étude tellement rigoureuses qu'on serait tenté de croire que, par amour de la science, M. de Fleury, si la chose était possible, s'est inoculé la neurasthénie pour mieux l'étudier ; ce n'est pas, en effet, seulement de l'observation, cela semble de l'auto-observation.

Il passe successivement en revue la sensation de fatigue, presque constante chez ces malades, les modifications de l'appareil circulatoire, les troubles du sommeil, ceux de la digestion et de la nutrition, les désordres de la fonction génitale chez l'homme et chez la femme, enfin l'état mental neurasthénique. Chacun de ces symptômes fait l'objet d'un chapitre spécial et l'auteur s'applique à en rechercher la pathogénie et à en déduire les indications thérapeutiques.

L'ouvrage se termine par l'édification d'une conception d'ensemble, comprenant une pathogénie et une thérapeutique générales de l'épuisement du système nerveux, de la fatigue organisée et prenant forme de maladie, ou mieux encore, pour employer une très heureuse expression de l'auteur, de la *fatigue cristallisée* et passée à l'état d'habitude fonctionnelle.

Vaste sujet d'étude que cette fatigue dont la nature nous donne partout le spectacle, « depuis la plante qui s'étiole jusqu'au cerveau d'artiste devenu incapable d'exécuter les

(1) In-8°, broché. Prix : 7 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

conceptions de son génie, sans négliger l'observation attentive des animaux fourbus. » En observateur sagace et avisé, M. de Fleury a cherché à dépister, derrière cette lassitude, cette impotence fonctionnelle et physique dont se plaignent tous les neurasthéniques, la maladie organique latente, tuberculose, alcoolisme, etc., qui couve si souvent sous la neurasthénie. Sans doute, cela est fort juste, mais M. de Fleury a peut-être un peu forcé la note de ce côté et ce qu'il appelle la neurasthénie essentielle existe bien sans partage et avec une fréquence de plus en plus grande et véritablement troublante.

Dire que cet ouvrage est écrit dans un style clair, précis, élégant, facile et agréable à lire, n'apprendra rien à personne, car il y a longtemps qu'à cet égard, la réputation de notre confrère de Fleury est établie. Mais cet ouvrage n'a pas seulement un mérite littéraire ; c'est une étude scientifique sérieuse, consciencieuse et, qui plus est, originale, ce qui n'est pas un petit mérite en matière de neurasthénie.

Dr A. B.

Électrothérapie gynécologique (1). *Derniers travaux de recherche et de critique*, par M. le docteur G. Apostoli, publiés par M. le docteur A. Laquerrière, avec la collaboration de M. L. Delherm.

En 1894, M. le docteur Apostoli commençait la publication des « Travaux d'électrothérapie gynécologique », travaux destinés à faire connaître en France les principaux ouvrages publiés à l'étranger sur ce sujet. Depuis, il avait continué à collectionner tous les mémoires qu'il recevait pour les réunir en volume.

C'est ce volume, qu'il était en train de faire paraître lorsqu'il fut surpris par la mort, que nous donnent aujourd'hui MM. A. Laquerrière et Louis Delherm. Après une notice biographique où les traits dominants du caractère et les principales recherches d'Apostoli sont sobrement et clairement rappelés, les auteurs ont placé les mémoires importants parus de 1888 à 1896 dans les pays de langue allemande sur les applications de l'électricité aux maladies des femmes. Cherchant à vulgariser l'enseignement qu'ils avaient reçu à Paris, les auteurs de ces différents mémoires décrivent soigneusement leurs instruments et leur technique et y joignent de longues séries d'observations cliniques qui permettent de se rendre un compte exact de la valeur des méthodes employées. Citons, à ce sujet, des travaux de Brase, Conrad, Schæffer, Fredericq, Koarberg, Kleinwacher.

A côté de ces questions d'ordre pratique, ce livre contient d'intéressantes recherches de laboratoire destinées à éclairer le mode d'action des courants électriques : ce sont les travaux de Prochownick et Spaeth sur l'action bactéricide du courant continu, les études histologiques de fibromyomes extirpés après traitement électrique, le mémoire de Burci et Frascani sur l'action antiseptique de certains courants électriques.

Dans ce livre, où la critique des différentes théories est judicieusement exposée, les lecteurs retrouveront l'enseignement et la doctrine d'Apostoli; MM. Laquerrière et Delherm ont continué l'œuvre du maître disparu et nous donnent, en ce nouvel ouvrage, un exposé de l'état actuel de l'électrothérapie gynécologique.

L. B.

Leçons cliniques d'ophtalmologie (2), par le docteur X. Galezowski.

Ce volume contient vingt-trois leçons choisies parmi celles que le docteur Galezowski a professées dans ces dernières années à sa clinique.

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8° avec fig. dans le texte et 1 pl. en couleurs hors texte. Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

Un certain nombre de ces leçons sont consacrées aux rapports des affections syphilitiques avec les affections des yeux; nous signalerons également celles qui traitent des accidents oculaires provoqués par l'influenza et son microbe, de l'atrophie des pupilles glaucomateuse, de l'atrophie du nerf optique, des rayons de Rœntgen en ophtalmologie, de la tuberculose oculaire, de la bactériologie conjonctivale, etc. On ne peut que savoir gré au docteur Galezowski d'avoir mis ainsi à la portée de ceux qui n'ont pu suivre ses cliniques, ses intéressantes observations et ses idées ingénieuses.

On y reconnaîtra son souci d'appliquer à la pratique ophtalmologique les plus récentes découvertes de la science.

L. G.

Mémorial thérapeutique (1), par C. Daniel, interne des hôpitaux de Paris.

Le *Mémorial thérapeutique* a pour but de rendre service aux praticiens qui ont le désir de trouver instantanément les renseignements dont ils ont besoin.

M. Daniel a classé tous les médicaments usuels par organe malade et par action physiologique; l'énumération des médicaments et de leurs formules est faite par ordre alphabétique.

Pour chaque médicament, il étudie les formes pharmaceutiques, le mode d'administration, les doses chez l'adulte et chez l'enfant, la solubilité, les indications et les contre-indications. Il donne, en outre, un choix de formules magistrales. Il s'est inspiré des travaux des maîtres de la thérapeutique Landouzy, Gilbert, Manquat.

En tête se trouvent exposées des généralités sur les formes diverses des médicaments, l'art de formuler, le tableau des incompatibilités, le tableau des doses maxima en une fois et en vingt-quatre heures.

M. Daniel s'est efforcé de donner une rédaction simple, concise, précise et méthodique, qui frappe à première vue et qui fait embrasser d'un coup d'œil l'ensemble des ressources que la thérapeutique offre au praticien.

C'est ce qu'ont permis de faire une disposition typographique dont nous ne connaissons pas d'exemple dans la littérature médicale, et le choix du papier de riz indien d'un poids dix fois moindre que le papier ordinaire, qui est une nouveauté en matière de livre scientifique et qui a permis de faire tenir 240 pages sous un poids de 40 grammes.

L. G.

CORRESPONDANCE

Nos professeurs sous-lieutenants.

Mon cher directeur,

Avez-vous lu l'*Echo de Paris*, ou tout au moins la reproduction de son article : « Les Professeurs de Faculté et l'armée, » vous est-elle tombée sous les yeux?

Vous y verriez que « les professeurs les plus en vue de nos Facultés de médecine n'ont que des grades fort modestes dans la réserve (*sic*) et l'armée territoriale; que des maîtres éminents par leur science occupent les seuls grades de médecin-major de deuxième, tout au plus de première classe ».

Et en lisant cela, vous croirez que l'on parle de vous. De vous, oui c'est possible, c'est-à-dire des favorisés qui ont obtenu leurs trois galons d'emblée avant 1890, puisque jusqu'à cette époque tout prosecteur, chef de clinique, chirurgien ou médecin des hôpitaux, fût-ce de la Ferté-sous-Bièvre, était nommé major de deuxième classe comme un professeur de Faculté.

(1) In-18 (format portef.) de 240 p. Prix : cart. souple, 2 fr. 50; relié mar. souple, tr. dor., 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Mais pour nous (je parle ainsi puisqu'il est question aussi de la réserve et que nous ne sommes point à une époque où un professeur titulaire pourrait être de la réserve) simples agrégés, médecins et chirurgiens des hôpitaux nommés après 1890, la situation est tout autre et bien pire que celle que l'on suppose. Un galon à l'entrée dans la réserve — le deuxième galon six ans, je crois, plus tard (à la condition qu'on ne nous oublie pas). Quant au troisième, il faut au moins quatre ans encore, et un examen d'aptitude !!!

On pourrait citer un docteur qui, devenu chirurgien des hôpitaux et agrégé, après avoir été aide d'anatomie, prosecteur et chef de clinique, a conservé son unique galon pendant dix ans, et ne pourra obtenir le troisième que dans plusieurs années, bien qu'ayant satisfait à l'examen d'aptitude.

Juste retour des choses d'ici-bas : les premiers seront les derniers, et si comme moi vous n'avez pas vos trois galons, soyez patient, doux et serviable avec vos élèves, car plus tard à la caserne ou au camp, ne fût-ce que pendant vingt-huit jours, ils pourraient bien, majors au mérite administratif ou à l'ancienneté, se soulager contre vous de l'amertume d'un refus ou d'une question intempestive posée à l'examen.

Eh ! sans doute : quoique « maîtres éminents » (et ce titre nous flatte, puisqu'en parlant de la réserve on parle des agrégés), nous ne brillons pas par notre assiduité aux conférences et aux exercices facultatifs ; l'administration a pour nous des secrets, et, soyons francs, nous opposons un peu trop de force d'inertie. Lors de l'examen d'aptitude, nous étions là quatre « officiels », ni plus naïfs, ni plus bêtes que d'autres, et nous convenions que le Manuel relu avait du bon et était même bourré de chapitres intéressants, qu'il serait bon de relire de temps en temps.

C'est déjà beaucoup de le savoir, et le moment venu, nous aurions bien vite fait de nous mettre au courant, surtout encadrés par les camarades de l'active, qui eux, dans les régiments s'entend, sont très administratifs.

On peut donc croire qu'avec trois galons comme autrefois nous ne ferions pas mauvaise figure : notre science manque d'administration ; et bien souvent l'administration manque de science : cela fait un niveau égal, n'est-ce pas?

L'active ne dispose pas de « 1400 médecins militaires et elle incorporera 7000 civils ». A l'étranger, des notabilités arrivent jusqu'au rang de médecin général : trois étoiles ; Bergmann, Koch, Kœnig, Czerny, Radecki, Esmarch, Kraske, etc., sont des chefs de file.

Nous ne sommes pas inférieurs et nous ne sommes pas moins dévoués ; tous les industriels sont capitaines, souvent commandants, le moindre boutiquier est lieutenant. A Paris, quelques rares professeurs sont majors de première classe ; les plus anciens ont trois galons ; les agrégés (style 1890) en ont deux à peine et bien des jeunes médecins et chirurgiens des hôpitaux n'en ont qu'un. Si une mobilisation survenait chacun serait remis à sa place « ipso facto ». Alors pourquoi pas maintenant? Un galon pour les professeurs de Faculté, médecins et chirurgiens des hôpitaux, s. v. p.

T. P.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 7 AU 12 AVRIL 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 7 AVRIL, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Rémy, Sébileau et Rieffel.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime, 1re série) : MM. Kirmisson, Walther et Wallich ; — (2e série) : MM. Delens, Cunéo et Lepage.

1er (oral) : MM. Mauclaire, Poirier et Retterer ; — M. Lejars, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Legueu et Gosset ; — (2e série) : MM. Terrier, Jalaguier et Broca (Aug.) ; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Teissier ; — M. Legry, suppléant.

MARDI 8 AVRIL, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Retterer et Thiéry.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Le Dentu, Rémy et Demelin ; — (1re partie, nouveau régime, 2e série) : MM. Budin, Poirier et Faure ; — (3e série) : MM. de Lapersonne, Quénu et Bonnaire.

1er (oral), *Salle Pasteur* : MM. Gley, Launois et Rieffel ; — M. Guiart, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Marion et Schwartz ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Dupré et Renon ; — (2e série) : MM. Gilbert, Charrin et Jeanselme ; — M. Thoinot, suppléant.

MERCREDI 9 AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Mauclaire, Poirier et Legueu

1er (oral, nouveau régime) : MM. Delens, Sébileau et Rieffel.

3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Jalaguier, Walther et Wallich ; — (1re série, nouveau régime) : MM. Pinard, Gosset et Cunéo ; — (2e série) : MM. Terrier, Lejars et Lepage ; — *Salle Pasteur* (3e série) : MM. Kirmisson, Remy et Potocki ; — (2e partie), *Salle Charcot* : MM. Hayem, Netter et Legry.

4e (nouveau régime), *Salle Pasteur* : MM. Landouzy, Wurtz et Richaud.

3e (2e partie, ancien régime), *Salle Richet* : MM. Fournier, Gaucher et Bezançon ; — M. Hanriot, suppléant.

JEUDI 10 AVRIL, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Rémy et Rieffel.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, G. Ballet et Guiart.

1er (oral), *Salle Velpeau* : MM. Schwartz, Marion et Thiéry.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Broussais* (1re série) : Berger, Bonnaire et Auvray ; — (2e série), *Salle Nélaton* : MM. Le Dentu, Poirier et Demelin.

4e (ancien régime) : MM. Brouardel, Proust et Vaquez ; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 11 AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Tillaux, Gosset et Rieffel.

1er (oral, 1re série) : MM. Poirier, Gley et Retterer ; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Mauclaire, Reclus et Cunéo ; — (3e série) : MM. Rémy, Sébileau et Walther.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime) : MM. Landouzy, Gaucher et Legry.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Delens et Legueu — (2e série) : MM. Jalaguier, Lejars et Broca Aug.) ; — (2e partie) : MM. Hayem, Brissaud et Teissier ; — M. Bezançon, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich.

SAMEDI 12 AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Poirier et Rieffel.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Renon et Guiart.

1er (oral), *Salle Richet* : MM. Quenu, Thiéry et Faure ; — *Salle Charcot* : MM. Marion, Rémy et Auvray.

2e, *Salle Thouret* : MM. Gley, Retterer et Desgrez.

3e (2e partie, ancien régime), *Salle Vulpian* : MM. Gilbert, Achard et Launois ; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. G. Ballet, Charrin et Vaquez ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Méry et Thiroloix ; — M. Dupré, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Potocki et Demelin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17

N° 36. — JEUDI 27 MARS 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 27 MARS 1902. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS

LES KÉRATITES

Par le docteur A. TROUSSEAU.

(Leçon recueillie par le docteur Albert JALAGUIER, aide de clinique.)

Les auteurs ont décrit de très nombreuses formes de kératites, mais leurs divisions, basées plutôt sur les différents aspects qu'elles présentent que sur leur nature et leurs causes, rendent leur étude très ardue.

Je vous proposerai donc une classification qui, si elle n'est peut-être pas absolument scientifique, a du moins le mérite d'être simple, schématique et rigoureusement exacte au point de vue clinique; nous diviserons les kératites d'après leur étiologie en : *primitives*, ne tenant qu'à une affection de la cornée (kératite phlycténulaire, par exemple), et *secondaires*, retentissant sur la cornée, par suite d'une lésion voisine (la kératite consécutive aux conjonctivites purulente et granuleuse).

Les exemples pour démontrer l'importance de cette division au point de vue du traitement peuvent être multipliés : en effet, tandis que les premières seront soignées d'emblée, les secondes, au contraire, seront traitées suivant leurs causes. Une kératite secondaire se produit-elle par le frottement des cils dans l'entropion? Arrachez les cils, guérissez l'entropion, la kératite guérira d'elle-même. Est-elle déterminée par une dacryocystite? Tant que l'affection des voies lacrymales persistera, la kératite ne guérira pas. Provient-elle de granulations? C'est seulement par leur traitement bien fait que la kératite disparaîtra.

On peut encore, d'après leur nature, les diviser en deux autres classes : les *infectées* et *non infectées*.

Tandis que les premières guérissent par les moyens usuels, les collyres, les compresses, etc., les secondes demanderont une antisepsie rigoureuse.

Ces bases une fois établies, il sera facile de classer schématiquement toutes les variétés de kératites et de les faire rentrer dans un même cadre.

La cornée ayant une certaine épaisseur, on pourra observer des formes superficielles, interstitielles et profondes; les kératites superficielles pourront à leur tour être : planes, en saillie ou en creux, ce qui amène à considérer, en se rappelant que le même processus peut envahir successivement les différentes couches de la cornée, le tableau suivant :

Kératites non infectées.

Superficielles.	K. planes....	Non vasculaires.	
		Vasculaires	Pannus. / K. en bandelette.
	K. en saillie.	Phlycténulaire. / Herpétique.	
	K. en creux.	Ulcéreuse.	
Interstitielles.			
Profondes.			

Kératites infectées.

Abcès, ulcères infectés.
Ulcères avec hypopyon.

En général, ces variétés ne se confondent pas et les kératites profondes et interstitielles, protégées par l'épithélium, ne s'infectent que difficilement et par propagation.

Au contraire, les variétés superficielles, par leur situation même, sont beaucoup moins protégées contre l'agent infectieux.

Symptômes. — Avant d'étudier les symptômes des kératites (communs ou particuliers), il importe de bien connaître la façon d'examiner une cornée : tout d'abord, on placera le malade de profil et non directement de face, de manière à faire miroiter la surface cornéenne; si le cas est difficile, on aura toujours recours à l'éclairage oblique à la loupe; s'agit-il d'un enfant? on maintiendra sa tête entre les genoux et pendant qu'un aide lui tiendra les deux mains, on ouvrira largement l'œil avec des écarteurs.

Chez l'adulte, s'il n'y a pas de blépharospasme, il est inutile de se servir de releveurs, on les emploiera dans le cas contraire. Bien souvent, l'écartement brusque, comme la dilatation du sphincter anal, produit une amélioration notable de la stricture spasmodique.

Un certain nombre de symptômes sont communs à toutes les variétés de kératites et quelques-uns ont une importance capitale : la photophobie, le blépharospasme, un trouble quelconque, le plus petit défaut de transparence de la surface cornéenne, suffisent pour affirmer la kératite. A côté de ces symptômes cardinaux existent souvent du larmoiement, de la douleur modérée, de l'injection péri-kératique. Quant

aux symptômes particuliers, c'est en étudiant le traitement de chaque variété que nous les signalerons.

Diagnostic. — La constatation de ces symptômes permet de distinguer la kératite d'une simple conjonctivite, d'une iritis, d'une sclérite, d'un glaucome : d'ailleurs, dans la *conjonctivite*, il y a de la sécrétion, de l'injection des culs-de-sac, peu de larmoiement, pas de blépharospasme, pas de trouble cornéen.

Dans la *conjonctivite compliquée de kératite*, c'est la cause que l'on devra trouver en examinant avec soin les paupières, les culs-de-sac, les voies lacrymales, les bords ciliaires, en recherchant les granulations.

Dans l'*iritis*, l'iris est déformé, sa couleur est changée, on observe des douleurs névralgiques intenses et de l'injection fine péri-kératique, toutes choses qui n'existent pas dans les maladies de la cornée. Dans l'iritis séreuse, on trouve un petit piqueté de la face profonde de la cornée ; il s'agit alors d'une kératite compliquée d'iritis.

Dans le *glaucome*, les douleurs sont très intenses, la tension oculaire est augmentée, la pupille dilatée. Rappelons (et ceci a une importance capitale) que toutes les fois qu'un œil est rouge, avec la pupille dilatée (sans instillation d'atropine naturellement), il s'agit d'un glaucome.

Dans la *sclérite*, la conjonctive prend une teinte violacée et de petits boutons apparaissent au niveau du limbe; d'ailleurs les deux affections sont presque toujours une complication l'une de l'autre.

Enfin on ne saurait trop répéter qu'il faut rechercher la cause, examiner les annexes de l'œil et si rien n'est trouvé, il sera permis de mettre la maladie sur le compte d'un mauvais état général.

Traitement. — S'il est bon de savoir exactement ce que l'on doit faire en présence d'une kératite, il est peut-être encore plus utile de connaître ce que l'on doit éviter, car souvent la maladie est aggravée par un traitement mal fait : il faut proscrire les caustiques tels que le sulfate de zinc, qui irrite et augmente le blépharospasme, le sous-acétate de plomb, le nitrate d'argent, qui laissent le plus souvent des traces indélébiles; ne pas employer à tous propos la cocaïne, qui dépolit la cornée et la rend apte à s'infecter; enfin se méfier de l'atropine, qui peut déterminer chez les gens âgés une attaque de glaucome.

Nous ne parlerons pas des vésicatoires, des sangsues et des cataplasmes qui sont aussi inutiles que dangereux ; quant au bandeau, il ne sert, la plupart du temps, qu'à augmenter le blépharospasme, à retenir les sécrétions et à priver l'œil de son élément naturel qui est l'air libre; on ne sera autorisé à le recommander que pour maintenir un pansement, dans le cas d'une kératite ulcéreuse, par exemple.

Toutes les kératites sont justiciables d'un traitement général, c'est pourquoi on prescrira, suivant les cas, le traitement antisyphilitique ou antistrumeux, l'huile de foie de morue, l'hygiène, les saisons thermales; mais il faudra se méfier des préparations à base d'iodure qui irritent la conjonctive.

La plus grande importance revient au *traitement local*, et pour nous permettre de l'étudier, nous allons revenir à notre classification primitive.

Kératites non infectées. — A. Superficielles. — 1° *Planes.* — α. *Non vasculaires.* — Cette variété succède généralement à un traumatisme, une brûlure par exemple, ou provient d'un mauvais état général ; on observe un trouble grisâtre et peu de blépharospasme. Il faudra traiter la cause, et prescrire ensuite suivant que la réaction est :

Nulle : pommade jaune (1), compresses chaudes boriquées;

Modérée : pilocarpine (2), compresses chaudes boriquées, et dès que la réaction a disparu, pommade jaune ;

Très vive : atropine (3), à moins qu'il s'agisse d'individu âgé ; dès que la réaction est calmée, on reviendra en tâtonnant à la pilocarpine, puis à la pommade jaune.

β. *Vasculaire.* — Comprenant le pannus et la kératite en bandelette, déterminée souvent par des granulations, un corps étranger, du trichiasis. Ici, les compresses chaudes ne seront pas indiquées, car la chaleur risque de développer la vascularisation. On emploiera d'emblée :

La pommade jaune. Puis la pilocarpine ou l'atropine, suivant la réaction.

Si le pannus est épais, on pratiquera avec beaucoup d'avantages la péritomie et, pour les cas dans lesquels il n'y a rien à perdre, l'application de Jéquirity pourra être tentée.

2° *Kératite en saillie.* — α. *Phlycténulaire*, se développant surtout chez les scrofuleux, à la suite d'une affection cutanée, eczéma, impétigo, sous forme d'une élévation plus ou moins grosse au niveau du limbe.

Il ne faudra pas prescrire de bandeau, conseiller un traitement général sans iodure, appliquer des compresses chaudes avec des antiseptiques faibles (à moins d'infection conjonctivale), mettre du collyre à la pilocarpine si la réaction est tant soit peu vive et si les douleurs sont violentes, accompagnées de photophobie et de blépharospasme, pratiquer la canthoplastie.

β. *Herpétique.* — Il s'agit le plus souvent de gens âgés présentant du zona. Ce qui domine ici, c'est le larmoiement et les douleurs : gardez-vous de prescrire l'atropine, mais, au contraire, ordonnez la pilocarpine, les compresses chaudes boriquées, les analgésiques, les piqûres de morphine au besoin. Percez la bulle d'herpès avec une pointe rouge si vous assistez à son éclosion.

3° *Kératite ulcéreuse.* — Cette forme se présente sous l'aspect d'une petite facette brillante, qui fait souffrir d'autant plus le patient qu'elle est plus superficielle ;

On traitera la cause, la diathèse, et tous les efforts tendront à empêcher l'infection, au moyen des antiseptiques seuls. Un pansement sec après grand lavage au cyanure (4) par exemple; si l'infection est évitée, on prescrira le collyre à la pilocarpine.

B. Kératites interstitielles.—L'immense majorité des cas est sous la dépendance de la syphilis héréditaire. La cornée prend une teinte grisâtre et il existe toujours de l'irido-

---

(1) Rappelons la formule de cette pommade :

Vaseline bien neutre	5 grammes.
Oxyde jaune d'hydrargyre hydraté et finement porphyrisé	0g15 centig.

(2) Collyre :

Eau	5 grammes.
Chlorhydrate de pilocarpine	0g05 centig.

(3)

Eau	5 grammes.
Sulfate neutre d'atropine	0g03 centig.

I à II gouttes matin et soir.

(4)

Eau	1000 grammes.
Cyanure d'hydrargyre	0g20 centig.

chroroïdite concomitante. Inutile de dire qu'il faudra faire le traitement diathésique, et le continuer pendant des mois et des années. Le traitement local de choix est ici l'*atropine*, car il existe toujours des lésions de l'iris. En même temps on appliquera des compresses chaudes. La pommade jaune est inutile, puisqu'elle ne pénétrerait pas jusqu'à l'endroit où elle doit agir.

C. Kératite profonde. — On la traitera de la même façon que la précédente dont elle n'est qu'une forme ou un aboutissant, mais avec moins de compresses chaudes.

Kératites infectées. — Ou bien l'antisepsie n'a pas été suffisante, ou le processus infectieux était trop intense, ou l'infection était produite avant qu'on ait eu à intervenir.

La marche la plus habituelle est la suivante (kératite des moissonneurs par exemple) : un corps étranger produit une érosion de la cornée chez un sujet porteur d'une dacryocystite méconnue, un abcès se forme, puis un ulcère ; celui-ci creuse, envahit la membrane de Descemet, l'hypopyon se produit et finalement l'œil se perfore.

C'est ici surtout qu'il faudra s'attaquer à la cause par des lavages antiseptiques répétés, que l'on prescrira des compresses chaudes et la quinine, la phénacétine, l'antipyrine.

Si la perforation menace, on la créera à l'endroit favorable avec la pointe d'un thermo-cautère.

L'hypopyon ne sera opéré que s'il dépasse la moitié inférieure de la cornée, on la ponctionnera, le pus liquide ou concret sera évacué, puis un pansement antiseptique appliqué.

Pour être complet, il faut mentionner une opération, qui donne d'excellents résultats, inventée par Sœmich : elle consiste à transfixer la cornée et à fendre l'ulcère perpendiculairement à son grand axe. Quant à l'enclavement de l'iris dans la cicatrice, c'est un accident moins grave en somme et qui sera traité quand les complications seront passées.

Résumons enfin le traitement des kératites par un tableau tout à fait schématique :

Kératites non infectées.

Superficielles.	K. planes....	Sans vaisseaux.	Pommade jaune.
		Avec vaisseaux.	Pilocarpine.
	K. en saillie.	Phlycténulaire....	Pommade jaune. Pilocarpine.
		Herpétique.	Pilocarpine.
	K. en creux.	Ulcéreuse.	Pilocarpine.
Interstitielles..........			Atropine.
Profondes..........			Esérine si tension.

Kératites infectées.

Toutes les variétés..........	Antisepsie. Chirurgie.

LA PRESSION ARTÉRIELLE DE L'HOMME

A L'ÉTAT NORMAL ET PATHOLOGIQUE

D'après le professeur Potain (1).

L'étude de la pression artérielle et la découverte des méthodes permettant de la mesurer exactement remontent à ces dernières années. C'est en 1889, en effet, que, modifiant l'appareil de v. Basch, Potain décrivit le sphygmanomètre, appareil servant à effacer les battements de l'artère dont on veut connaître la pression à l'aide d'une pelote fluide et indiquant le degré de pression auquel est arrivé le fluide contenu dans la pelote au moment où les battements de l'artère doivent être perçus.

Le sphygmanomètre se compose d'une ampoule en caoutchouc, d'un tube de transmission, d'un tube de remplissage branché sur le premier et d'un manomètre métallique. L'ampoule, ellipsoïde, doit présenter une longueur de 3 centimètres et un diamètre transversal de 2 centimètres et demi, lorsqu'elle est distendue par une pression de 3 centimètres de mercure. Des quatre secteurs qui la forment, trois sont épais et résistants, le quatrième, mince, est seul destiné à être appliqué sur la peau. Le tube de transmission doit avoir une paroi très résistante et un calibre intérieur aussi réduit que possible. Le tube qui se branche sur ce dernier sert à insuffler de l'air dans l'appareil et à l'y porter à la tension convenable, à 3 centimètres de mercure par exemple. Quant au manomètre, c'est un simple manomètre métallique dont la cavité est mise en rapport avec celle de l'ampoule par l'intermédiaire du tube qui les réunit : il indique en centimètres de mercure la pression à laquelle l'air est porté dans l'ampoule quand on comprime celle-ci. Ce manomètre doit être sensible et obéir sans à coup : il doit surtout être bien gradué, et vérifié avant toute expérience, d'après un manomètre à mercure.

Ce que l'on cherche à produire en appliquant le sphygmanomètre, c'est à écraser l'artère jusqu'à arrêt des pulsations, et à déterminer alors la pression nécessaire pour obtenir ce résultat en lisant sur le manomètre l'indication de celle qui existe dans l'ampoule à ce moment. Toutefois, pour éviter les causes d'erreur, il convient : 1° de s'adresser toujours à la même artère, de préférence à l'artère radiale, et, dans ce cas, de placer toujours l'avant-bras dans la même position, horizontalement et dans la demi-pronation, la main pendante vers le bord cubital ; 2° de placer le manomètre à petite distance, de façon qu'il soit sous l'œil de l'observateur. Puis on applique l'ampoule, par sa partie mince, sur le trajet de la radiale, le grand axe de l'ampoule étant placé parallèlement à l'axe de l'avant-bras et le tube étant dirigé par en haut, vers le coude. On place alors l'indicateur de la main droite sur la paroi de l'ampoule opposée à celle qui est en contact avec la peau et le pouce sur la face dorsale du radius. Les choses étant ainsi disposées, on applique l'index de la main gauche sur la radiale, immédiatement au-dessous de l'ampoule, de façon à sentir très distinctement les battements de l'artère avec l'extrémité de la pulpe du doigt. Puis le médius est posé immédiatement au-dessous et presse l'extrémité inférieure de la radiale, pour empêcher toute récurrence par l'arcade palmaire. Il ne reste plus alors qu'à exercer avec l'index de la main droite une pression graduelle sur l'ampoule jusqu'à ce que les battements de la radiale cessent d'être perçus par l'index gauche. A ce moment, on s'arrête et on note l'indication donnée par le manomètre.

En somme, dans l'application du sphygmanomètre, 1° la position de la pelote doit être telle que son axe réponde exactement à la direction de l'artère ; 2° la pression exercée par l'index sur la pelote doit être perpendiculaire à la face antérieure du radius ; 3° le doigt qui tâte la radiale doit exercer sur cette artère une pression suffisante pour la sentir, insuffisante pour écraser les battements de la radiale.

Quels sont les caractères de la *tension artérielle normale*? Due à l'action simultanée de deux causes : les contractions du cœur, la résistance périphérique, la tension artérielle est

(1) Paris, Masson et Cie.

en relation directe avec ces deux forces : elle s'élève quand la force de propulsion du cœur, ou la résistance périphérique ou toutes deux à la fois augmentent; elle diminue dans les conditions inverses. Elle peut rester stationnaire quand l'augmentation de l'une est exactement compensée par la diminution de l'autre : elle n'est donc l'expression ni de l'une ni de l'autre, mais bien d'une combinaison des deux.

Les causes des variations de la pression artérielle sont multiples. La première réside dans les modifications du fonctionnement cardiaque (énergie des systoles, volume de l'ondée sanguine que chacune d'elles propulse dans l'aorte, etc.). Les variations de la résistance périphérique interviennent ensuite, variations de la résistance veineuse, des capillaires vrais, et surtout des capillaires artériels. C'est dans ces derniers que la contractilité règne et domine, c'est là qu'elle produit des resserrements et des dilatations susceptibles de modifier rapidement et profondément la pression. Enfin les artères elles-mêmes influent sur la pression artérielle par les changements de leur calibre et par les modifications de leur élasticité. Les changements de calibre exercent une action variable suivant qu'ils consistent en une dilatation ou un rétrécissement, qu'ils portent exclusivement sur la partie périphérique ou sur la partie centrale du système artériel, suivant qu'ils sont d'origine organique ou purement fonctionnelle. Quant à l'élasticité, c'est elle qui établit la continuité de pression dans les artères, et son rôle est capital.

Normalement, la pression artérielle oscille incessamment entre deux extrêmes : un maximum et un minimum. De ces deux extrêmes, un seul peut être directement connu chez l'homme : c'est le maximum, c'est sa mesure que donne le sphygmanomètre. Cette pression varie physiologiquement suivant différentes causes : la pesanteur est la plus simple de toutes; c'est aussi peut-être celle qui, dans la pratique, peut faire commettre le plus d'erreurs; la compression d'une artère augmente la tension dans la portion du vaisseau située au-dessus du point comprimé, et exagère l'amplitude des pulsations dans les branches qui en partent; dans la respiration, la pression s'élève à la fin de l'inspiration et s'abaisse vers la fin de l'expiration, la digestion peut baisser la tension d'une quantité appréciable. L'influence du mouvement est variable : en général, tout exercice modéré élève immédiatement la pression artérielle, cet effet se produisant au moment même du passage du repos à l'activité, tout exercice prolongé et énergique tend à l'abaisser. L'élévation de température entraînant habituellement un abaissement de la pression dans les artères en même temps qu'une amplification très grande des oscillations artérielles. Enfin les changements d'altitude modifient la pression, toute élévation l'augmentant, tout abaissement la diminuant.

Toutes ces causes de variation font qu'il est difficile d'attribuer un chiffre précis à la pression normale. Le chiffre de 17 à 18 centimètres d'hydargyre s'observe souvent chez des individus jeunes, du sexe masculin et bien portant. Mais on peut être apparemment dans un état de santé tout à fait normal avec des pressions assez différentes allant de 15,5 à 20. Les chiffres supérieurs ou inférieurs à ceux-là peuvent être considérés comme anormaux. La pression artérielle n'affecte aucun rapport nécessaire avec la fréquence du pouls. Pour la femme, la moyenne serait de 16 centimètres environ. Mais la fixation absolue de cette moyenne n'a pas au point de vue pratique toute l'importance qu'on pourrait être tenté de lui attribuer, car un état de santé en apparence tout à fait normal est compatible avec des écarts de 3 à 4 centimètres au moins. En somme, on pourra considérer comme normale toute pression de 15 à 19 chez un homme, de 14 à 18 chez une femme, de vingt à vingt-cinq ans.

La pression chez les sujets plus jeunes est de 8 centimètres de cinq à sept ans, de 9, de huit à douze ans, de 13, de treize à dix-sept ans, de 15, de dix-huit à vingt ans; elle s'élève donc progressivement avec l'âge. M. Potain a remarqué, de plus, que les sujets dont la pression dépasse la moyenne sont, en général, plus grands et plus développés que ceux chez lesquels elle lui est inférieure : il en résulte qu'une pression artérielle plus forte s'allie d'une façon générale à un plus grand développement. Enfin, chez les vieillards, la pression artérielle varie de 20 à 24, ce qui est dû, partiellement au moins, à la sclérose des parois.

Les *maladies* exercent toutes une influence sur la pression artérielle : certaines l'élèvent : néphrites chroniques, aortites, diabète; d'autres au contraire l'abaissent : tuberculose pulmonaire, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, pneumonie, et M. Potain a catégorisé ainsi les maladies, suivant leur retentissement sur la pression.

A. *Maladies à pression très basse.* — Lorsqu'une maladie est arrivée à la phase de cachexie (cancer, dysenterie chronique, diarrhée cholériforme, purpura hémorragique etc.), les pertes de sang réitérées, les évacuations incessantes amènent une diminution considérable de la tension qui parfois descend au-dessous de 10.

B. *Maladies à pression basse.* — La tuberculose pulmonaire est, des maladies de ce groupe, celle qui abaisse le plus la pression artérielle. Celle-ci est de 13 au premier degré, de 12 au second, de 11 au troisième : elle descend donc au fur et à mesure que l'affection progresse. Mais l'existence de l'hypotension dès le début de la maladie permet souvent le diagnostic précoce de tuberculose. Toutefois certaines complications (pleurésie fébrile, albuminurie, etc.), susceptibles par elles-mêmes d'élever la pression, peuvent compenser, dans une certaine mesure, l'influence de la tuberculose. D'autre part, la tuberculisation aiguë, granulique, peut s'accompagner d'une pression élevée pendant toute sa durée, surtout quand le rein participe au processus scléreux d'origine tuberculeuse. L'âge des malades paraît ne modifier en rien l'influence de la tuberculose, influence si constante que, pour M. Potain, une pression de la radiale inférieure à 14 chez un sujet d'âge moyen sans maladie aiguë ni cachexie doit faire redouter la bacillose, et que toute hypertension au cours de la maladie doit faire penser à quelque complication, notamment du côté du rein, ou quelque inflammation intercurrente. Enfin lorsque, chez un sujet ayant présenté des signes de tuberculose, on trouve une pression normale que n'explique pas le développement d'une complication, il y a lieu de penser que le processus tuberculeux a cessé d'être actif. L'élévation progressive de la pression devient ainsi un élément de pronostic très favorable.

La *fièvre typhoïde* est, de toutes les maladies aiguës, celle qui abaisse le plus la pression artérielle. En général, l'abaissement est de 3, 4 et même 5 centimètres de mercure : il se manifeste dès le début de la maladie : les oscillations qu'il subit ne sont en rapport ni avec la température, ni avec la fréquence du pouls. A l'époque de la défervescence, la pression éprouve quelquefois une chute subite, puis, pendant la convalescence, elle remonte lentement vers le taux normal.

Bien que le chiffre de la pression artérielle ne paraisse avoir aucun rapport avec le degré de gravité de la maladie, une pression qui s'abaisse avec excès et rapidement au cours d'une dothiénentérie, est alarmante, une pression qui s'élève brusquement doit souvent faire penser à une complication.

Dans le *rhumatisme articulaire aigu*, la pression artérielle est constamment abaissée, elle peut se relever lors du développement de l'endocardite. Quant aux *rhumatismes subaigu et chronique*, ils ne dépriment que peu, en général, la pression artérielle.

C. *Maladies à pression moyenne.* — La pression est moyennement abaissée dans la *pneumonie* et dans la *pleurésie*. Toutefois, cette affection étant le plus souvent secondaire, la pression qu'on y observe dépend beaucoup de l'affection primitive. Quand la pleurésie survient chez un brightique, la pression reste haute malgré la pleurésie. La production d'un épanchement dans la plèvre ne modifie que peu la pression, à moins qu'il ne soit très considérable : enfin, celle-ci est très abaissée lorsque la pleurésie se rattache à quelque maladie générale infectieuse grave. Dans l'*embarras gastrique*, la baisse de la pression est bien plutôt le fait de l'état infectieux, plutôt que de la fièvre. Ce dernier agent tend en effet à l'élever d'une façon à peu près constante.

L'existence, au cours de la *chlorose*, d'une tension à peu près normale doit faire redouter, dans les cas de chlorose compliqués d'hypotension, un début de tuberculose. Les *hémorragies*, en général, ne modifient pas notablement la pression sur le moment même, à moins qu'elles ne soient excessives ou fréquemment répétées. Si peu abondantes qu'elles soient, en effet, lorsqu'elles se renouvellent, elles finissent par faire fléchir la pression beaucoup plus que ne l'eût fait une même perte de sang, se produisant d'une seule fois. Dans la plupart des *maladies de cœur*, la pression est inférieure à ce qu'elle serait à l'état normal chez un sujet du même sexe et de même âge. Mais la dépression produite reste de beaucoup inférieure à celle que déterminent les cachexies et les maladies fébriles infectieuses : elle est de plus très variable, et M. Potain note des chiffres allant de 10 à 22 en dehors de toute complication. D'une façon générale, les chiffres très bas sont l'indice d'une compensation insuffisante et entraînent par suite un pronostic fâcheux, mais il ne faut pas oublier que, chez certains cardiaques, des troubles graves peuvent coïncider avec une tension exagérée. L'insuffisance aortique est, de toutes les affections organiques du cœur, celle qui abaisse le moins la tension artérielle. Quant aux autres lésions orificielles, celles qui abaissent le plus la pression artérielle sont celles qui portent sur plusieurs orifices à la fois.

Dans l'étude de la pression au cours des *maladies artérielles* il convient de se rappeler que l'obstacle local apporté par la rigidité artérielle à l'observation sphygmanométrique, paraît peu importante et n'empêche pas les chiffres relevés d'exprimer exactement les modifications de la tension sanguine.

D. *Maladies à pression forte.* — L'*athérome artériel* s'accompagne habituellement d'une hypertension manifeste, mais il est impossible de savoir très exactement dans quelle mesure il y a proportionnalité entre le degré de l'altération athéromateuse et le degré d'élévation de la pression artérielle.

E. *Maladies à pression très forte.* — Ces maladies sont au nombre de deux : la néphrite interstitielle et le diabète. Dans la *néphrite chronique*, la moyenne obtenue a été de 24. Cette haute tension étant absolument exceptionnelle, une conséquence pratique s'impose : toutes les fois que le sphygmanomètre donne un chiffre supérieur à 24, il y a de très grandes raisons de présumer que l'on a affaire à une néphrite interstitielle où à un diabète. Inversement, cette haute tension baissant rarement au-dessous de 21, tout sujet chez lequel on trouve une pression inférieure à 19 peut être considéré comme n'étant pas atteint de néphrite interstitielle. Quant au *diabète*, il s'accompagne fréquemment d'une hypertension aussi considérable et dont la pathogénie reste encore inconnue.

L. B.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(25 mars 1902)

La séance est ouverte devant les fauteuils vides et elle a été levée à quatre heures parce qu'il n'y avait plus rien à l'ordre du jour. Si cela continue ainsi, l'Académie sera obligée de prendre des vacances de Pâques.

A propos de la discussion sur le **chloroforme**, M. Kelsh, qui avait demandé la parole, déclare n'avoir rien à ajouter à ce qu'a dit M. Marty sur le chloroforme dans l'armée.

M. Daremberg, membre correspondant, proteste contre cette assertion de M. Poncet que le chloroforme est dangereux chez les animaux. M. Daremberg a donné le chloroforme à plus de mille animaux d'espèces différentes et il n'a jamais eu qu'une alerte chez un cobaye qu'il avait laissé pour mort sur le rebord d'une fenêtre, lorsque après un temps assez long il se réveilla, tomba par la fenêtre de la hauteur de deux étages et se sauva dans le jardin : à part cette alerte, M. Daremberg n'a jamais constaté d'accidents chloroformiques chez les animaux qu'il a endormis dans toutes les positions et toujours par doses massives.

M. Hervieux appelle l'attention de l'Académie sur les méfaits de la **variolisation**, c'est-à-dire sur la propagation de la variole, la mortalité et les épidémies qui s'ensuivent, sur la permanence du fléau dans presque toutes nos colonies, la dépopulation qui en est la conséquence et souvent une atteinte plus ou moins grave à la prospérité commerciale.

Lorsque, pour entrer dans les détails de la question, on s'est demandé si la variolisation était dangereuse pour les inoculés, un grand nombre de faits recueillis dans les rapports de l'Académie ont témoigné de la réalité des accidents auxquels sont sujets les variolisés.

On s'est demandé aussi si l'éruption déterminée par la variolisation était contagieuse. Sur ce point encore nous possédons un nombre considérable de documents qui prouvent que c'est à la variolisation qu'il faut attribuer la plupart des épidémies qui ont sévi dans nos possessions africaines. On ne s'étonne pas de ces méfaits de la variolisation quand on sait que les indigènes saisissent toutes les occasions qui se présentent de se soumettre à la variolisation.

Étant données les conséquences qu'entraîne le fléau, M. Hervieux estime qu'il y aurait lieu de prendre, pour la variolisation comme pour la variole, les mesures qu'exigerait sa suppression.

Cette proposition est mise aux voies et adoptée.

M. G. Linossier, en son nom et au nom de M. G.-H. Lemoine, fait une communication sur **quelques remarques sur la recherche médico-légale de l'origine du sang, à l'aide des sérums précipitants**, dont voici le résumé :

« Une tache de sang étant donnée, la détermination de son origine est un des problèmes qui se posent le plus fréquemment en médecine légale et dont la solution est la plus difficile. Jusqu'à ces derniers temps le seul procédé applicable consistait à délayer la tache suspecte dans un liquide approprié, et à mesurer le diamètre des globules restés intacts. Dans la pratique ce procédé ne permet guère que de distinguer les globules nucléés et elliptiques des oiseaux des globules discoïdes des mammifères; à la rigueur, dans un cas très favorable, il peut autoriser une destruction entre les globules de l'homme et des globules particulièrement petits comme ceux du chevreau; jamais il ne peut permettre de reconnaître le sang de l'homme du sang de chien ou de lapin. Aussi les médecins légistes ont-ils accueilli avec intérêt la méthode de distinction proposée par Uhlenluth et fondée sur l'emploi des sérums précipitants de Tchistowitch et Bordet.

Ayant étudié, à un tout autre point de vue, ces sérums précipitants, nous avons été amenés à faire un certain nombre d'observations intéressantes au point de vue médico-légal.

La plus importante est relative à la spécificité de ces sérums précipitants. Tous les auteurs admettent que, sauf quelques exceptions qui peuvent permettre une confusion entre les sangs d'animaux très voisins, ces sérums sont strictement spécifiques, que le sérum précipitant du sang humain ne précipite par exemple que le sang humain et le sang de singe, mais ne précipite aucun des autres sangs que l'on pourrait confondre avec lui.

C'est sur cette spécificité même qu'est fondé l'emploi des sérums précipitants. Or, il résulte de nos recherches que cette spécificité n'existe pas. Nous avons établi que le sérum précipitant soi-disant spécifique, vis-à-vis du sang humain par exemple, précipite aussi les sérums de bœuf, de cheval, de chien, de mouton, de porc, de cobaye, de poulet; mais la réaction est incomparablement plus sensible avec le sang humain. Aussi est-il possible d'éviter à l'avenir la cause d'erreur qui résulte de cette non-spécificité, en ne pratiquant la réaction que sur des solutions sanguines étendues. Une solution de sérum au millième par exemple nous a paru toujours précipiter par le sérum actif correspondant, et jamais par un autre sérum actif. A la condition d'être prévenu de la cause d'erreur que nous signalons, la méthode nouvelle peut donc rendre à la médecine légale d'importants services, et permettre des distinctions impossibles avant son emploi.

Nous avons étudié en outre plusieurs détails de technique relatifs à la préparation des sérums actifs, aux précautions nécessaires pour éviter les causes d'erreur dans leur emploi, aux limites de sensibilité, etc. »

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

A propos de l'innervation du voile du palais et du pharynx. — M. le docteur C.-M. Desverinne (de la Havane) relate un cas de paralysie combinée du voile du palais et du larynx qu'il a eu l'occasion d'observer; il a, à ce propos, passé en revue. a question de l'innervation motrice du voile du palais et du larynx; l'auteur arrive à cette conclusion que le nerf facial n'a sous sa dépendance aucun des muscles du voile du palais; leur motilité dérive de l'accessoire de Willis ou nerf spinal, ainsi que l'a déclaré Arnold en 1847 (fibres d'origine bulbaire). L'accessoire de Willis innervant en outre les muscles moteurs du larynx, ainsi que la portion claviculaire du trapèze et le sterno-cléido-mastoïdien, présiderait aux mouvements associés d'une même fonction.

Le fait que rapporte M. Desverinne est en parfait accord avec une série de faits publiés par Gowers, Oppenheim, Kœster, Hoffmann, sur lesquels MM. Lermoyez et Raymond ont récemment appelé l'attention. (*Ann. des mal. de l'oreille*, juin 1901.) P. V.

MÉDECINE LÉGALE

Un cas intéressant d'empoisonnement par l'arsenic. — M. S. Bosujakovic a eu l'idée de rechercher, à l'occasion de la mort d'un paysan soupçonné d'avoir été empoisonné par sa femme, si l'arsenic dont il avait constaté la présence dans le corps du mort ne pouvait pas provenir de la terre voisine qui en contenait également; le corps était, en effet, exhumé six ans et onze mois après la mort.

M. Bosujakovic fit des recherches sur le corps de personnes mortes de leur mort naturelle, enterrées dans le même cimetière, dans les mêmes conditions et depuis la même époque. Deux corps ainsi exhumés, l'un dont la tombe n'était qu'à 85 centimètres de celle du paysan en question et l'autre à 49 mètres, ne permirent de déceler aucune trace d'arsenic ni dans le bois de la bière, ni dans les restes du corps, tandis que la terre en contenait une certaine quantité.

M. Bosujakovic fit encore l'examen du sol situé au voisinage du lit du malade, dans les endroits où il avait pu cracher et vomir, et y décela la présence de quantités considérables d'arsenic, tandis qu'un emplacement protégé par un bahut n'en contenait que des traces.

L'auteur de ces examens en conclut que l'arsenic contenu dans le corps avait été ingéré durant la vie et ne pouvait provenir du sol voisin. Le tribunal lui donna raison et condamna l'accusée. (*Centralbl. f. Inn. Med.*, 1902, p. 67.) P. V.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles de médecine. — *Besançon.* — M. le docteur Prieur, professeur d'histologie, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite École.

Grenoble. — M. le docteur Lépine est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux de physiologie.

Poitiers. — M. le docteur Delaunay est nommé, pour une période de trois ans, directeur de l'Ecole.

— M. le docteur Faivre est nommé professeur de clinique médicale.

Marine. — Sur la proposition du Conseil de santé de Rochefort, M. le médecin de première classe de Gouyon de Pontaurande a été distrait de la liste d'embarquement pour une période de six ans, à compter du 18 mars.

Société obstétricale de France. — La neuvième session de la Société obstétricale de France se tiendra dans le grand amphithéâtre de la Faculté les jeudi 3, vendredi 4 et samedi 5 avril 1902. Les séances du matin auront lieu à neuf heures et demie; les séances du soir à deux heures.

Cours libre de psychologie. — M. le docteur Eugène Bernard-Leroy ouvrira à l'École pratique (amphithéâtre Cruveilhier un cours libre de psychologie, le mercredi 9 avril, à cinq heures, et le continuera les mercredis et samedis à la même heure. Il traitera des conditions normales et pathologiques de la perception extérieure.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Demorey (de Gevrey-Chambertin); Fleurot (de Dijon); Sabatié (de Paris).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 37. — SAMEDI 29 MARS 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 29 MARS 1902. — N° 37.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

L'expression du fœtus par la paroi abdominale.

Par M. KEIM,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'expression du fœtus n'est qu'une modalité de l'expression utérine. On peut, en effet, exprimer l'utérus, soit à terme, soit avant terme dans l'accouchement prématuré ou dans l'avortement complet ou incomplet; on peut l'exprimer, soit pour l'expulsion du fœtus, soit pour l'expulsion du délivre. Dans tous ces cas, l'expression utérine n'est que le complément, le renforcement de l'élément physiologique, de la contraction musculaire qui termine la grossesse par l'expulsion de l'œuf et de son contenu.

L'expression, pendant la délivrance et même dans l'avortement, a été bien décrite depuis fort longtemps et souvent appliquée. Au contraire, l'expression du fœtus est moins connue, au moins en France. Nous n'étudierons dans ce travail que l'expression du fœtus par la paroi abdominale, éliminant, de parti pris, l'expression du fœtus pratiquée par le périnée ou par le rectum.

I

Historique. — L'expression du fœtus par la paroi abdominale serait de date relativement récente, si l'on s'en rapportait aux publications scientifiques. En réalité, elle est appliquée depuis très longtemps, comme nous l'indique l'histoire obstétricale des divers peuples.

Chez les peuples arabes, les frictions et le massage sont appliqués aux accouchements, pour activer l'énergie des contractions et faire sortir par pressions le produit de conception. En Kabylie, les matrones pressent de la tête le ventre de la parturiente et lui serrent fortement la taille avec les mains (Leclerc). Chez les nègres du Sénégal, une personne s'assied sur le ventre de la parturiente. Dans d'autres tribus celle-ci s'étend sur le ventre et une femme monte sur son dos qu'elle piétine avec force.

En Asie et en Amérique les mêmes pratiques se retrouvent (Meyerson). En Chine (de Villeneuve). on fait un massage du ventre et de la région lombaire.

Ces manipulations ne se font que pendant les contractions; nous verrons que, scientifiquement, ce fait a une importance primordiale.

A ces frictions, s'ajoutent chez les Japonais des pressions et un véritable pétrissage, dans le but d'expulser l'enfant méthodiquement.

Au Mexique, la patiente est assistée de deux aides, l'une qui dilate la vulve et frictionne l'abdomen, l'autre qui étreint la partie supérieure du tronc, et imprime de violentes secousses, pour activer l'accouchement.

Ces mêmes pratiques, avec des variantes, se retrouvent chez les Apaches, les Fuégiens, en Californie, etc. Nous n'y insisterons pas davantage et arrivons à l'historique scientifique de la méthode.

L'expression du fœtus dérive, en quelque sorte, de celle du placenta dans la délivrance, méthode qui est, en général, connue sous le nom de « méthode de Credé ». Bien que la méthode d'expression du fœtus date, pour ainsi dire, officiellement, du mémoire de Kristeller, on la trouve décrite, en partie du moins, bien avant cet auteur.

C'est ainsi, qu'elle est mentionnée par un chirurgien arabe du XIIe siècle, Abulcasis, par Rodericus a Castro, J. Rüff (1), A. Paré. L'expression de la tête dernière est expérimentée par Crédé (2) lui-même. E. Martin propage la méthode par une communication faite à la Réunion des naturalistes et médecins allemands à Hanovre en 1865. Von Ritgen (3) la conseille à son tour. Enfin Kristeller (4), dans une note préliminaire, puis dans un long mémoire, essaie d'en poser les indications. Il proclame que la surface externe de l'utérus est bien plus tolérante à la saisie par la main qu'on ne le pensait, et conclut, que pour la préparation, aussi bien que pour la terminaison de l'accouchement, on peut avoir un moyen efficace de réussite dans les manœuvres externes.

(1) Cités par Schrœder dans son *Traité d'accouchements*, 12e édit., p. 315.
(2) CREDE'S *Klin. Vortr. über Geburts.*, Berlin 1854, p. 763.
(3) VON RITGEN. *Monats. f. Geburts.*, vol. VIII, p. 234.
(4) KRISTELLER. Die Expressio fœtus, *Monats. f. Geburts. u. Frauenkr.*, 1867, p. 337.

Spiegelberg prétend qu'il ne faut employer la méthode que pour la présentation du siège.

Fritsch (1) reconnaît ses avantages dans les présentations engagées, et pense, que l'expression est surtout un moyen de renforcer la pression sur l'axe fœtal. L'opinion de Fritsch paraît tout à fait exacte; quand, en effet, l'engagement est effectué, la force qui actionne la marche du fœtus est moins la contraction utérine que la contraction abominale que stimule et renforce directement l'expression.

D'autres auteurs défendent d'ailleurs les mêmes idées. Playfair (2), par exemple, croit que, toutes les fois que la tête est descendue sur le perinée, et où il y a retard dans l'expulsion du fœtus par faiblesse ou absence des contractions utérines, l'expression peut se montrer très utile. Elle stimule l'utérus indolent.

Pour Breisky (3), au contraire, l'expression a une action mécanique, plutôt que dynamique; elle s'ajoute à la force représentée par la contraction abdominale.

C'est une véritable vis a tergo, qui aide les forces expultrices, par la pression sur le corps de l'enfant. Aussi, dit Bidder (4), n'est-elle dangereuse ni pour la mère, ni pour l'enfant. Cependant elle doit être employée seulement en période d'expulsion; pendant la période de dilatation, elle réussit rarement.

C'est également l'avis de Barnes (5), pour qui l'expression est un adjuvant favorable des opérations obstétricales et en particulier du forceps.

Schrœder (6), au contraire de Hüter et de A. Martin, pense que la méthode peut servir dans la période d'expulsion, pour la tête engagée et surtout pour le siège.

Enfin en 1894, eut lieu, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, une communication de Strassmann. Il décrit les avantages et les indications de la méthode d'expression, ainsi que ses accidents; cette communication fut le point de départ d'une discussion importante, à laquelle prirent part Gessner, Dührssen, Martin, Winter et Veit. On en trouvera les détails dans notre thèse (7).

Pour bien comprendre le mode d'action de l'expression du fœtus, il suffit de rappeler qu'il est parallèle à celui de la contraction abdominale, qui est, pour ainsi dire, une expression spontanée. Aussi est-il indispensable de connaître le mécanisme de l'expression spontanée, pour savoir si l'expression artificielle ne fait que provoquer les contractions, que les renforcer, ou si elle est capable de se substituer à elles.

II

Expression spontanée. — L'étude expérimentale de l'effort nous apprend que son action est surtout localisée au niveau de la partie supérieure de la paroi antérieure de l'abdomen, et qu'elle s'exerce parallèlement à l'axe du détroit supérieur (Lawrentjeff).

(1) Fritsch. *Klinik. der Geburts. Operat.*, II Auflage, p. 124.
(2) Playfair. *The Lancet*, 10 oct. 1870, p. 465.
(3) Breisky. *Corresp. Blatt. f. Schweitz. Ærzte*, 1875, p. 121.
(4) Bidder. *Zeits. f. Geburts. u. Gynæk.*, 1878, Bd. III, p. 241.
(5) Barnes. *Leçons sur les opérations obstétricales*, 1873, trad. Cordes, p. 3.
(6) Schrœder. *Lehrbuch der Geburts.*, 12e édit., Bonn 1893, p. 315.
(7) Keim. *L'expression du fœtus par la paroi abdominale. Étude clinique et expérimentale*, 1900. — Voir également *Presse méd.*, 1900, p. 25, et *C. R. du Cong. de Paris*, 1900 (sect. d'obstét.).

L'étude clinique confirme ces connaissances et distingue la valeur de la contraction abdominale de celle de la contraction utérine.

La contraction abdominale n'est pas un facteur indispensable de l'accouchement, mais elle a un rôle important dans les phénomènes de l'expulsion, qu'elle accélère [Jacquemier (1), Tarnier (2)], et si des femmes paraplégiques ont pu accoucher spontanément, d'autres observations semblent démontrer que la paralysie des muscles de l'abdomen a suffi quelquefois pour retarder outre mesure la terminaison de l'accouchement.

D'autres faits cliniques nous démontrent encore la valeur de la contraction des muscles abdominaux.

Chez les femmes très grasses, les efforts utérins sont souvent impuissants, car l'utérus est privé de l'aide qu'il reçoit habituellement de la paroi abdominale (Cazeaux). De même, en cas d'éventration, le travail est parfois difficile et l'emploi du forceps est rendu nécessaire.

La paroi abdominale joue, d'ailleurs, déjà un rôle pendant la période de dilatation. La sangle abdominale limite, en effet, l'antéversion de l'utérus, mouvement commandé par les contractions des ligaments ronds, et favorise ainsi, indirectement, la dilatation [Rivière (3)].

Quoi qu'il en soit, son rôle pendant cette période est limité. Nous dirons bientôt que l'expression artificielle, dans les mêmes conditions, n'a également qu'une importance secondaire.

C'est donc surtout à la période d'expulsion, que l'expression, soit spontanée, soit artificielle, a toute sa valeur. C'est pendant l'expulsion que les muscles abdominaux se contractent aussi bien sous l'action de la volonté que sous l'action réflexe. Cette contraction est sollicitée, comme l'a bien indiqué Jacquemier, par « la pression exercée de toutes parts sur le périnée », par la partie fœtale engagée.

Manuel opératoire de l'expression du fœtus par la paroi abdominale. — L'expression peut être soit directe quand elle est faite à l'aide des mains, soit indirecte, quand elle est faite sans les mains. Nous étudierons tour à tour chacun de ces deux modes opératoires.

L'expression directe est connue depuis le travail de Kristeller; elle a subi peu de modifications : la femme étant couchée sur le dos, l'accoucheur se place à son côté, à la hauteur du thorax. La vessie et le rectum sont préalablement évacués. Les contractions sont-elles espacées, il faut chercher à les provoquer par des frictions abdominales. Dès le début de la contraction, avant la douleur, on empaume le fond de l'utérus, les mains largement étalées l'une à côté de l'autre; puis on presse de haut en bas et un peu en arrière, vers la base du sacrum; en même temps, la femme fait des efforts et pousse d'autant plus volontiers qu'elle sent qu'on l'aide et qu'on lui fait espérer une délivrance rapide. On s'arrête en même temps que la contraction et on reprend avec elle. En moyenne, la durée des manœuvres d'expression est de quinze à vingt minutes; le plus souvent de dix à douze minutes, quelquefois beaucoup moins.

La réussite de l'expression est, semble-t-il, liée, pour une faible part seulement, à la force déployée. D'ailleurs,

(1) Jacquemier. *Manuel des accouchements*, Paris 1846, t. I, p. 524.
(2) Tarnier. Note dans *Traité de Cazeaux*, 9e édit., p. 624.
(3) Rivière. Du rôle de la paroi musculaire de l'abdomen pendant la période de dilatation, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1894, p. 253.

la paroi abdominale et le muscle utérin supportent des pressions élevées; mais Kosminsky (1) a fait remarquer qu'une pression moyenne, qui renforçait simplement la pression abdominale, était plus efficace qu'une pression forte. Une force moyenne est donc suffisante. Peut-être faut-il l'attribuer à ce que l'expression maintient le fœtus dans la position la plus favorable pour empêcher une déperdition de la force employée (Keim). Elle laisse, par exemple, le sommet fléchi, ce que ne fait pas toujours le forceps dans l'extraction.

L'anesthésie chloroformique n'est pas indispensable pour pratiquer l'expression.

L'expression peut être faite dans presque toutes les positions qui servent aux accouchements; ainsi dans la position horizontale, la position latérale, la position de la taille ou position hyperfléchie et la position de Crouzat-Walcher ou position hyperétendue.

Cette dernière, qui, d'après Walcher, augmente le diamètre promonto-pubien minimum de 10 à 15 millimètres, ne favorise que fort peu les manœuvres d'expression, car celles-ci agissent, nous l'avons déjà dit, surtout en période d'expulsion. La position de la taille, au contraire, qui élargit le détroit inférieur dans son diamètre utile, qui est le diamètre transverse, paraît, par cela même, d'une importance plus directe.

La position de la taille a encore pour effets d'appliquer intimement la tête fœtale sur le plancher périnéal, et, ainsi que le dit Rémy, de solliciter de la sorte les contractions volontaires. Or l'action de l'expression est parallèle à celle de la contraction abdominale, elle réussit le mieux en période d'expulsion. Schmidt (2) a été un des premiers à employer la position de la taille pour faciliter l'expression; mais ce sont particulièrement MM. Bonnaire et Bué (3) qui ont donné la preuve expérimentale de ce fait. Ces auteurs ont montré que dans la position hyperfléchie, le diamètre bi-ischiatique augmentait de 16 à 18 millimètres, en moyenne.

Nous avons repris ces recherches diverses dans notre thèse et nous avons pu arriver à conclure, qu'on pouvait aller plus loin, et transformer la position de la taille elle-même en mode d'expression.

En cette position, en effet, la face antérieure des cuisses est en rapport intime avec celle de l'abdomen, et de ce fait résulte une véritable auto-expression. Par diverses mensurations, nous avons pu nous assurer que cette auto-expression ne pouvait être utilisée que lorsque la position de la taille elle-même réussissait, c'est-à-dire seulement en période d'expulsion.

Quoi qu'il en soit, c'est là un moyen nouveau et simple d'expression indirecte. On peut le rapprocher des autres modes d'expression indirecte, faits à l'aide de bandages de corps ou d'un drap dont on serre les extrémités pendant la contraction utérine (Gessner, Hugo Schmidt, Rivière, Kosminski).

Action de l'expression du fœtus. — L'expression peut être appliquée soit au début du travail, soit pendant le travail de l'accouchement. Nous l'étudierons à ces deux périodes.

A. *Expression comme acte préparatoire du travail.* — On a voulu l'appliquer soit pour dilater le col, soit pour favoriser la rotation d'une occipito-postérieure, soit enfin pour engager la tête première.

Malgré l'assertion de Kristeller, la méthode d'expression ne peut servir, sauf de rares exceptions, chez des multipares, à dilater le col (Breisky, Strassmann, Charpentier, Keim). Il en est de même de la rotation des occipito-postérieures. La manœuvre de Tarnier donne de meilleurs résultats que l'expression, bien que J. Meyer (1) ait eu trois cas favorables.

Quant à l'engagement de la tête première, par expression, appliqué pour la première fois par Hofmeier, il a donné des résultats entre les mains d'Engström, Winter, Zweifel, Olshausen, Veit, Muret (2), Holowko (3).

Pour s'assurer que l'expression est possible, en d'autres termes, pour porter un pronostic pour l'accouchement, on a conseillé l'engagement artificiel de la tête pendant la grossesse (Schatz, P. Müller, Brühl). En tous cas, Hofmeier n'opère que dans les bassins modérément rétrécis; d'autres ont cru pouvoir employer la méthode dans des bassins rétrécis et ont eu des insuccès. Outre ces insuccès, il existe des dangers, et en particulier la possibilité de rupture utérine par des tiraillements sur le col et le segment inférieur. Ces diverses raisons engagent donc à n'employer ce procédé qu'avec la prudence la plus grande.

B. *Expression pendant le travail.* — Pendant le travail on peut employer l'expression soit seule, soit associée à d'autres manœuvres ou opérations.

Seule, on peut l'appliquer soit au fœtus en totalité, c'est une expression globale, soit à une partie du fœtus, c'est une expression partielle.

L'expression globale s'adresse au fœtus en présentation du sommet ou surtout en présentation du siège; c'est l'expression du fœtus proprement dite. Faite méthodiquement, en même temps que la contraction, l'expression, dans un grand nombre de cas, suffit à extraire le fœtus. On ne peut craindre ainsi, pour le fœtus, ni contusion abdominale, ni paralysie, ni surtout le relèvement des bras, qui, presque toujours, est lié aux tractions. Ce n'est là, en effet, qu'une évolution spontanée, aidée.

L'expression partielle comprend surtout l'expression sur la tête dernière. Cette modalité de l'expression du fœtus a été décrite et appliquée bien avant le mémoire de Kristeller. Il ne nous appartient pas de décrire dans ce travail, le mécanisme de sortie de la tête dernière, mécanisme basé sur nos connaissances cliniques et expérimentales. Rappelons seulement cette notion bien établie par Deleurye, Baudelocque, Simpson, Barnes, Goodell, A. Milne, le professeur Budin et M. Champetier de Ribes (4) à savoir : que pour franchir le détroit supérieur, la tête dernière doit nécessairement être fléchie, soit spontanément, soit artificiellement.

C'est, en particulier, par pressions et tractions combinées, que l'extraction de la tête dernière a été faite dans les bas-

(1) Kosminsky. Ueber Expressio fœtus, *Centralbl. f. Gynæk.*, 1900, p. 72.

(2) Schmidt. La position de la taille pendant le travail, *Centralbl. f. Gynæk.*, 1897, p. 1394.

(3) Bonnaire et Bué. Rapport au Cong. d'obst. et de gynécol., Amsterdam 1899.

(1) J. Meyer. *Arch. f. Gynæk.*, Bd. XL, H.1, p. 94.

(2) Muret, Ueber das Einpressen des Hochstehenden Kopfes in's Becken, *Berlin. klin. Wochens.*, 1890, p. 381.

(3) Holowko. *Idem, Therapeut. Monats.*, 1891, vol. V, p. 605.

(4) Champetier de Ribes. *Du passage de la tête fœtale à travers le détroit supérieur rétréci du bassin dans les présentations du siège*, Th. de Paris, 1879.

sins rétrécis. Mais au point de vue expérimental, de même que cliniquement, il parait possible d'opérer exclusivement par expression. Wigand, Martin, C. Braun (1) ont pu obtenir par expression la tête restée seule en arrière, après la sortie du tronc. Quelquefois il est impossible d'accrocher le maxillaire, la tête étant trop élevée, le bassin trop rétréci ou les parties molles trop résistantes; la manœuvre, dite de Champetier, est dans ces cas impraticable; l'expression a pu donner des résultats, sans tractions, sans combinaison d'une flexion artificielle par manœuvres internes (Strassmann, Keim).

Cliniquement, il est donc souvent possible d'extraire la tête dernière dans un bassin rétréci, par l'expression pure.

La tête, poussée par la pression qui renforce la contraction affaiblie, dispose d'elle-même ses diamètres dans les diamètres du bassin qui favorisent au maximum leur sortie. Ces manœuvres sont sans danger; la possibilité même de l'expression étant le meilleur critérium de la réductibilité de ta tête, compatible avec la survie de l'enfant. L'expression dans ces conditions a pu s'appliquer encore à la tête retenue dernière après embryotomie et a pu donner les meilleurs résultats pour terminer l'opération.

Nous venons de passer en revue les modalités de l'expression employée seule, de l'expression pure, pendant le travail. Elle peut également, comme nous l'avons dit, être combinée à cette période à une autre méthode d'extraction, soit manuelle, soit instrumentale; c'est là ce que nous avons cru pouvoir appeler l'expression de renfort (2). C'est ainsi que l'expression est l'auxiliaire des tractions manuelles dans les présentations du siège primitives ou après version; des tractions instrumentales faites à l'aide des crochets ou des lacs, du basiotribe et surtout du forceps.

Unie aux tractions manuelles, l'expression peut être combinée à des tractions sur le maxillaire inférieur et sur la colonne vertébrale, soit au détroit supérieur (manœuvre de Champetier), soit au détroit inférieur (manœuvre de Mauriceau); nous n'y insistons pas.

Mais, c'est comme auxiliaire des tractions instrumentales, que l'expression est surtout importante, et en particulier pour les applications de forceps. L'effort qu'aura à déployer le forceps est moins grand en combinant son action et celle de l'expression, et cela pour plusieurs raisons : parce que la tête reste fléchie, qu'elle sort suivant ses petits diamètres et parce qu'enfin l'activité utérine est réveillée, de sorte que le travail est réparti entre trois facteurs : extraction, expression et contractions utérines (Kristeller, Suchard). Czudowski (3), Fueth (4), d'autres encore ont réussi à extraire facilement le fœtus en combinant le forceps et l'expression. La méthode mixte force l'utérus à se rétracter, la rotation de la tête à se faire comme elle se fût faite normalement; il y a donc un mécanisme qui se rapproche du travail physiologique dans toutes ses phases.

III

Indications de l'expression. — L'expression du fœtus a une action dynamique et une action mécanique. Dans tous les cas, par conséquent, où il sera utile de faire intervenir rapidement l'une d'elles, on pourra d'abord s'adresser à l'expression.

(1) C. Braun. *Lehrb. der Geburts.*, Wien 1867.
(2) Keim. Loc. cit., p. 94.
(3) Czudowski. Voir *Centralbl. f. Gynæk.*, 1889, p. 706.
(4) Fueth. Zur hohen Zangen operationen, *Centralbl. f. Gynæk*, 1892.

1° Accélérer, aider ou compléter l'accouchement. — L'expression modérée peut accélérer l'accouchement chez les femmes nerveuses, hystériques qui craignent la douleur (Schrœder). Elle aide l'accouchement dans la présentation du siège pour l'extraction du tronc, celle des bras et de la tête; dans l'application du forceps, du basiotribe ou des lacs.

L'expression peut également compléter l'accouchement, en cas de refus du forceps par la parturiente. C'est une indication rare à l'hôpital, mais qui peut exister quelquefois dans la clientèle de ville [Playfair (1)].

2° Inertie utérine et inertie abdominale. — Ce sont les causes pour lesquelles on est appelé le plus fréquemment à intervenir par l'expression. Cependant, il est à remarquer que l'expression ne peut être appliquée avec succès que dans les cas d'inertie relative, c'est-à-dire ceux dans lesquels les contractions utérines n'ont pas la vigueur nécessaire pour faire franchir au fœtus les obstacles divers de l'expulsion (Keim). L'existence de contractions est donc indispensable, ne fût-ce que pour braquer, pour ainsi dire, le fœtus dans l'axe du bassin et permettre à l'expression d'agir. L'abolition complète des contractions, l'inertie absolue, sont donc une contre-indication à l'expression du fœtus.

3° Brièveté du cordon. — La brièveté naturelle du cordon est donnée par Charpentier (2) comme indication de l'expression. Dans les cas de brièveté accidentelle, par circulaires par exemple, l'expression n'a pas les inconvénients du forceps qui peut comprimer la tige funiculaire par ses cuillers.

4° Procidences. — Pour les procidences du cordon, l'expression est une méthode de choix, à condition cependant qu'il soit possible de terminer rapidement l'accouchement. On peut exprimer après réduction ou sans réduction de la procidence du cordon. La compression du cordon n'est que peu augmentée par l'expression et le temps de compression est réduit au minimum.

Pour les procidences des membres, il est souvent difficile d'obtenir une réduction et quelquefois impossible d'appliquer le forceps. L'expression peut rendre dans ces conditions de réels services. La procidence même réduite, il sera utile, pour en prévenir une nouvelle, de hâter l'accouchement par l'expression du fœtus.

5° Accouchement du deuxième jumeau dans les accouchements gémellaires. — Quand il est indiqué, après l'expulsion du premier fœtus, de terminer l'accouchement par l'expulsion du second, l'expression peut donner les meilleurs résultats, car les obstacles à vaincre sont réduits au minimum (Bidder, Max Runge).

6° Accouchements dans les bassins moyennement rétrécis. — Dans ces bassins, l'expression est capable, soit d'engager la tête et de terminer l'accouchement, soit d'expulser une tête engagée, soit enfin de se combiner au forceps. Son rôle est limité.

En tous cas, l'expression ne doit être tentée que dans les bassins où l'accouchement spontané est possible avec des enfants de poids moyen, c'est-à-dire dans les bassins moyennement rétrécis de 11 centimètres à 8 centimètres et demi.

(1) Playfair. *Traité de l'art des accouchements*, 1879, p. 46.
(2) Charpentier. Note de la traduction du *Manuel d'accouchements* de C. Schrœder, 1875, p. 248.

Dans tous les cas, également, si l'expression semble échouer après quelques foulées, si l'accouchement reste stationnaire, il faut combiner l'expression et le forceps ou s'adresser à un autre mode opératoire (Currier, Kristeller, Keim).

7° ÉTAT GRAVE DE LA MÈRE. — Avec un travail normal, il peut être indiqué de terminer rapidement l'accouchement à cause de l'état de la mère qui pourrait s'aggraver par des efforts prolongés ou retentir sur la vie du fœtus.

C'est ainsi que l'expression, surtout associée à l'accouchement méthodiquement rapide, a pu donner de très bons résultats pour hâter l'accouchement dans les cas d'hémorragie par placenta prævia. On a pu, ou bien, combiner l'expression et la version de Braxton Hicks, ou exprimer directement la tête dans le bassin, de manière à s'en servir comme d'un ballon et à comprimer le segment inférieur de l'utérus pour arrêter l'hémorragie.

Dans l'éclampsie, dans l'infection de la mère, l'expression a pu servir à hâter la terminaison de l'accouchement.

Dans les affections thoraciques, l'expression est un moyen précieux qui remplace, ou du moins qui atténue l'effort, et qui surtout prévient la décompression brusque, causée par une évacuation rapide de l'utérus. L'expression du fœtus est pour ces raisons l'intervention d'élection dans les affections thoraciques et particulièrement dans les cardiopathies et l'emphysème pulmonaire.

IV

Contre-indications de l'expression. — Dans les cas où il est impossible de saisir l'utérus, l'expression est contre-indiquée ; ainsi dans l'obésité, la distension gazeuse de l'intestin ; il en est de même quand l'utérus est d'une sensibilité exagérée, à la suite d'un processus inflammatoire aigu (Breisky).

La méthode d'expression ne donne aucun résultat et doit être rejetée dans les cas d'inertie utérine absolue. Nous avons déjà insisté sur ce point capital : pour exprimer le fœtus, il est indispensable qu'il y ait des contractions; l'expression ne fait que renforcer la contraction et ne la remplace pas.

De même la dilatation insuffisante du col, la résistance exagérée des parties molles, en rapport surtout avec un bassin atrophique (Bonnaire, Richelet, Hugé), sont des contre-indications à l'expression.

Du côté du fœtus, ce sont les présentations vicieuses, l'excès de volume, le défaut d'ossification de la tête fœtale qui rendent la méthode impossible.

Il n'est besoin d'aucune démonstration particulière de ces faits. Elle se trouverait, d'ailleurs, dans les résultats de l'expression, en ce qui concerne l'utérus, le périnée, la délivrance, les suites de couches et le fœtus. Les accidents qu'on a signalés ont été presque tous, en effet, la conséquence de foulées d'expression faites en dehors des indications.

V

Conséquences de l'expression. — A. UTÉRUS. — 1° *Inertie utérine.* — Elle est exceptionnelle, par cela même que les manœuvres d'expression réveillent, renforcent la contraction utérine et préviennent l'inertie. Quand celle-ci existe, c'est en dehors de l'expression, dans un muscle fatigué ou hyperdistendu pendant la grossesse (Breisky, Strassmann, Keim).

2° *Rupture utérine.* — Schrœder (1) avait émis des craintes au sujet des ruptures du segment inférieur par expression. Loehlein, A. Martin ont combattu cette opinion, et dans aucune statistique, il n'est, d'ailleurs, signalé un fait de ce genre.

B. PÉRINÉE. — Dans l'expression, le périnée est plus aisé à surveiller et à défendre que dans une application de forceps. Aussi ses lésions sont-elles plus rares, et cela d'autant plus, que l'expression est faite dans de meilleures conditions. En cas de résistance exagérée du périnée, on a essayé de combiner l'expression par la paroi abdominale et l'expression par le périnée postérieur. Cette seconde modalité de l'expression, destinée à défléchir artificiellement la tête, a été indiquée par Ritgen, puis par Fehling ; elle a été défendue par presque tous les accoucheurs allemands, par Gessner, Duhrssen, Martin, Winter, Veit.

C. DÉLIVRANCE. — Les adversaires de la méthode d'expression ont avancé, que la délivrance était souvent troublée, soit par décollement prématuré du placenta, soit par son enchatonnement, soit par l'inertie utérine consécutive et les hémorragies.

Les statistiques diverses prouvent que la délivrance n'est pas hâtée à la suite de l'expression, que le décollement prématuré du placenta est exceptionnel. Elles montrent encore que l'expression faite dans les limites indiquées au cours de ce travail n'est pas fonction d'hémorragie. Quand il y a hémorragie, c'est qu'il existe une cause secondaire ou que les foulées d'expression ont été faites en dehors des indications (Breisky, Strassmann).

D. FŒTUS. — Une des critiques les plus graves adressées à la méthode d'expression est celle de produire l'asphyxie et la mort du fœtus par hémorragie des centres nerveux.

Bidder, Jaquet ont signalé le danger de l'asphyxie du fœtus par compression du placenta. Ils conseillent d'appliquer le forceps, dès que l'auscultation, pratiquée fréquemment avec l'expression, révèle des signes d'asphyxie menaçante.

Cependant, il est permis de rechercher, si les faits d'accouchement avec enfants nés en état de mort apparente, ou mourant après l'accouchement, sont le résultat de l'expression.

La délivrance avons-nous dit, est rarement troublée après l'expression. Il est donc peu probable que celle-ci puisse suffire à produire des troubles circulatoires placentaires et fœtaux avec asphyxie du fœtus. Il paraît, semble-t-il, plus raisonnable d'attribuer ce phénomène d'asphyxie, à l'effet de l'expulsion brusque, le fœtus passant sans transition suffisamment lente de la pression du sac utérin à celle de l'air extérieur. Ainsi peuvent, d'ailleurs, s'expliquer ces faits de mort apparente du fœtus extrait par l'opération césarienne (40 p. 100 dans l'opération de Porro, d'après R. Braun).

Mais si l'expression n'est pas cause d'asphyxie du fœtus, peut-elle, par les manœuvres qu'elle comporte, être l'origine d'hémorragies cérébro-spinales ou de compression simple des centres nerveux chez le fœtus?

Les hémorragies des centres nerveux ont été trouvées quelquefois en rapport avec des manœuvres d'expression. Mais ne connaissons-nous pas la fréquence de ces hémorragies chez le nouveau-né et surtout chez les enfants pré-

(1) SCHRŒDER. *Centrabl. f. Gynæk.*, 1885, p. 330.

maturés? Dans un travail très intéressant, Schæffer (1) nous documente sur la valeur de ces hémorragies. Elles existeraient en moyenne 12 fois sur 100 autopsies de nouveau-nés. Chez les prématurés, elles sont dues en particulier à la friabilité des vaisseaux, à leur déchirure par lésions directes ou par suite des changements de pression. Les manœuvres d'extraction sont une des causes principales des hémorragies cérébro-spinales, d'après Schæffer.

Ces hémorragies paraissent donc fréquentes, en dehors de l'expression du fœtus. Si cette dernière en produit, elles sont proportionnellement plus rares que par la méthode de traction. Quoi qu'il en soit, il y a lieu, semble-t-il, de faire des réserves à ce sujet.

Si la possibilité des hémorragies cérébro-spinales existe chez le nouveau-né à la suite des manœuvres d'expression, celles-ci peuvent-elles également comprimer le système nerveux par les inclinaisons qu'elles impriment au fœtus?

Par les expériences de Tarnier, nous savons, que si la torsion de la colonne vertébrale est inoffensive pour le fœtus, l'excès de flexion augmente la pression sanguine et produit des hémorragies.

Il est donc important de savoir si, par l'expression, dans les présentations du sommet, l'inclinaison forcée de la tête peut donner des résultats identiques, et produire, en particulier, des compressions médullaires.

La clinique et l'expérimentation nous permettent de répondre par la négative, et nous expliquent comment les manœuvres d'expression n'ont, sur la colonne vertébrale, aucune action dangereuse pour la vie du fœtus.

L'inclinaison latérale de la tête est limitée dans les manœuvres d'expression. On sait, en effet, que les tractions inclinent quelquefois la tête, au point de produire une élongation des racines du plexus brachial, et à sa suite, d'après quelques auteurs [Fieux (2), Schömacker (3)], une paralysie du membre supérieur.

Dans l'expression, l'inclinaison donnée à la tête n'a jamais été suffisante pour produire la paralysie. Il est donc permis de conclure que, dans les manœuvres d'expression, l'inclinaison de la tête est limitée et ne peut, par cela même, produire la compression des centres nerveux.

L'expérimentation a, d'ailleurs, confirmé les résultats cliniques. En congelant des cadavres de fœtus mis dans la position la plus défavorable, c'est-à-dire la tête en inclinaison latérale forcée, position rarement atteinte dans l'expression du fœtus, on a pu constater (Keim) que la moelle a toujours été parfaitement régulière dans sa courbure. Celle-ci ne se fait jamais à angle aigu, même quand l'inclinaison latérale de la tête est portée au point, de mettre l'oreille en contact avec l'acromion.

Sauf conditions exceptionnelles, l'expression n'expose donc pas le fœtus à des traumatismes pouvant compromettre son existence.

L'expression du fœtus constitue, par cela même, une intervention obstétricale inoffensive, aussi bien pour le fœtus que pour la mère. Elle est simple, aseptique. En cas d'insuccès, elle ne rend jamais impraticables les autres modes d'intervention qui peuvent devenir nécessaires pour la terminaison de l'accouchement.

(1) Schæffer. Ueber Blutergüsse in den Wirbelkanal bei Neugeborenen deren Ursachen, *Arch. f. Gynæk.*, Bd. LIII, p. 279.
(2) Fieux. *Ann. de gynécol.*, 1897, p. 52.
(3) Schömacker. *Zeits. f. Geburts. u. Gynæk.*, 1899, vol. XLI, p. 33.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(26 mars 1902)

On reprend la discussion sur le **traitement chirurgical des anévrismes de l'aorte** soulevée par M. Tuffier. Le président lui donne la parole pour présenter les pièces provenant de son intéressante observation, mais malheureusement il est absent. La parole est alors donnée à M. Guinard qui s'applique à démontrer que tout traitement chirurgical des anévrismes de l'aorte est voué à un constant insuccès. Revenant tout d'abord sur l'observation de M. Tuffier, il rappelle que sa malade est morte, non de septicémie, mais bien d'hémorragie foudroyante. M. Tuffier qui, dans le cas actuel, s'est trouvé avoir affaire à un anévrisme sacciforme de la crosse de l'aorte, anévrisme paraissant des plus propices à la tentative de cure radicale, lia le pédicule qui reliait la poche anévrismale au reste de l'aorte, et, comme il l'avoue lui-même, fort ému de la gravité de son opération, n'alla pas plus loin et laissa la poche. Cette poche devait fatalement se sphacéler. Ce sphacèle, à la rigueur, pouvait être aseptique, mais le fil fut peu à peu repoussé par le flot sanguin, finit par céder, de là l'hémorragie foudroyante qui a emporté la malade de M. Tuffier. C'est ainsi, ajoute M. Guinard, que les choses doivent toujours se passer. Cette ligature du pédicule du sac anévrismal est donc vouée fatalement à cette hémorragie mortelle. Allons plus loin et supposons que M. Tuffier ait pratiqué l'extirpation de la poche. Le résultat, aux yeux de M. Guinard, n'eût pas été meilleur.

En effet, ces anévrismes spontanés constituent une maladie constitutionnelle, dans laquelle les parois artérielles elles-mêmes sont altérées. Toutes les opérations les plus radicales ne seront donc jamais que des opérations palliatives. Or, à ce point de vue, M. Guinard n'hésite pas à préférer à une opération difficile, dangereuse, une opération facile, innocente et tout aussi efficace quant à l'amélioration qu'on peut procurer à ces malades; il veut parler de la ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière droites. M. Guinard a fait douze fois cette ligature pour des anévrismes de la base du cou; deux fois seulement il s'agissait d'anévrismes de la crosse de l'aorte. M. Guinard insiste ici sur la difficulté, quelquefois même l'impossibilité de distinguer cliniquement un anévrisme de la crosse de l'aorte, d'un anévrisme du tronc brachio-céphalique. On confond bien souvent entre elles ces deux variétés d'anévrismes et on peut dire qu'il est le plus souvent impossible de faire le diagnostic précis du siège de ces anévrismes. Toutefois, M. Guinard fait des réserves au sujet des renseignements que pourra donner, à ce point de vue, la radioscopie. En principe, si l'anévrisme siège manifestement à droite, faites la ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière droites; s'il siège à gauche, ce qui est beaucoup plus rare, n'y touchez pas; la ligature ne pourrait être que nuisible.

M. Guinard passe en revue les différents cas qui ont été publiés tant à l'étranger qu'en France. Il résulte de ses faits personnels que, dans la plupart des cas, la ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière droites lui ont donné des améliorations considérables, des guérisons momentanées assez durables, seul résultat qu'on puisse obtenir en présence d'une affection de cette gravité. Sur 12 opérations M. Guinard n'a eu que 2 désastres. Encore, dans un de ces cas, la mort a-t-elle été le résultat de l'imprudence du ma-

lade qui, sans autorisation, sortit de la maison de santé quatre jours après l'opération, monta cinq étages et arriva chez lui pour y mourir subitement.

En résumé, la ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière droite appliquée au traitement des anévrismes de la base du cou est une bonne opération, aussi efficace que pourrait l'être l'extirpation elle-même, relativement facile et nullement dangereuse, toutes raisons qui sont bien faites pour la préférer à l'opération radicale proposée par M. Tuffier.

M. Legueu appuie les conclusions de M. Guinard et partage complètement son avis sur la difficulté de diagnostic entre les anévrismes de la crosse de l'aorte et les anévrismes du tronc brachio-céphalique. Dans un cas où il croyait avoir affaire à ce dernier, il s'agissait d'un anévrisme de la crosse de l'aorte qu'il traita par la ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière droites; le malade fut très amélioré, vécut trois mois environ après l'opération et succomba à une hémorragie foudroyante.

C'est encore d'une lésion des gros vaisseaux de la base du cœur qu'il s'agit dans une intéressante observation que nous communique M. Legueu. Il s'agit d'une **section complète de la sous-clavière et de lésions de certaines branches nerveuses radiculaires par coup de couteau.** Une femme de trente-cinq ans, qui avait la manie du suicide, trompa, un soir du mois de juin, la surveillance de ses gardiennes et pénétra dans une pièce où elle trouva un couteau de table; munie de cet instrument, elle s'enferma dans les cabinets, appuya la pointe du couteau sur la fourchette du sternum et, comme elle ne put l'enfoncer assez fort, se précipita trente-cinq fois de suite contre le mur en maintenant toujours le couteau dans la même direction; comme elle n'arrivait pas à se tuer, prise d'une rage folle elle fait manœuvrer plusieurs fois la pointe du couteau dans différents sens et ne s'arrête que parce qu'elle est prise subitement d'une paralysie du bras gauche. Elle appelle alors au secours, on la porte dans son lit et M. Legueu est appelé auprès d'elle quelques heures après. Il n'y avait pas d'hémorragie; la plaie du cou était petite, mâchée; le bras gauche était paralysé; on n'y sentait ni les battements de la radiale ni ceux de l'humérale; tout indiquait en outre une section de la huitième paire cervicale et de la première dorsale. M. Legueu fait un nettoyage de la plaie, applique un pansement et s'en tient à une expectative prudente et armée. Quelques jours après montait de derrière la clavicule une tumeur pulsatile et soufflante. Il n'était pas douteux qu'il se formait un anévrisme. M. Legueu se trouvait en présence de deux questions : une question de lésion nerveuse et une question de lésion vasculaire. Il endormit la malade, fit une longue incision, tailla un lambeau triangulaire et arriva à découvrir largement la région sus-claviculaire; il tomba sur un gros anévrisme de la sous-clavière qui se rompit; il se produisit alors une hémorragie formidable qu'on n'arrêtait qu'en plaçant le doigt dans le triangle intra-scalénique. Ne pouvant rester indéfiniment dans cette position, M. Legueu remplaça son propre doigt par celui d'un aide et parvint, non sans peine, à appliquer deux pinces, l'une en dedans sur le bout central de la sous-clavière, l'autre en dehors sur le bout périphérique. Quand l'hémorragie fut bien arrêtée et la sous-clavière bien liée, M. Legueu se porta alors vers les paires nerveuses, il n'y avait de ce côté qu'un désordre partiel, pas de section totale des racines nerveuses; il suffit de libérer ces racines nerveuses. La plaie fut refermée. Les suites de cette intervention furent simples; il n'y eut pas de troubles vasculaires et les douleurs cessèrent; mais il restait une paralysie totale du bras, sans aucun battement artériel; il n'y eut cependant pas de gangrène, ni de sphacèle. Depuis ce temps, il s'est fait un commencement de régénération, mais celle ci est loin d'être complète.

M. Legueu s'est donc trouvé en présence d'une rupture complète de la sous-clavière, lésion rare, sans hémorragie immédiate ni secondaire; il y avait en même temps lésion de branches nerveuses importantes. L'opération qu'a nécessitée la présence de l'anévrisme consécutif a été, ici, fort difficile. Cependant, grâce à la large ouverture, grâce au soin que M. Legueu avait pris de se placer du côté de la tête de la malade afin que ses regards pussent plonger aisément dans l'ouverture du thorax, il a pu arriver à pincer puis à lier les deux bouts de la sous-clavière, et à libérer les branches nerveuses lésées.

M. Ricard a eu affaire dernièrement à une blessure de paires radiculaires haut situées qui avaient été coupées par un coup de couteau; il y avait en même temps une section complète du nerf phrénique sans troubles respiratoires. M. Ricard, par une large incision rétro-sterno-mastoïdienne, obtint une ouverture très suffisante pour pouvoir assez aisément pratiquer ses sutures nerveuses.

M. Potherat fait un rapport sur un travail de M. Charrier (d'Angers) relatif à quatre cas de **résection des canaux déférents pour rétention d'urine par hypertrophie de la prostate.** Le premier cas a trait à un robuste paysan de soixante-deux ans, en état de rétention depuis cinq jours, avec rétrécissement fibroïde du méat et du prépuce, lesquels pouvaient être pour quelque chose dans la rétention d'urine. M. Charrier fit l'opération du phimosis, incisa le méat et réséqua les canaux déférents. Le malade se trouva bien de cette triple intervention.

La seconde observation se rapporte à un homme de soixante ans, atteint de rétention aiguë; le cathétérisme méthodique resta sans résultat. M. Charrier pratiqua la résection des canaux déférents; en même temps, il faisait la cure radicale d'une hernie inguinale droite. Ce ne fut pas immédiatement que le malade urina seul; la miction spontanée ne se fit que vers le dixième jour.

Le troisième malade était un homme de soixante-quatorze ans, franchement prostatique rétentionniste, avec rétention complète depuis six ans; la résection des canaux déférents lui fut pratiquée sans aucun résultat. Enfin le quatrième, un homme de soixante-dix ans, vieux rétentionniste avec vessie infectée et état général grave, non seulement ne tira aucun bénéfice de l'opération, mais succomba peu de jours après.

M. Charrier se félicite d'avoir obtenu 2 guérisons sur ces 4 opérations. M. le rapporteur ne partage pas l'enthousiasme de notre confrère angevin et il estime que les deux malades qui ont été guéris l'eussent été tout aussi bien par le cathétérisme méthodique.

M. Legueu appuie les conclusions de M. Potherat et estime, comme lui, que ces observations ne prouvent rien, si ce n'est que la résection des canaux déférents est une opération qui ne sert à rien. Elle réussit dans les cas de rétention aiguë, là où tout réussit, mais elle échoue dans les cas chroniques. C'est donc une opération qui doit être abandonnée.

Parmi les présentations, à signaler deux cas de **staphylorraphie par le procédé en deux temps**, présentés l'un par M. Ehrmann, l'autre par M. Michaux, mais opéré également par M. Ehrmann; un cas de **tumeurs multiples de la langue**, d'un diagnostic très difficile, présenté par M. Delorme : il s'agit, dans ce cas, d'un homme de quarante-cinq ans, qui, depuis quinze ans, était atteint de leucoplasie buccale et qui présente actuellement plusieurs tuméfactions de la langue, sur la nature desquelles il est bien difficile de se prononcer. Le traitement antisyphilitique le plus intensif est resté sans résultat, tous les examens histologiques et autres ont été négatifs au point de vue de la tuberculose, du cancer, de l'actinomycose, de la botriomycose, etc. M. Delorme demande l'avis de ses collègues... qui n'en ont pas ou tout au moins qui ne l'ont pas exprimé.

M. Demoulin présente deux tubes contenant du liquide céphalo-rachidien, l'un clair, l'autre mêlé de sang. Le liquide clair provient d'un blessé atteint de fracture de la base du crâne; le liquide coloré de sang provient d'un blessé qui a été atteint de contusion cérébrale, mais non de fracture.

La présence du sang dans le liquide céphalo-rachidien n'est donc pas un signe certain de fracture de la base du crâne.

A ce propos, M. Delorme fait observer qu'il y a longtemps que M. Duret a démontré que, dans la simple commotion cérébrale, on trouvait du sang dans le cul-de-sac arachnoïdien.

La Société décide qu'elle ne tiendra pas séance mercredi prochain.

REVUE DES THÈSES

Le cancer de l'estomac et son traitement chirurgical, avec 5 gravures, par M. le docteur Robert S. Kolbe, professeur suppléant de la Faculté de médecine de Buenos-Ayres. (Th. de Lausanne, 1901.)

Dans ce travail considérable ne comportant pas moins de 253 pages de texte, l'auteur traite un sujet qui a été considéré jusqu'à ces dernières années comme dépendant, sans discussion, du domaine de la médecine interne. Bientôt celle-ci se verra obligée de laisser le champ libre à la chirurgie.

Le spectacle le plus douloureux que l'on puisse imaginer n'est-ce pas celui d'un cancéreux dépérissant de jour en jour, d'heure en heure et marchant plus ou moins lentement vers la mort et cela, sans même avoir la consolation de mourir tranquillement, mais au milieu des pénibles tortures de la faim et de la soif? Quand on pense que la cause de ces souffrances, d'une issue fatale, inévitable, est une lésion toute locale et, souvent encore, non généralisée, on comprendra aisément que la première préoccupation du chirurgien doit être de songer aux moyens de sauver son prochain en détresse.

Après avoir examiné successivement l'historique de la question, l'anatomie topographique de la région épigastrique, l'histologie de l'estomac, l'étiologie, la pathologie et la durée de la gastro-carcinose, l'auteur consacre un long chapitre à la symptomatologie et aux moyens d'investigation, puis il établit le diagnostic, la prophylaxie et le traitement du cancer de l'estomac; il indique le manuel opératoire de la pylorectomie, de la gastro-entérostomie et les soins post-opératoires. Il aborde ensuite la gastrostomie dans le cancer du cardia, la duodénostomie, la jéjunostomie et l'exclusion du pylore.

Enfin, il passe en revue les résultats immédiats ou éloignés des opérations du cancer de l'estomac, et, avant d'énumérer les observations se rapportant à 39 gastrectomies et à 96 cas de gastro-entérostomies pratiquées jusqu'au 1er juin 1901 il tire de son travail les conclusions suivantes :

Par ses résultats immédiats et éloignés, la chirurgie gastrique s'impose à l'heure actuelle dans certaines gastropathies, mais surtout dans les sténoses du pylore.

Tout médecin doit connaître à fond les progrès réalisés dans le traitement chirurgical des maladies de l'estomac; c'est ainsi qu'il ne passera pas le moment opportun pour l'intervention sanglante.

Les malades de l'estomac arrivent généralement trop tard dans les mains du chirurgien.

Les résultats opératoires et thérapeutiques seront d'autant plus brillants que le traitement chirurgical sera plus précoce.

Le cancer de l'estomac est guérissable; son évolution lente autorise l'intervention chirurgicale, avec le même droit que pour le cancer du sein, de la langue, de l'utérus, etc., même dans les cas de carcinose péritonéale, les chances de survie assez longue ne sont pas exclues.

Le diagnostic précoce du cancer de l'estomac est désirable; dans les cas douteux, le sujet doit être soumis à la laparotomie exploratrice.

Dans la sténose pylorique carcinomateuse, le malade bénéficie de l'intervention chirurgicale, non seulement en tant qu'effection sténosante, mais encore en tant qu'affection cancéreuse.

Tout néoplasme extirpable doit être enlevé. La résection est toujours le procédé favorable.

Dans les cas où on doit s'attendre à une sténose pylorique, il faudra faire une gastro-entérostomie préventive.

Il faut faire dans les sutures gastro-intestinales trois plans de sutures.

Il faut alimenter bientôt les opérés pour remonter le malade et aussi pour prévenir l'ileus post-opératoire.

Il faut tâcher de faire lever le plus tôt possible les opérés pour éviter les complications pulmonaires.

L'emploi des hypodermoclyses d'eau physiologique, avant et après l'opération, est très recommandable.

Les lavements nutritifs et stimulants sont utiles.

Les résultats opératoires de la gastrectomie totale dans la gastrocarcinose n'autorisent pas cette intervention à moins de ptose très prononcée.

La cardiectomie est encore très dangereuse.

La duodénostomie ou la jéjunostomie ne valent pas la gastro-entérostomie.

Dans le cancer sténosant du cardia, la gastrostomie est préférable à la jéjunostomie.

L'hémodiagnostic de la gastro-carcinose ne permet pas encore des conclusions sûres ou pratiques.

Étude sur le thymus envisagée spécialement au point de vue de la médecine légale, par M. le docteur J. Peppino-Targhetta. (Th. de Paris, 1902.)

En assistant, pendant le semestre d'été de 1901 aux conférences faites à la Morgue, par M. le professeur Brouardel, l'auteur fut frappé par deux cas de mort subite chez les enfants par hypertrophie du thymus. Aussi décida-t-il d'en faire le sujet de sa thèse inaugurale.

De cette étude très sérieuse et ne comportant pas moins de 128 pages, il convient de tirer les notions suivantes :

1° Le thymus est une glande vasculaire qui persiste toute la vie, tout en commençant à s'atrophier vers l'âge de quatre ans.

Pendant sa période d'état, le thymus pèse normalement en moyenne de 3 à 5 grammes. Il est composé de deux lobes se subdivisant en des nombreux lobules, qui se divi-

sent à leur tour en follicules; on constate un fin reticulum qui n'est pas de nature conjonctive, qui est formé par les prolongements de grosses cellules étoilées. On distingue une partie corticale, sombre et compacte, une partie médullaire, claire et lâche. Les deux régions renferment les mêmes variétés de cellules, mais dans des proportions différentes : ce sont des cellules identiques à celles des ganglions, de la rate et de la moelle des os. Dans la substance médullaire seule, il y a les corpuscules de Hassall, constitués essentiellement par une cellule centrale atteinte de dégénérescence graisseuse, avec, tout autour, des cellules aplaties, imbriquées comme les écailles d'un oignon. La dissémination de ces corpuscules n'est pas arbitraire, il y en a un plus grand nombre à la partie céphalique de la glande, moins à la partie moyenne et moins encore dans l'extrémité cardiaque. Cette dissémination est réglée au moment de la migration des éléments lymphoïdes qui se réunissent vers la partie interne, pendant que les éléments épithéliaux se disposent à la périphérie. Les uns attribuent aux corpuscules de Hassall une origine épithéliale, les autres une origine mésodermique et vasculaire. Les deux théories doivent avoir une part de vérité.

L'involution du thymus est liée à une dégénérescence graisseuse qui transforme la glande en un amas fibro-adipeux.

2° Le thymus dérive de la troisième poche branchiale, par une glandule supérieure et un bourgeon latéral et inférieur : au début, le thymus n'est qu'une glande épithéliale; ce n'est qu'au stade de 29 millimètres que les vaisseaux pénétrant dans les bourgeons, il devient un organe lymphoïde.

3° Si la physiologie du thymus n'est pas encore nettement élucidée, on doit cependant admettre :

a. Un rôle hématopoiétique : le thymus fabrique les globules blancs, mais il n'est pas prouvé qu'il fabrique aussi les globules rouges.

b. Il faut considérer le thymus comme une glande à sécrétion interne. Cette sécrétion aurait une action directe sur la nutrition et la croissance, et une action indirecte, par l'intermédiaire du système nerveux, sur la motilité, la pigmentation cutanée et la circulation.

De plus, elle aurait des propriétés excito-motrices capables de modifier, neutraliser ou détruire certains produits toxiques à action paralysante, fabriqués dans l'organisme.

c. Il y a des relations fonctionnelles, physiologiques entre le thymus et d'autres organes de l'économie.

4° Le thymus peut présenter différentes lésions, qui sont tout d'abord : l'absence congénitale, l'atrophie et la reviviscence. On a constaté des inflammations, des tumeurs conjonctives et épithéliales, la syphilis et la tuberculose de la glande. Des rapports pathologiques existent entre le thymus et les maladies du sang des organes hématopoiétiques. Dans les infections et certaines intoxications, le thymus réagit par une suractivité cellulaire, en produisant des éléments de nouvelle formation, identiques à ceux de la moelle des os.

5° Le thymus du veau doit entrer dans le cadre des traitements de choix, car il remplit les conditions exigées par M. Landouzy. Ce traitement est clinique en ses informations, physiologique en ses moyens, et opportuniste en ses décisions.

Il y a lieu d'employer l'opothérapie thymique :

a. Dans le goitre exophtalmique, dans le goitre simple et dans le crétinisme;

b. Dans les maladies de la nutrition.

L'opothérapie thymique n'a jamais produit d'accidents.

6° Le médecin légiste peut tirer de l'état du thymus, chez les enfants et particulièrement chez les nourrissons, les conclusions suivantes :

a. Si le thymus est atrophié, l'enfant est mort parce que nourri d'une alimentation insuffisante ou non appropriée, à moins qu'il n'ait été hydrocéphale ou athrepsique ;

b. Si le thymus est hypertrophié, il doit être incriminé d'avoir causé la mort.

Cette mort subite est, d'après l'auteur, due à un phénomène d'inhibition, dont le point de départ doit être placé dans les nerfs sensitifs de la trachée, c'est l'augmentation brusque du thymus déjà hypertrophié qui produit l'impression nécessaire suffisante à la production du réflexe inhibitoire.

Dr A. ROUSSEL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. le médecin de première classe Bonnefoy est désigné pour remplir les fonctions de médecin résidant de l'hôpital maritime de Cherbourg.

— Ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe Brémand.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal Pfihl.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Meslet, Ruban, Porre, Tribondeau, Chabanne et Vizerie.

— M. le médecin en chef de première classe Mauson a été nommé médecin en chef de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

— M. le médecin de 1re classe Gauran, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur l'*Algésiras* (école des mécaniciens torpilleurs).

VIe Congrès français de médecine. — PROGRAMME GÉNÉRAL DU CONGRÈS. — *Mardi 1er avril.* — Matin, dix heures. Séance d'ouverture à l'hôtel d'Assézat et de Clémence-Isaure. — Soir, deux heures. Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, discussion de la première question : *Insuffisance hépatique.* Rapporteurs : MM. les professeurs Charrin (de Paris), Ducamp (de Montpellier), Ver Eecke (de Gand); — neuf heures, réception au Capitole par M. le maire et la municipalité de Toulouse.

Mercredi 2 avril. — Matin, neuf heures. Suite de la discussion de la première question. Communications diverses. — Soir, deux heures. Deuxième question : *Les convulsions chez l'enfant.* Rapporteurs : MM. les professeurs Moussous (de Bordeaux), d'Espine (de Genève) ; — sept heures, banquet par souscription.

Jeudi 3 avril. — Matin, neuf heures. Suite de la discussion de la deuxième question. Communications diverses. — Soir, deux heures. Discussion de la troisième question : *Les médicaments d'épargne.* Rapporteurs : MM. les professeurs Soulier (de Lyon), Henrijean (de Liège); — neuf heures, réception universitaire, à la salle des Jacobins.

Vendredi 4 avril. — Matin, neuf heures. Communications diverses. Visites aux établissements hospitaliers, aux Facultés; à l'École vétérinaire, à l'asile departemental de Braqueville. — Soir, deux heures. Assemblée générale. Séance de clôture; — cinq heures. Départ pour l'excursion finale. Coucher à Perpignan.

Samedi 5 avril. — Départ de Perpignan. Visite du Boulou. Déjeuner à Amélie-les-Bains. Visite des thermes, des établissements et de l'hôpital militaire. Coucher à Port-Vendres.

Dimanche 6 avril. — Visite de Port-Vendres. — Départ pour Banyuls, par mer si le temps le permet, sinon par chemin de fer. Déjeuner à Banyuls. Visite du sanatorium et de la station de zoologie maritime.

L'Assistance médicale à Paris. — MM. les docteurs en médecine actuellement en exercice et dont les noms suivent sont réinvestis dans leurs fonctions de médecins de l'Assistance médicale, pour une période de trois années, à partir du 1er jan-

vier 1902, date de l'expiration du temps pour lequel ils ont été institués :

Ier arrondissement. — MM. Bonnemaison, Régnier, Boissier, Paul Richard et Ernest Richard.

IIe arrondissement. — MM. Pascalis et Marx.

IIIe arrondissement. — MM. Archambault, Rueff, Cahn, Liandier et Planet.

IVe arrondissement. — MM. Hénozel, Guyard, Garnier, Vigouroux et Froger.

Ve arrondissement. — MM. Deffaux, Gervais et Planès.

VIe arrondissement. — MM. Pruvost, Cuillier et Manheimer-Gommès.

VIIe arrondissement. — MM. Toledano et d'Aurelles de Paladines.

VIIIe arrondissement. — M. Billon.

IXe arrondissement. — MM. Poupon, Frasey et Laskine.

Xe arrondissement. — MM. Fissiaux, Pierin, Rotillon, Barbulée, Hennoque, Mathieu et Hischmann.

XIe arrondissement. — MM. Miquel, Dubreuil, Montignac et Colmeau.

XIIe arrondissement. — MM. Bloch, Gourrichon, Dambax et Ballouhey.

XIIIe arrondissement. — MM. Laurent, Cazeau, Langlois, Gresset et Biard.

XIVe arrondissement. — MM. Barbillon, Bonne, Coumetou, Royer, Forestier et Lapount.

XVe arrondissement. — MM. Destrem, Doury, Marieux, Lagelouze, De Pradel, Puech, Dufour, Fournioux et Chastenet.

XVIe arrondissement. — MM. Dufournier et Iscovesco.

XVIIe arrondissement. — MM. Demay, Fabre, Aubert et Laffitte.

XVIIIe arrondissement. — MM. Héron de Villefosse, Journiac, Hamaïde, Cange, Collet et Darin.

XIXe arrondissement. — MM. Laurent, Lebas, Lomier et Calton.

XXe arrondissement. — MM. Braünberger, Brohon, Kinzelbach, Delarue, Dufestel, Schrœder, Ertzbischoff, Carl, Balland.

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la douzième semaine,** 1135 décès, au lieu de 1134 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1100.

La fièvre typhoïde a causé 8 décès au lieu de 9 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 11. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 47, au lieu de 65 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 55. La **variole** a causé seulement 2 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 7 pendant la semaine précédente ; le nombre des cas signalés à la Préfecture de police est de 29 au lieu de 34 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 23. A Londres, l'épidémie conserve la même intensité et frappe toujours les mêmes quartiers. Le chiffre des décès pendant la onzième semaine est même le plus élevé qui ait été observé depuis le début de l'épidémie (81).

La rougeole a causé 30 décès, au lieu de 12 pendant la précédente semaine (la moyenne est 21) ; comme d'ordinaire elle frappe surtout les quartiers pauvres de la périphérie. Dans les dix premiers arrondissements on en compte seulement 5 ; dans les dix derniers 25, dont 1 seulement dans le XVIe. La scarlatine a causé 5 décès, au lieu de la moyenne 3 ; le nombre des cas nouveaux augmente un peu (83, la moyenne est 76). La coqueluche a fait 20 victimes comme pendant la semaine précédente, chiffre supérieur à la moyenne 8. Comme pour la rougeole les quartiers les plus éprouvés sont ceux de la périphérie : dans les dix premiers arrondissements on compte seulement 3 décès contre 17 dans les autres. La diphtérie a causé 30 décès, chiffre qui n'avait pas été atteint depuis 1894. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est aussi en augmentation (159, la moyenne est 80). Cette maladie est deux fois plus répandue dans les quartiers pauvres de la périphérie, que dans les arrondissements du centre.

La diarrhée infantile a causé 38 décès de 0 à 1 an, chiffre identique à celui de la semaine précédente et un peu supérieur à la moyenne 28.

En outre, 26 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 216 décès au lieu de 232 pendant la semaine précédente et au lieu de 230, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : **bronchite aiguë**, 12 décès (au lieu de la moyenne 20) ; **bronchite chronique**, 18 (au lieu de la moyenne 33) ; **pneumonie**, 55 (au lieu de la moyenne 60) ; **les autres maladies de l'appareil respiratoire**, 132 (au lieu de la moyenne 117), dont 57 sont dus à la congestion pulmonaire et 54 à la broncho-pneumonie. En outre, 6 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 222 décès ; **la méningite tuberculeuse**, 21 ; **la méningite simple**, 27 ; **les tuberculoses autres que celles qui précèdent** 14 ; **l'apoplexie et le ramollissement cérébral**, 54 ; **les maladies organiques du cœur**, 80 ; **le cancer a fait périr** 43 **personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé** 11 **décès ; la cirrhose du foie**, 16 ; **la néphrite**, 34 ; **enfin, 46 vieillards sont morts de débilité sénile.**

Muséum d'histoire naturelle. — M. le professeur Chauveau, membre de l'Institut, ouvrira son cours de pathologie comparée, le samedi 12 avril 1902, à deux heures, au laboratoire de pathologie comparée, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le professeur s'occupera du travail des moteurs animés au point de vue de la physiologie et de la pathologie générales.

Il commencera par l'exposition des faits sur lesquels repose la théorie de la dépense énergétique qu'entraîne le travail chez l'homme et les animaux.

Les faits nouveaux, surtout ceux qui permettent de comparer les moteurs animés avec les moteurs inanimés, feront l'objet de démonstrations expérimentales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques de chirurgie infantile, par A. Broca, chirurgien à l'hôpital Tenon (enfants malades), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-8°, avec 73 fig. intercalées dans le texte et 6 planches hors texte en photocollographie. — — Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

Traitement des maladies contagieuses de l'appareil générateur (guide pratique), par le docteur F. Buret, secrétaire général de la Société de médecine de Paris. In-8°, broché. — Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Les établissements centralisés d'éducation et la tuberculose, par le docteur Baradat (de Cannes). Brochure. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Victor Hugo et les médecins, par le docteur Cabanès. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — En vente à la *Chronique médicale*, 6, rue d'Alençon, Paris.

Les ponctions rachidiennes accidentelles et les complications des plaies pénétrantes du rachis par armes blanches sans lésions de la moelle, par le docteur E. Mathieu, médecin-inspecteur de l'armée, ancien directeur et professeur au Val-de-Grâce. Gr. in-8° (N° 29 de l' « Œuvre médico-chirurgical). — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6 280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.030	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. *Emplois spéciaux*: ***SAINT-JEAN***, maladies des organes digestifs; — ***PRÉCIEUSE***, maladies de l'appareil biliaire; — ***DÉSIRÉE***, maladies de l'appareil urinaire; — ***RIGOLETTE***, chlorose, anémie; ***MAGDELEINE***, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE		
Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	Sesqui-oxyde de fer......	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Phies.

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies

PHARMACIE LIMOUSIN — 2 bis RUE BLANCHE · PARIS

ACETOPYRINE — ANALGÉSIQUE ANTIPYRÉTIQUE

HONTHIN — Astringent Intestinal

PETROSULFOL — SULFO-ICHTHYOLATE D'AMMONIAQUE D'AUTRICHE

PETROLAN — NOUVEAU PRODUIT DERMATOLOGIQUE

SIROP DE KOLA COMPOSÉ HELL — FORTIFIANT TONIQUE

PHARMACIE DU ROULE — 71. AV. D'ANTIN

CACHETS D'HYDRARGOTINE

PRÉPARATION MERCURIELLE n'agissant pas violemment

SAVONS DE BERGER

HYGIÉNIQUES & MÉDICINAUX — PRIX Modique

Préparation parfaite efficacité certaine

DÉPÔT PRINCIPAL 2 bis R. BLANCHE

PHARMACIE LIMOUSIN

GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX contre :
RACHITISME CHEZ LES ENFANTS
NEURASTHÉNIE, NÉVRALGIE, PHOSPHATURIE
DÉBILITÉ pendant la GROSSESSE, etc.
Chaque Flacon est accompagné d'une cuillère-mesure en aluminium. — DOSE : 2 à 3 cuillerées par repas.
Vente en Gros : 13, Rue de Poissy, Paris et tes Phies.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

PRIX du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

AFFECTIONS de l'ESTOMAC

QUASSINE ADRIAN

DRAGÉES à 25 mill. de **QUASSINE AMORPHE.**
GRANULES à 2 mill. de **QUASSINE CRISTALLISÉE.**

Une Dragée ou un Granule avant chaque repas.

ALIMENTATION des MALADES

POUDRE DE BIFTECK ADRIAN
POUDRE DE VIANDE ADRIAN
POUDRE DE LENTILLES ADRIAN
ALIMENT COMPLET ADRIAN

Toutes les fois que l'inanition devient menaçante l'emploi des POUDRES de VIANDE ADRIAN *est indiqué.*

VIN DE BUGEAUD

TONI-NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

FURONCULOSE — CLOUS — ANTHRAX — ACNÉ — DIABÈTE — DYSPEPSIES

MYCODERMINE DÉJARDIN

ou Extrait Inaltérable de

LEVÛRE DE BIÈRE PURE SÉLECTIONNÉE

recueillie au cours de la fabrication de l'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS

ET DOUÉE DE TOUTE L'EFFICACITÉ de la **LEVURE FRAICHE**

E. DÉJARDIN, Phen-Chte de 1re cl., Ex Interne et Fournisseur des Hôpitaux de Paris, 109, Bould Haussmann, Paris.

N° 38. — MARDI 1er ET JEUDI 3 MARS 1902. 75e ANNÉE. MARDI 1er ET JEUDI 3 MARS 1902. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

DE L'ACTINOMYCOSE HUMAINE EN FRANCE

SA FRÉQUENCE. SON PRONOSTIC ÉLOIGNÉ

Par MM. A. Poncet et L. Bérard.

Dans cette note, nous désirons, une fois de plus, attirer l'attention sur l'*actinomycose humaine*, encore trop méconnue dans notre pays.

Depuis tantôt dix ans, soit dans de nombreuses publications, soit dans notre *Traité clinique de l'actinomycose humaine* (1898), nous n'avons cessé de signaler les différentes formes cliniques de cette maladie. Elle est beaucoup plus fréquente qn'on ne le pense généralement. Sa gravité, son pronostic sont naturellement subordonnés à un diagnostic précoce. Le moment est donc toujours opportun d'en rappeler l'existence, et d'apporter de nouveaux documents qui facilitent son étude.

En dehors des faits que nous avons recueillis nous-mêmes depuis deux ans, date de notre dernière communication à l'Académie de médecine (1), et des observations qui ont été publiées sur le même sujet, nous possédons un travail important d'un de nos élèves, M. Jean Duvau, actuellement médecin stagiaire au Val-de-Grâce, sur le *Pronostic éloigné de différentes formes cliniques de l'actinomycose humaine. Statistique de 225 cas.* (Th. de Lyon, 1902.)

Grâce à cette étude très documentée, dans laquelle l'auteur a recherché avec soin ce qu'étaient devenus les 146 cas d'actinomycose, connus en France jusqu'à ce jour (74 fois seulement, malgré toutes ses recherches et toutes ses démarches, il a pu avoir des renseignements précis, vraiment utilisables), nous pouvons dresser un tableau exact de la fréquence relative, et de la gravité de l'actinomycose. Ces chiffres, comme on le verra, offrent un réel intérêt. Il en est de même de la répartition géographique, en France, des actinomycosiques, répartition rendue frappante par une carte dressée, avec soin, par M. le docteur M. Patel.

Depuis notre dernière communication à l'Académie (*loc. cit.*), nous avons eu l'occasion d'observer, ou de recueillir dans les publications périodiques, 21 nouveaux cas d'actinomycose humaine, dont nous donnons les indications résumées.

Ce sont toujours les localisations cervico-faciales qui se rencontrent le plus communément (18 cas sur 21). Cette fréquence répond au siège le plus habituel de contamination, qui est la voie buccale.

Actinomycose cutanée primitive de la joue droite, ayant débuté autour de l'orifice placé dans le lobule de l'oreille, pour y passer une boucle. Pas d'intervention. Traitement ioduré. (A. Poncet, 1901.)

Actinomycose cervico-faciale des régions parotidienne et sous-angulo-maxillaire gauche. Drainage, curetage et traitement ioduré. [A. Poncet, 1901 (1).]

Actinomycose temporo-maxillaire traitée par curetage et iodure. [A. Poncet, 1901 (2)].

Actinomycose temporo-maxillaire droite avec fistules multiples. Forme grave. (A. Poncet, 1901. Obs. inédite.)

Dans notre communication de 1900 à l'Académie, M. Thiéry, chirurgien des hôpitaux de Paris, figurait avec 5 cas. — Aujourd'hui (*communication orale*), il compte 13 observations d'actinomycose humaine. Ce sont donc 7 cas nouveaux, recueillis dans ces deux dernières années par un seul et même chirurgien. Nous ne les faisons pas figurer dans notre statistique de 21 cas, parce qu'ils n'ont pas été publiés. Ils n'en démontrent pas moins que l'actinomycose est plus fréquente, à Paris notamment, qu'on ne paraît encore l'admettre.

Actinomycose temporo-maxillaire droite, consécutive à la carie dentaire. Traitement par injections iodées et par l'iodure. [Observation inédite du docteur Charmoy, de Courtenay (Loiret), suivie de 1898 à 1901, et publiée dans la thèse de Duvau.]

Actinomycose temporo-maxillaire droite, à forme néoplasique, devenue secondairement fistuleuse, traitée par plusieurs curetages avec drainage prolongé. Administration de l'iodure pendant quatre mois. Amélioration considérable. (Mars-juillet 1901. Observation inédite de MM. Rochet et Bérard.)

Actinomycose massétérine gauche, traitée par le curetage des foyers et par administration d'iodure. (Observation présentée

(1) A. Poncet et L. Bérard. De l'actinomycose humaine en France pendant ces deux dernières années (1898-1900), in *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 27 mars 1900.

(1) Ces deux malades ont été présentés par M. Thévenot à la Société de médecine de Lyon les 24 juin et 22 juillet 1901. (Voir *Arch. prov. de chir.*, du 1er janvier 1902. Note sur deux cas d'actinomycose cervico-faciale, par L. Thévenot.)

(2) Malade présenté par M. Bayle, interne des hôpitaux, à la Société des sciences médicales de Lyon le 5 juin 1901. (Observation publiée in *Gaz. des hôpit.*, juin 1901.)

par M. André à la Société de médecine de Nancy. Novembre 1900.)

Actinomycose de la joue, ayant pour début une carie dentaire, avec petit séquestre du maxillaire inférieur. Incision, curetage, administration d'iodure, guérison en deux mois. (Observation inédite de MM. Bérard et Tixier. Novembre 1901.)

Actinomycose cutanée de la joue par inoculation directe chez une bouchère. Grande amélioration par l'iodure de potassium et par les badigeonnages iodés. (Gaucher, *Bul. de la Soc. de méd. de Paris*, 26 avril 1901.)

Actinomycose du maxillaire inférieur, traitée par la levure de bière. Diminution considérable en un mois. (Observation de M. Guinard de Paris, publiée à la Société de chirurgie en mars 1900.)

Actinomycose à forme néoplasique de la branche montante droite du maxillaire inférieur, ayant nécessité la résection de la moitié droite du maxillaire inférieur en décembre 1900 (M. Vallas). Malade présentée à la Société des sciences médicales de Lyon par MM. Villard et Piollot, interne des hôpitaux. (Voir *Province médicale*, du 15 décembre 1900.)

Actinomycose du maxillaire supérieur droit, ayant évolué d'abord comme un empyème de l'antre d'Highmore. Traitement par incision, drainage et médication iodurée. Guérison au bout d'un an (octobre 1900 à novembre 1901). Docteurs Santiard (de Nolay) et Lagoutte (du Creusot). [Observation publiée, in thèse Duvau (loc. cit.).]

Actinomycose cervico-faciale droite, en larges placards superficiels. (Observation de M. Dubreuilh, communiquée à la Société de chirurgie de Bordeaux, le 14 juin 1901.)

M. le médecin-major Batut a présenté à la Société de chirurgie de Lyon, en décembre 1901, 4 cas inédits d'actinomycose cervico-faciale, observés par lui, à l'hôpital Desgenettes, de 1898 à 1901. Ces quatre actinomycosiques furent traités, à la fois, par le curetage et par l'administration d'iodure. Guérison ou, du moins, amélioration très notable.

Parmi les formes plus rares, nous trouvons, rapportée dans la thèse de Duvau, l'observation d'un enfant examiné par MM. Bouveret, A. Pollosson et Poncet. *Il s'agissait d'une forme thoraco-pulmonaire primitive, longtemps méconnue, et qui se termina, trois ans après son début, par une pyohémie mycosique mortelle.*

Déjà en mai 1900, M. Ch. Nélaton avait communiqué à l'un de nous, un cas d'actinomycose mammaire gauche, survenue dans le cours d'un phlegmon actinomycosique pleuro-lombaire du même côté, et qui guérit après plusieurs larges interventions, pratiquées par les docteurs Nélaton et Charmoy (1).

Un autre cas, non moins intéressant, est celui d'une actinomycose annexielle, observée en décembre 1901 par M. Aug. Pollosson et publiée par M. Henriot (2). Le foyer, localisé d'abord aux annexes gauches, s'étendit, peu à peu, vers la paroi abdominale, et put être ouvert par une incision crurale para-péritonéale.

La dernière observation est celle d'une *Actinomycose anorectale avec fistules multiples, décollements intra-pelviens étendus, etc., chez un homme de trente-huit ans, s'étant terminée par la mort, trois ans environ après l'apparition de la première fistule.* (A. Poncet, 1901.)

(1) Cette observation a été rapportée dans tous ses détails, avec photographies des lésions, in *Lyon méd.*, du 6 mai 1900.

(2) J. Henriot. *De l'actinomycose des organes génitaux*, Th. de Lyon, janvier 1902.

Chez tous ces malades, le diagnostic clinique fut confirmé par la constatation du parasite, mycélium ou massues, dans le pus, dans les produits obtenus par le curetage des foyers mycosiques.

Quant à la fréquence dans tel ou tel département, elle est uniquement subordonnée, le fait ne paraît pas douteux, à la recherche méthodique du champignon rayonné. La Seine doit ses 33 cas aux hôpitaux, aux laboratoires de Paris; le Rhône, ses 47 cas aux hôpitaux, aux laboratoires de Lyon. Il en est de même pour Bordeaux, Lille, Nîmes.

Ainsi s'expliquent, non moins bien, les observations relativement nombreuses des départements voisins de ces grandes villes : Ain, Ardèche, Loire, etc.

La carte rend ces groupements très instructifs, et les considérations dans lesquelles nous sommes brièvement entrés, s'y trouvent justifiées.

Il n'est, cependant, pas indifférent de savoir chez l'homme diagnostiquer de bonne heure l'actinomycose qui, bon an mal an, doit se chiffrer, au moins par un millier de cas dans notre pays, en prenant le Rhône comme terme de comparaison.

Nous en donnons pour preuve l'inventaire détaillé des suites éloignées de cette maladie, telle qu'a pu l'établir, non sans peine, M. J. Duvau (1).

Il est arrivé aux constatations suivantes, basées sur 257 cas consciencieusement étudiés (2) :

70 cas de localisation cervico-faciale avec	40 guérisons, 14 améliorations, 16 morts.
65 cas de localisation thoraco-pulmonaire, avec	57 morts.
7 cas de localisation œsophagienne, avec	6 morts.
19 cas de localisation sur les centres nerveux, avec	19 morts.
19 cas de localisation sur les organes génitaux, avec	2 guérisons, 5 améliorations, 8 morts.
40 cas de localisation hépatique, avec	40 morts.
84 cas de localisations abdominales, avec	23 guérisons, 10 améliorations, 51 morts.

On peut donc admettre que la mortalité générale de l'actinomycose humaine est ainsi répartie :

Il n'est pas douteux qu'un certain nombre d'autres faits aient été laissés de côté, auxquels manquait le contrôle du microscope. Pour notre propre compte, nous avons, chez cinq malades, au moins, affirmé le diagnostic d'actinomycose, même en l'absence des grains jaunes et du mycélium. Dans une statistique, ces cas, bien que cliniquement certains, ne peuvent pas être admis.

On a publié en France, jusqu'à ce jour, 144 cas d'actinomycose humaine (J. Duvau), dont :

(1) C'est à mon chef de laboratoire, M. le docteur Louis Dor, dont la compétence histologique et bactériologique est bien connue, que je dois ma première observation d'actinomycose humaine, qui remonte à 1892. Depuis lors, son nom mérite d'être cité à propos de tous les travaux parus à Lyon, depuis dix ans, sur ce sujet. — A. Poncet.

(2) Le total de 257 cas est de beaucoup supérieur au total des cas français : 146, car le nombre des actinomycoses viscérales recueillies en France est encore très restreint, et pour éviter toute erreur d'interprétation, M. Duvau a recherché les suites éloignées de la plupart des cas d'actinomycose viscérale, publiés à l'étranger.

78 localisations cervico-faciales.

66 localisations viscérales.

En ajoutant deux observations personnelles récentes, nous comptons, définitivement, aujourd'hui :

79 localisations cervico-faciales.

67 localisations viscérales.

Ce total ne correspond assurément pas à la réalité des faits (1). Ce qui le prouve surabondamment, c'est que le classement de ces observations, d'après leur origine géographique, nous les présente, toutes groupées autour des villes, où les chirurgiens ont pris l'habitude de rechercher l'actinomycose chez leurs malades.

Les 146 cas d'actinomycose humaine, connus, publiés en France (avec contrôle histologique), se répartissent ainsi :

Rhône	47	Meurthe-et-Moselle	3
Seine	33	Saône-et-Loire	2
Ain	6	Côte-d'Or	2
Gard	5	Loiret	3
Ardèche	5	Gironde	4
Indre-et-Loire	5	Marne	2
Nord	7	Haute-Savoie	1
Loire	7	Creuse	1
Isère	4	Jura	1
Drôme	3	Haute-Garonne	1
Savoie	2	Calvados	1



L'actinomycose humaine en France.

DIAPASON DES TEINTES

Au-dessus de 30.

Au-dessus de 5.

Au-dessus de 1.

1 cas.

Rhône	47
Seine	33
Loire	7
Nord	7
Ain	6
Ardèche	5
Gard	5
Indre-et-Loire	5
Gironde	4
Isère	4
Drôme	3
Loiret	3
Meurthe-et-Moselle	3
Bouches-du-Rhône	2
Côte-d'Or	2
Marne	2
Saône-et-Loire	2
Savoie	2
Calvados	1
Creuse	1
Haute-Garonne	1
Haute-Savoie	1
Jura	1

La carte de France ci-jointe est particulièrement démonstrative.

Comme on le voit par cette carte, essentiellement provisoire, et qui n'a d'autre but que de rendre, pour le moment, plus sensible, la distribution de l'actinomycose, avec ses inégalités, d'absence complète, de fréquence relative, dans certaines régions. Dans 22 départements seulement sur 87, l'actinomycose humaine aurait été rencontrée. Qu'en conclure ? Sinon qu'elle est encore méconnue dans 65 départements, car les divisions géographiques importent peu à l'actinomyces.

2 à 3 p. 100 de mortalité dans les formes cutanées.

10 p. 100 dans les formes cervico-faciales superficielles.

30 p. 100 dans les formes temporo-maxillaires profondes.

65 p. 100 dans les formes abdominales d'origine intestinale.

85 p. 100 dans les formes thoraco-pulmonaires.

100 p. 100 dans les formes hépatiques.

100 p. 100 dans les formes cérébro-spinales.

Le pronostic est, on le voit, des plus sévères dans les formes] profondes, cavitaires, et surtout dans les formes viscérales.

Cette gravité des localisations viscérales profondes tient, à la fois, aux infections secondaires, presque fatales, qui viennent les compliquer, et à l'impossibilité où l'on se trouve souvent, de les aborder largement par les procédés chirurgicaux, du fait de leur caractère serpigineux, et de leur infiltration étendue.

Les localisations hépatiques et cérébro-spinales, toujours mortelles, se présentent, d'ordinaire, comme des complications plus ou moins tardives des formes pyohémiques.

(1) Depuis la rédaction de cette note, nous avons fait présenter par M. le docteur Thévenot, à la Société de médecine de Lyon (*Lyon médical* du 9 mars 1902), un *panaris actinomycosique*, occupant l'extrémité de l'index droit.

Le traitement usité a presque toujours été le traitement mixte : incision, curetage et drainage prolongé des foyers, combinés avec l'administration de l'iodure de potassium.

Comme conclusions, nous dirons : *L'actinomycose humaine est certainement aussi fréquente en France qu'à l'étranger, ainsi que nos premières recherches nous avaient permis de l'affirmer — le plus habituellement encore, elle est méconnue, et il en sera ainsi, autant que les médecins ne songeront pas à son existence — c'est un peu une vérité de M. de La Palice que, pour faire le diagnostic d'une maladie, il faut d'abord y penser ; pour l'actinomycose humaine, cet aphorisme mérite d'être rappelé.*

Nous sommes convaincus que, du jour où l'on songera à l'actinomycose, les cas se multiplieront, et naturellement pour le plus grand bénéfice des actinomycosiques, bien traités dès le début.

Hâtons-nous d'ajouter que cette opinion n'a rien d'offensant pour nos confrères. Nous avons vu maintes fois des médecins, des chirurgiens les plus distingués, méconnaître l'actinomycose, tout simplement parce qu'ils n'y avaient pas pensé.

La gravité, souvent presque exceptionnelle de cette maladie, mérite bien que les cliniciens lui donnent une place courante, dans leur diagnostic différentiel.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(1er AVRIL 1902)

Les Parisiens étant absents, c'est l'école de Lyon qui a fait les frais de la séance. Elle n'y a rien perdu comme intérêt. C'est d'abord M. le professeur Renaut qui est venu prendre part à la discussion sur le **chloroforme**, pour défendre à son tour l'éther, vraiment bien cher aux Lyonnais. Il rappelle tout d'abord combien le chloroforme est dangereux et il insiste plus particulièrement sur un danger tout spécial qui n'a peut-être pas été suffisamment signalé. Pour que le rein fonctionne bien, il importe, dit-il, avant tout que les cellules rénales conservent totalement une parfaite intégrité. Or il résulte de nombreuses expériences que M. Renaut a faites sur les animaux, que le chloroforme altère les cellules rénales. C'est là, selon lui, un fait d'une grande importance.

M. Renaut a été élève de l'école de Paris. Il a donc été pendant toutes ses études médicales appelé à voir se servir ou à se servir lui-même du chloroforme. Voilà vingt-cinq ans qu'il a quitté Paris pour Lyon ; voilà donc vingt-cinq ans qu'il voit employer ou emploie lui-même l'éther. Or en vingt-cinq années il n'y a pas eu, à Lyon, un seul cas de mort par l'éther. Il a été souvent consulté pour savoir si dans certaines affections cardiaques, même myocardiques, il n'y avait pas de dangers de recourir à l'anesthésie par l'éther. Il a lui-même souvent donné l'éther dans ces conditions et jamais il n'a eu à constater le moindre accident.

Quand il s'agit d'une anesthésie pour une longue opération, M. Renaut conseille de procéder ainsi : on donne l'éther jusqu'à ce que l'annesthésie soit obtenue; à ce moment on le cesse; puis on pince la peau et, au moindre réflexe, on recommence à donner l'éther jusqu'à ce que l'anesthésie soit obtenue de nouveau; puis on cesse, et ainsi de suite; on arrive ainsi, dit M. Renaut, à obtenir une parfaite anesthésie avec le minimum d'intoxication; on ne provoque même pas de vomissement ni pendant ni après l'anesthésie, pour peu qu'on ait soin de ne rien faire boire au malade pendant les quatre heures qui suivent l'opération. M. Renaut dit avoir ainsi obtenu des anesthésies d'une heure, une heure et demie, une heure trois quarts sans accidents.

L'éminent professeur de Lyon nous permettra de lui faire observer que cela n'a vraiment rien d'extraordinaire, ni rien de spécial à l'éther. Il nous a été donné souvent de voir administrer ou d'administrez nous-même le chloroforme pendant trois, quatre ou cinq heures de suite, pour des opérations exceptionnellement graves et longues, parfois nouvelles, et cela sans avoir eu le moindre accident ni pendant ni après l'anesthésie.

Il est bien entendu que celle-ci, à partir du moment où elle était obtenue bien complète, était entretenue avec de fort petites doses de chloroforme.

Nous persistons donc à penser que tous les avantages qu'on veut trouver à l'éther se retrouvent également entre les mains de ceux qui ont une grande habitude du chloroforme. Il n'en reste qu'un à l'éther sur le chloroforme et nous reconnaissons qu'il est considérable, c'est celui d'être moins dangereux en n'exposant pas aux syncopes mortelles du début de la chloroformisation. C'est en raison de cette innocuité que M. Renaut conclut en conseillant aux chirurgiens de Paris de suivre l'exemple des chirurgiens de Lyon et de ne plus hésiter à préférer l'éther au chloroforme. Le conseil de M. Renaut sera-t-il suivi ? Nous ne le pensons pas et sauf d'assez rares exceptions, Paris, croyons-nous, restera fidèle au chloroforme comme Lyon à l'éther.

M. le professeur Poncet a, en son nom et au nom de M. L. Bérard, de nouveau appelé l'attention de l'Académie sur l'**actinomycose humaine en France**. On trouvera plus haut (p. 377) l'important travail de MM. Poncet et Bérard, qui fixe l'état actuel de la science sur cette question encore peu connue en France.

M. Javal qui, malgré sa cécité, est resté un travailleur ardent, un chercheur, un savant et un philosophe plein de bonne humeur, et qui suit très régulièrement les séances de l'Académie, ayant appris que l'ordre du jour était peu chargé, a fait, sous prétexte d'une présentation d'une nouvelle planche à écrire pour les aveugles, une charmante conférence où il a parlé un peu de tout, mais surtout du parti que l'aveugle cherchait à tirer des autres sens que la vue. On a dit souvent que, lorsqu'on perdait un sens, les autres prenaient une acuité plus grande. C'est là, pour M. Javal, une profonde erreur; le tact de l'aveugle ne devient pas plus subtil; l'aveugle, seulement, sait mieux s'en servir. Jusqu'ici on n'a connu que cinq sens; M. Javal, depuis qu'il a perdu la vue, en a trouvé un sixième : c'est celui de la sensation de chaleur ou de froid. Un aveugle sent très bien s'il y a du feu dans la pièce qu'il occupe ou si, quand il est dehors, un nuage vient à cacher momentanément le soleil.

M. Javal dont la préoccupation dominante paraît être en ce moment de chercher tous les moyens possibles d'améliorer le sort des malheureux aveugles, s'applique à perfectionner les moyens d'écrire de façon à pouvoir permettre aux aveugles de se livrer soit à la sténographie, soit à la dactylographie.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies de la voix (1), par M. le docteur André Castex, chargé de cours de laryngologie, rhinologie et otologie à la Faculté de médecine de Paris, médecin adjoint à l'institution nationale des sourds-muets de Paris.

Cet ouvrage écrit de main de maître et luxueusement édité s'adresse surtout aux professionnels de la voix : avocats, magistrats, professeurs, prédicateurs, artistes lyriques ou dramatiques.

De même que l'on a écrit sur les maladies mentales, sur les maladies de la volonté, sur la pathologie de la volonté, M. Castex n'a pas hésité à faire un traité spécial des maladies de la voix qu'il a tenu à différencier des maladies du larynx.

Tel trouble vocal, en effet, aura sa cause dans les fosses nasales ou dans les poumons, voire même dans la santé générale, tandis que le larynx restera indemne. Il y a maladie de la voix lorsque l'altération de la fonction est de beaucoup le symptôme dominant, celui pour lequel le spécialiste est consulté. S'agit-il au contraire d'une affection véritable du larynx : cancer, tuberculose, etc., ce sont les autres troubles qui importent : douleurs, oppression, etc. ; la question voix devient en ce cas négligeable.

Par contre une voix excellente peut aller de pair avec un larynx en mauvais état.

Ce livre est divisé en cinq chapitres comprenant successivement :

1° L'historique des travaux qui ont paru sur la question ;

2° L'anatomie et la physiologie de l'appareil vocal, car ces notions sont indispensables pour se bien rendre compte des maladies de la voix et de leur traitement.

3° Les causes communes aux diverses maladies vocales :

4° Les maladies de la voix parlante ;

5° Les maladies de la voix chantante.

Pour permettre d'arriver au diagnostic sans plus d'erreur que les autres méthodes usitées en médecine, il faut avoir une technique d'examen spécial :

« Quand un artiste lyrique vient vous consulter, dit l'auteur, commencez par lui demander quel est son genre de voix : baryton ? tenor ? Mezzo ? contralto ? Et puis posez-lui la question suivante :

— Quels troubles avez-vous à la voix ?

Vous serez souvent obligé de diriger un peu votre client dans ses réponses, d'user de périphrases ou d'explications, afin de vous entendre exactement avec lui en l'amenant sur les jeux principaux du chant qu'il connaît bien mais ne désigne pas toujours par l'expression propre ; ne le dirigez pas trop cependant, car de lui-même il peut appeler votre attention sur telle particularité exceptionnelle à laquelle vous n'auriez pas songé...

Vous passez ensuite à l'examen local des diverses parties de l'appareil : pharynx, larynx, fosses nasales, poumons ; puis à l'examen d'ensemble de l'état général ; vous vous enquérez de l'estomac, de l'utérus, des conditions d'hérédité, etc.

Il faudrait vraiment de la malechance pour qu'après cet examen le trouble, ou les troubles, vous échappent, et vous pourrez établir votre diagnostic, d'où découlera un traitement rationnel. »

En somme : les altérations physiques, matérielles du larynx, englobées sous le terme de laryngite, qu'elles procèdent d'une maladie véritable ou de fatigue, atteignent généralement le *timbre*.

L'abus de la parole, les entraînements ou éducations trop rapides compromettent plutôt la *solidité*.

(1) In-8° cavalier de 314 p., avec 49 fig. — Prix : 7 francs. — Paris, C. Naud.

Les excès vocaux ou efforts exagérés peuvent diminuer l'*étendue*.

En cas de trouble sur l'*agilité* on peut soupçonner une tuberculose laryngée latente, si surtout les autres symptômes convergent vers cette idée.

Si le *médium* est touché, cherchez d'abord du côté de la poitrine (soufflerie pulmonaire).

Les troubles de *netteté* (chats, graillons, etc.) coïncident ordinairement avec un état catarrhal des premières voies respiratoires.

Les troubles de *résonance* sont presque toujours d'origine nasale.

Quand l'*intensité* faiblit, il faut d'abord en chercher la cause dans un affaiblissement quelconque de l'état général.

Pour les *troubles nerveux* il va sans dire qu'ils relèvent du tempérament névropathique du sujet.

Formulaire pratique de thérapeutique pour le traitement de la syphilis (1), par M. le docteur Marmonier, membre de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

Le but de l'auteur, en publiant ce formulaire, a été d'être utile aux médecins et aux étudiants en condensant dans un petit volume le résumé du traitement de la syphilis si magistralement exposé dans les remarquables ouvrages des syphiligraphes les plus autorisés auxquels il a fait de nombreux emprunts.

Comme le dit, avec sa plume autorisée, le docteur Jullien dans la préface de cet ouvrage, il n'existe pas une seule maladie qui fournisse plus d'occasions de varier les moyens thérapeutiques que la syphilis. Aucune n'exige une plus grande diversité de ressources et ne les commande plus impérieusement.

Il faut savoir se garder d'une thérapeutique outrancière qui sèmerait des ruines autour d'elle, mais il ne faut pas être trop timide et se tromper par défaut en s'en tenant à une méthode qui équivaudrait à une négation de traitement. On peut se tromper encore par la mauvaise direction de la médication, par les disproportions des moyens thérapeutiques comparés aux troubles qu'il s'agit de combattre. Enfin, il est des cas où il faut savoir remplacer un sel par un autre sous peine de voir le mal s'invétérer.

Ces considérations justifient amplement l'apparition du livre que j'ai sous les yeux.

Avec un savoir de premier ordre et une clarté précieuse pour le chercheur, le docteur Marmonier y fournit une abondante moisson de formules, de procédés et de conseils.

Dans un premier chapitre traitant de la médication spécifique, il énumère les trois méthodes de mercurialisation.

Puis, il donne les renseignements les plus complets sur la direction générale du traitement de la syphilis, son début, sa durée, les stades du repos, etc.

Il indique la manière d'examiner le malade avant d'instituer le traitement mercuriel, les précautions à prendre, durant le traitement, tant par le malade que par le médecin lui-même.

Vient ensuite le traitement du chancre syphilitique simple ou compliqué.

La syphilis secondaire fait l'objet d'un chapitre des plus documentés : des formules aussi savantes que variées sont dirigées contre la fièvre syphilitique, les diverses syphilides ; l'alopécie et l'onyxis ne sont pas négligés. Viennent ensuite les affections secondaires du système osseux, des muscles, de l'œil, de l'oreille, du foie, du rein, etc.

Dans un dernier chapitre l'auteur indique le traitement des accidents tertiaires.

Syphilides cutanées, gommes hypodermiques, phagédé-

(1) In-18, 420 p., cart. tr. rouge. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

nisme, syphilis tertiaire du nez, du voile du palais, de la voûte palatine, du pharynx, des lèvres, de la langue, du larynx, du cerveau, de la moelle sont successivement étudiés au point de vue de leur thérapeutique spéciale. Viennent ensuite la syphilis tertiaire de l'œil, des os, du foie, du rein, la syphilis trachéo-bronchique, pulmonaire, pleurale, œsophagienne, gastrique, intestinale, ano-rectale, etc.

Quelques pages sont enfin consacrées spécialement à la syphilis infantile et à la syphilis chez les vieillards.

Et l'auteur termine par quelques notes supplémentaires sur l'huile grise, l'huile iodée, l'huile iodo-iodurée et l'huile bi-iodurée.

Il y avait un réel intérêt à présenter au public médical cet aide-mémoire de thérapeutique de la syphilis.

Le praticien, aussi bien que l'étudiant, y trouveront, sous une forme concise, tous les modes de traitement qui s'adressent non seulement à la diathèse syphilitique, mais encore aux diverses manifestations de cette diathèse qui s'offrent journellement à leur observation. Ils n'ont pas toujours le temps ou la facilité de chercher dans les importants ouvrages sur la syphilis une indication ou une formule effacées de leur mémoire. Ils pourront les retrouver rapidement dans ce memento thérapeutique, grâce à la table alphabétique des matières. Dr A. ROUSSEL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Saint-Germain-en-Laye.* — Un concours aura lieu, le 26 avril 1902, pour la nomination d'un interne titulaire en médecine et en chirurgie et de quatre internes provisoires.

Pour plus amples renseignements, s'adresser au secrétariat de l'hôpital.

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Rénon, agrégé, est chargé, jusqu'au 15 juin 1902, d'un cours annexe de clinique médicale, en remplacement de M. Rendu, empêché pour raisons de santé.

Concours pour le prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le jeudi 22 mai 1902, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscriptions est ouvert, au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 10 mai inclusivement.

Concours pour l'adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aides d'anatomie s'ouvrira le lundi 12 mai 1902, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves-docteurs de la Faculté, français on naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscriptions est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au 3 mai inclusivement.

Écoles de médecine. — *Alger.* — M. le docteur Brault est nommé professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées.

M. le docteur Bruch est nommé professeur de clinique ophtalmologique.

M. le docteur Vincent est nommé professeur de clinique chirurgicale.

M. le docteur Curtillet est nommé professeur de clinique des maladies des enfants.

— *Caen.* — Le concours pour une place de chef de clinique médicale vient de se terminer par la nomination de M. le docteur P. Marais.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Guimbail (de Monaco) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Guerre. — Voici le tour de service colonial des officiers du corps de santé des troupes coloniales :

Médecins-majors de première classe. — MM. les docteurs Le Guen, Fortoul et Clavel.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. les docteurs Thomas, Dérobert, Lafaye de Michaux, Tréguier, Rigaud, Galbruner, Carmouze, Béréni, Mayolle, Legendre, Huot, Allain, Berthier, Gouzien, Lecomte, De Lavigne-Sainte-Suzanne, Branzon-Bourgogne, Lamy, Chabaneix, Vinas, Tédeschi, Ortholan, Brossier, De Biran, Hagen et Gandelin.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. les docteurs Perrot, Broquet, Ruelle, Pellan, Combier, Feray, Binard et Damian.

Le Congrès des anatomistes. — L'association des anatomistes a tenu cette année son VIe Congrès à Montpellier. Le premier et le deuxième avaient été tenus à Paris et le troisième, l'an passé, à Lyon.

Les congressistes, venus de divers points de l'Europe ou appartenant aux Facultés de médecine de France, sont arrivés à Montpellier dans la journée de dimanche.

Le soir, une réception leur était offerte à la Faculté de médecine. Ils y trouvaient M. le maire de Montpellier et deux de ses adjoints, MM. Mas et Aldebert, M. le doyen Mairet et les professeurs de la Faculté de médecine.

M. le docteur Pezet, maire de Montpellier, a souhaité la bienvenue aux congressistes, qui ne sont pas des étrangers dans une ville où la science médicale a toujours été si honorée. Après avoir rappelé que c'est à Rondelet, le professeur montpelliérain de Rabelais, qu'est due la construction du premier amphithéâtre d'anatomie, M. Pezet constate que des traditions si précieuses ont été gardées jalousement et continuées avec honneur jusqu'à aujourd'hui. Il décerne à ce propos les plus vifs éloges aux professeurs de la Faculté de médecine, associant à ces éloges les maîtres éminents venus du dehors pour prendre place à ces assises de la science. M. le maire termine son allocution en assurant les congressistes qu'ils trouveront le plus bienveillant accueil auprès de la population, qui suivra leurs travaux avec sympathie.

Voici exactement les noms des membres du Congrès :

De l'étranger : MM. Waldeyer (de Berlin), Von Bardeleben (d'Iéna), Keibel (de Fribourg-en-Brisau), Romiti (de Pise), Fusari, Bovero (de Turin), Ramon y Cajal (de Madrid), Swaen, Julin, Denis (de Liège), van der Stricht (de Gand), Bugnion (de Lausanne), Eternod (de Genève).

De Paris : MM. Henneguy, Retterer, Jolly, Branca, Regnault, Munch.

De Lyon : MM. Renaut, Regaud, Bonamour, Policard.

De Toulon : MM. F. Tourneux, Hermann, Roule, Soulié, Buy, J.-P. Tourneux.

De Nancy : MM. Nicolas, P. Bouin, Ancel, Weber, Sencert.

De Lille : MM. Laguesse, Jouvenel, Looten.

De Tours : M. Le Double.

De Marseille : MM. Jourdan, Stephan, Alezais.

De Montpellier : MM. Sabatier, Vialleton, Gilis, Hédon, Mouret, Soulier, de Rouville, E. Grynfelt, Riche, Fleury, Rouvière.

Le Congrès était présidé par M. le professeur Sabatier, doyen de la Faculté des sciences ; les vice-présidents étaient MM. les professeurs Vialleton, Gilis et Jourdan.

Prix contre la syphilis. — Le Congrès de l'humanité offre 1000 francs de prix et une médaille d'or à l'auteur du meilleur remède pour combattre et guérir la syphilis chez les malades atteints et leur descendance. Envoyer les mémoires à M. Vodoz, 36, boulevard du Temple, à Paris, avant le 20 décembre 1902.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

RECTIFICATION. Sur la remarque qui leur en a été faite, MM. Fournier, Bon et Cie, droguistes à Dijon, reconnaissent que la lettre à eux adressée par M. le docteur Contal (de Remoncourt), médecin consultant à Contrexéville, pour rendre compte de l'application d'une de leurs spécialités, devait et devra désormais conserver un caractère privé.

N° 39. — SAMEDI 5 AVRIL 1902 — 75e ANNÉE. — SAMEDI 5 AVRIL 1902. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Les arthropathies hémophiliques.

Par M. P. PIOLLET,
Interne des hôpitaux de Lyon.

La maladie, ordinairement familiale et héréditaire, qu'on désigne sous le nom d'hémophilie (Allemagne : *Bluterkrankheit*; Angleterre : *bleeder disease*, *hæmophilia*), est caractérisée par trois ordres de symptômes : des hémorragies externes, spontanées ou provoquées par des traumatismes insignifiants; des hémorragies interstitielles (ecchymoses, hématomes), enfin des troubles articulaires spéciaux dont la physionomie est assez caractéristique pour mériter une étude détaillée. Ce sont ces arthropathies des hémophiles que nous allons étudier.

I

Historique. — Ce n'est que depuis les dernières années du XVIIIe siècle que l'histoire de l'hémophilie est entrée dans une période scientifique. Pourtant la première mention de cette maladie se trouve dans un passage d'Abulcasis (ou Alsaharavi), médecin arabe mort à Cordoue en 1107, passage retrouvé par Testa, cité par Nasse, Grandidier, etc. Ces notions se perdent pendant plusieurs siècles; puis, on retrouve quelques observations incomplètes dans les œuvres d'Alexandre Benedictus (1539), de Fabrice de Hilden (vers 1600), de Phillippe Hœchstetter (1674). Jusque-là, aucune mention n'est faite des *arthropathies* : seules, les hémorragies incoercibles ont éveillé la curiosité des médecins : c'est dans un passage des *Commentaires* d'Heberden que sont décrits, pour la première fois, les symptômes articulaires (1).

(1) « In quodam puero sic affecto, simodo digitus leviter cuti imprimeretur, continuo sanguis ex vasis vicinis effundebatur, et sugillatio, tanquam in collisis, fiebat. Simul cum his maculis vidi *tumores in artubus inferioribus oriri* ejusdem coloris ac reliquæ cutis et sine dolore, nisi cum membrum moveretur. Hi tumores post 10 dies subsederunt, at notæ purpureæ paucos adhuc dies superfuerunt. Puerum quinquennum hujusmodi tumores et dolores pessime habuerunt... Et simul stercora lineis cruentis notabantur, urina quoque sanguine colorabatur. Dolore crura occupante, æger non poterat ingredi, et brevi post doloris accessum crura puncticusculis cruentis referta erant. Post intermissiones paucorum dierum tumores et notæ cruentæ reverti solebant. »

Enfin l'hémophilie est étudiée plus scientifiquement, et l'histoire complète de plusieurs familles d'hémophiles est publiée par Fordyce, en Angleterre (1784), par deux auteurs anonymes allemands dans les *Medicinischen Ephemeriden* en 1793, par Rave (1798) et par Otto en Amérique (1803). Dans le début du XIXe siècle, les médecins allemands (Nasse, Rieken), anglais (J. Osborne), américains (Hay, Hughes), apportent de nouveaux cas; tous ces auteurs signalent, plus ou moins nettement, les manifestations articulaires, mais c'est en 1837 que Lebert, s'appuyant sur les observations publiées avant lui, et sur un cas personnel, fit remarquer pour la première fois combien était fréquente la coïncidence de « douleurs rhumatismales » avec la diathèse hémorragique. L'année suivante, Du Bois (de Neufchâtel) signale également ces arthropathies, qu'il attribue à « un épanchement sanguin dans l'intérieur et autour de la capsule articulaire » ; enfin Tardieu, en 1841, les étudie complètement, à propos d'une très intéressante observation, et admet la même pathogénie.

Dès lors, aucun des nombreux auteurs qui étudient la diathèse hémorragique, ne manque de parler des manifestations articulaires, qui occupent une place importante dans les monographies : allemandes (Wachsmuth, Lange, Grandidier, Lemp, Otte, Fischer), anglaises (Wickham Legg, Thompson), françaises (Dequevauviller, Schnepf, Gavoy, Resal, Darblade, Castan, Simon), et dans les articles de traités ou de dictionnaires (Immermann, Lidell, Rochard, etc.). D'autre part, parmi les travaux spécialement consacrés à l'étude des manifestations articulaires chez les hémophiles, nous devons signaler surtout : un article de Constantin Paul, différenciant le rhumatisme hémorragique des arthrites des hémophiles et une observation intéressante publiée en 1871 par M. le professeur Poncet, alors interne de M. Horand, relatant l'histoire et l'autopsie d'un malade atteint d'hémorragies articulaires.

En 1891, Kœnig, dans une leçon remarquable, a fait une étude à peu près définitive de notre sujet. En 1895, Gayet et Meynet, à Lyon, Hirsch, Rosner, en Allemagne, mettent à nouveau la question au point. Plus près de nous, nous trouvons l'important travail de Litten, celui de Ligorio qui publie le premier cas connu d'hémophilie en Italie, enfin l'article de Sabrazès et Cabannes, qui inspirèrent la thèse de Thébaud, et où la *radiographie* fait son apparition. En 1899, Gocht publie plusieurs observations avec radiographies, et étudie soigneusement le traitement des déformations articulaires; nous-même avons observé, la même année, un cas

typique qui a été présenté à la Société de chirurgie de Lyon par notre maître, M. Nové-Josserand. Enfin les cas de Percy Kidd, de Hibbs, de Tilmann, et l'important article de Manteifel (de Saint-Pétersbourg), closent la liste trop longue des publications les plus intéressantes sur ce sujet, beaucoup moins bien connu, on le voit, en France qu'à l'étranger.

II

Etiologie. — L'étiologie des arthropathies hémophiliques ne peut être étudiée, sans connaître d'abord les lois générales qui régissent l'hémophilie elle-même. Deux grandes notions dominent l'histoire de cette maladie : la disposition géographique, et l'hérédité. La *disposition géographique* est des plus nettes : en ajoutant à la statistiqne d'Immermann les cas publiés depuis, nous arrivons à un total de 252 familles hémophiles, réparties elles-mêmes de la façon suivante : 106 en Allemagne, 58 en Angleterre, 31 en France, 25 dans l'Amérique du Nord, 12 en Russie, Pologne, Finlande, 9 en Suisse, 7 en Suède, Norwège, Danemark, 2 en Belgique et Hollande, enfin 1 à Sumatra et 1 en Italie. On voit donc qu'à part ces deux dernières, toutes les familles de Bluter sont originaires des pays du Nord, que les Anglo-Saxons sont les plus atteints, de beaucoup, fournissant plus de la moitié des cas : rien d'étonnant, par suite, à ce que la maladie ait été surtout étudiée en Allemagne et en Angleterre. En second lieu, l'hémophilie est une maladie *familiale et héréditaire*, frappant surtout les garçons, mais se transmettant par les femmes; il n'y a rien à changer aux lois de l'hérédité telles qu'elles ont été formulées par Grandidier : *une femme de famille hémophile, même si elle n'est pas atteinte de la maladie, la transmet à ses enfants*; *un homme de souche hémophilique ne transmet l'affection à ses descendants que s'il en est atteint lui-même*; l'hérédité peut sauter une génération. Aussi de nombreux auteurs rapportent-ils l'histoire de familles où l'hémophilie s'est transmise pendant plusieurs générations : chose remarquable, ces familles sont souvent très nombreuses, et la fécondité des femmes qui en sont issues est extraordinaire. Parmi les plus célèbres, il faut citer : les familles américaines : Appleton-Brown et Smith Shepard (dont l'histoire a été écrite par Hay et Otto), les familles allemandes : Mampel (5 générations : Mutzenbecher et Lossen), H... de Cassel (3 générations : Grandidier), les deux grandes familles suisses de Tenna (Vieli et Grandidier) qui peuplèrent la région d'hémophiles pendant 5 générations, la famille française suivie par Simon pendant 4 générations, etc. Dans les tableaux généalogiques de Litten, de Gocht, on peut suivre très clairement le mode de transmission de la maladie.

Cependant il existe des cas sporadiques indéniables, frappant des sujets indemnes de toute hérédité similaire. Sur 59 cas publiés depuis 1890, que nous avons réunis, nous trouvons en effet 6 malades qui appartiennent à des familles saines (af Forselles, Sabrazès et Cabannes, Rochet, Nové-Josserand, Combemale, Manteifel). Pour ces cas aucune tare héréditaire (syphilis, tuberculose, etc.) ne semble pouvoir être invoquée d'une façon constante. Presque toujours, d'ailleurs, l'hémophilie apparaît chez ces malades dès les premières années de la vie, semblant être même alors congénitale.

L'*étiologie des arthropathies* elles-mêmes est également dominée par une notion primordiale, celle du sexe : *c'est le sexe masculin qui est presque uniquement frappé*. Si, en effet, on trouve, dans les familles d'hémophiliques, quelques femmes qui présentent des manifestations de la diathèse (1 femme pour 13 hommes, d'après Grandidier), presque jamais ces manifestations ne sont des arthropathies, et nous n'en avons pour notre part trouvé qu'une observation (Combemale). Par contre, il n'est pour ainsi dire aucun garçon hémophilique qui, s'il dépasse les premières années de la vie, n'en soit atteint d'une manière plus ou moins intense.

L'*âge* auquel surviennent les manifestations articulaires est également toujours à peu près le même : c'est dans les quinze premières années de la vie que, sauf de rares exceptions, surviennent les premières atteintes : presque jamais dans la première année, rarement avant deux ans, très ordinairement entre quatre et dix ans.

Bien moins importantes sont les autres notions étiologiques relevées par les différents auteurs. Grandidier, et les Allemands en général, accusent le froid et l'humidité : c'est souvent en effet, au printemps et à l'automne que surviennent les poussées articulaires. Pourtant ce n'est pas absolu, et un malade d'Ollier (Meynet) souffrait surtout dans l'été, par les temps les plus chauds.

Enfin le traumatisme a été invoqué comme causant le début des accidents. Ce fait est vrai parfois; mais ordinairement, et c'est là une des caractéristiques de ces arthropathies, aucune cause occasionnelle n'intervient, la poussée articulaire survient brusquement, sans raison, souvent même alors que le malade est immobilisé au lit.

Cherchons maintenant à établir avec quelle fréquence les diverses articulations sont prises. Un fait saute aux yeux, dès qu'on lit quelques observations : c'est que le *genou* est atteint beaucoup plus souvent que toutes les autres jointures, et que les grandes articulations sont plus atteintes que les petites. Rarement, une seule jointure est touchée : alors, c'est un genou; presque toujours un grand nombre sont prises successivement. Sur 32 observations récentes, où les articulations atteintes sont indiquées en détail, nous avons trouvé les chiffres suivants :

Genoux	32 fois.
Coudes	16 —
Tibio-tarsiennes	12 —
Hanches	5 —
Epaules	5 —
Mains et doigts	4 —
Orteils	2 —

Sur ces 32 cas, 6 fois, un genou seul était pris, les autres articulations indemnes : c'étaient des enfants très jeunes; 2 fois toutes les articulations étaient plus ou moins malades.

Enfin, c'est par le genou également que débutent presque toujours les accidents : sur ces 32 cas, 2 fois seulement, la première atteinte frappa une autre articulation, la tibio-tarsienne.

III

Symptomatologie. — Nous étudierons d'abord la séméiologie des arthropathies elles-mêmes, puis nous résumerons en quelques mots les principaux signes de l'hémophilie, très importants à connaître pour établir le diagnostic, parfois difficile, de la maladie.

Kœnig a divisé l'étude des signes articulaires de l'hémophilie en trois périodes : première période, d'épanchement articulaire; deuxième période, d'arthrite chronique; troisième période, de déformations définitives. Cette division doit être absolument conservée.

Première période. — *Hémarthrose.* — C'est presque toujours, comme nous l'avons vu, chez un jeune garçon, au niveau d'une des articulations du genou, que la maladie a commencé. Brusquement, sans cause étiologique aucune, la jointure s'est tuméfiée, est devenue douloureuse, empêchant le petit malade de s'appuyer sur son membre, rendant même, le plus souvent, tout mouvement impossible. Si l'on peut examiner l'enfant à cette période, on constate que le genou est rempli par un abondant épanchement; la synoviale est tendue au maximum, tous les culs-de-sac sont pleins, le membre est dans la demi-flexion. Le choc rotulien ne peut ordinairement pas être senti, tant est grande la tension du liquide intra-articulaire; la palpation de la jointure est douloureuse, mais ne permet pas de localiser des points précis où la pression réveille une souffrance plus grande. Essaie-t-on de mobiliser l'articulation, on le pourra dans des limites peu étendues, non sans augmenter les douleurs dont se plaint le petit malade : si celui-ci est assez âgé, en effet, pour expliquer ses sensations, il se plaindra d'une souffrance continue, d'une impression de tension et de plénitude parfois peu intenses, mais le plus ordinairement très violentes, augmentant le soir, empêchant le sommeil et provoquant des gémissements pendant les premiers jours. Enfin, signe capital, si l'on pratique une ponction exploratrice, on retire du sang à peu près pur.

Les symptômes sont analogues, quelle que soit l'articulation prise, et se ramènent, en somme, à un épanchement sanguin intra-synovial, très abondant, très tendu, causant mécaniquement la douleur et l'immobilité.

Quelques autres signes accessoires doivent être mis en lumière; d'abord, il faut bien savoir qu'il n'y a pas, au niveau de la jointure touchée, de signes d'inflammation vraie; la peau est tendue, luisante, mais ni rouge, ni chaude, ni œdématiée. Assez souvent par contre, mais non constamment, on constate de l'empâtement des tissus péri-articulaires, comme si l'hémorragie s'était faite à l'intérieur et à l'extérieur de la synoviale; et, de fait, c'est dans ces cas que l'on observe, le lendemain ou le surlendemain, une ecchymose plus ou moins considérable aux environs de l'article. Parfois, mais plus rarement, de petites ecchymoses ponctuées se produisent sur le membre au début même de la poussée articulaire. Il est extrêmement rare qu'on perçoive de la crépitation sanguine. Enfin, plusieurs auteurs (Percy Kidd, Manteifel) signalent, pendant ces poussées aiguës, une certaine élévation de la température, atteignant le soir 38°5 ou 39 degrés, et due probablement à la résorption sanguine (Broca). D'autres sont muets sur ce symptôme; nous-même, chez le malade de M. Nové-Josserand, avons assisté à plusieurs attaques d'hémarthroses, sans que la température, très régulièrement prise, se soit élevée au-dessus de 37°9. Chez ce même malade, existait un symptôme que nous n'avons pas trouvé noté ailleurs, c'est une grande fréquence des mictions sans hématurie ni polyurie, pendant tout le temps que durait la période aiguë.

Cette durée est courte : les symptômes débutent très brusquement, brutalement même; l'hémarthrose atteint en quelques heures son maximum; la tension en reste la même pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures; puis, peu à peu, l'abondance de l'épanchement diminue, une franche fluctuation peut être sentie dans l'article, les douleurs disparaissent, et en huit ou quinze jours, l'articulation revient à peu près à son état normal.

Mais ce qui est tout à fait remarquable, c'est la répétition très fréquente, et le nombre considérable des poussées successives. Non seulement les différentes articulations sont prises, mais encore la même jointure subit, en peu d'années, une quantité presque incroyable d'atteintes. Le malade de Tardieu n'était pas entré moins de 31 fois en dix ans à l'hôpital Cochin, dont 12 fois au moins pour ses lésions articulaires. Un malade d'Ollier, dont l'observation est rapportée par Meynet, ne passa pas un mois, de dix à dix-huit ans, sans qu'une articulation ne fût prise. Gocht donne l'histoire d'un garçon qui, né en 1891, avait eu en 1899 environ 40 hémarthroses du genou droit, avec nombre d'autres ailleurs; celui de Manteifel eut en moins d'un an 50 poussées dans toutes ses articulations, etc.

Enfin, il arrive souvent que les premières atteintes laissent la jointure presque complètement saine, et que la fonction se rétablisse d'une façon parfaite. Mais pour cela, on ne peut pas poser de règles générales, car si certains malades ont pu avoir 20, 30 et même davantage de poussées aiguës sans grand dommage, d'autres, au contraire, sont arrivés à la deuxième période de la maladie après un petit nombre d'hémorragies articulaires.

Deuxième période. — *Arthrite.* — Cette seconde phase de la maladie est caractérisée par l'inflammation chronique des tissus articulaires. Sous l'influence des hémarthroses successives, les tissus fibreux péri-articulaires réagissent, la synoviale s'épaissit, devient rugueuse. En même temps, la résolution se fait mal entre les poussées, et constamment on trouve dans l'articulation une certaine quantité de liquide non résorbé. Enfin, les muscles voisins sont touchés, et les segments de membre sus et sous-jacents à l'article s'atrophient.

Au genou, en particulier, on constate une augmentation de volume de la région, avec disparition des creux et des saillies normales. Il y a un léger degré de choc rotulien, les culs-de-sac sous-tricipitaux sont épaissis, irréguliers, sans induration nette; il y a une atrophie considérable de la cuisse, souvent aussi de la jambe: on voit que les signes physiques rappellent absolument ceux de l'hydarthrose tuberculeuse, et Kœnig a particulièrement insisté sur ce point. Cependant, les signes fonctionnels sont bien moins marqués : outre que les douleurs spontanées sont à peu près nulles, il est impossible de déterminer des points nettement douloureux à la pression sur les extrémités osseuses. D'autre part, si le petit malade boite, il peut néanmoins s'appuyer sur son membre, et la mobilisation, qui doit être très prudente, peut être faite sans grande douleur. L'amplitude des mouvements provoqués et spontanés est diminuée : presque toujours, l'extension ne peut pas se faire au delà de 120 degrés, la flexion au delà de l'angle droit. Enfin, dans ces mouvements, on détermine dans la jointure des frottements, une sorte de crépitation rugueuse, plutôt que des craquements vrais, qui révèlent le dépoli de la synoviale.

Dans le cou-de-pied, dans les coudes, les symptômes sont les mêmes : il est facile de percevoir la présence d'une petite quantité de liquide, l'épaississement et le dépoli de la synoviale, avec des signes fonctionnels peu accusés.

C'est à la hanche et à l'épaule que l'examen est le plus difficile; tout se réduit, là, à de la limitation des mouvements avec quelques frottements, sans grandes douleurs : souvent aussi, il y aura de l'atrophie des muscles de la fesse ou de l'épaule.

Cette période d'arthrite chronique est coupée par de fréquentes poussées aiguës articulaires, avec tout leur cortège de douleur, d'épanchement intrasynovial, avec leur irrégularité d'apparition : après chacune de ces poussées, l'articulation reste un peu plus impotente, et bientôt on arrivera à la troisième période, de déformations définitives.

Cependant, il ne faudrait pas croire que toutes les jointures d'un hémophile soient fatalement vouées à une destruction lente : ordinairement, en effet, le malade aura des hémarthroses un peu partout, mais une ou deux de ses articulations seulement atteindront ou dépasseront la deuxième période, les autres resteront à peu près saines; et, comme nous le verrons en étudiant la marche générale de la maladie, il pourra quelquefois arriver, à un certain âge, à une guérison relative.

Troisième période. — *Déformations.* — C'est insensiblement que l'articulation passe de la période précédente à celle-ci. Peu à peu, le tissu fibreux prolifère, entourant la jointure d'une gaine toujours plus serrée, en même temps que l'atrophie musculaire progresse, et arrive à la rétraction des muscles péri-articulaires. Ainsi se produit une ankylose plus ou moins serrée, souvent en position vicieuse, amenant l'impotence du membre. C'est encore au genou que l'ankylose a été le plus souvent notée. Elle peut être complète, à tel point qu'on a pu croire à une ankylose osseuse : Linser fit cette erreur sur un petit malade qui fut radiographié plus tard par Gocht, et dont les surfaces articulaires étaient nettement séparées. Plus souvent, l'ankylose est incomplète, quelques mouvements très limités étant encore possibles : l'impotence en est plutôt augmentée. Quant à la position du membre, c'est ordinairement la demi-flexion (120 à 130 degrés); plus rarement on a noté du genu valgum avec subluxation du tibia sur le fémur (Gocht).

En seconde ligne, vient le coude, dont l'ankylose se fait ordinairement à angle droit, s'accompagnant d'une atrophie musculaire considérable, avec impotence du membre. Enfin, les autres jointures, plus rarement atteintes : hanche, épaule, cou-de-pied, et même les doigts (Lemp).

Dans l'examen direct de l'articulation ankylosée, ce qu'on observe le plus souvent, c'est un épaississement général de la synoviale et des tissus fibreux, donnant lieu à un empâtement dur et diffus de toute la jointure. Certains auteurs, Wickham Legg et Bowlby notamment, ont décrit des ostéophytes, des productions osseuses plus ou moins considérables, qui, pour eux, sont des causes puissantes d'ankylose : comme nous le verrons, l'anatomie pathologique, de même que la radiographie, montrent au contraire dans la plupart des cas un degré avancé d'atrophie osseuse, plutôt que de la réaction, et il semble probable que dans ces cas, où le contrôle anatomique a manqué, on ait eu affaire à des productions fibreuses exubérantes plutôt qu'à des ostéophytes vrais.

Avant de terminer ce qui a trait aux symptômes articulaires de l'hémophilie, nous devons signaler une *complication* très rare, qui fut observée par Manteifel : son malade, en effet, après plusieurs poussées sur le genou gauche, eut, à la suite d'une attaque nouvelle, un abcès articulaire qui s'ouvrit par deux orifices et laissa écouler du pus sanguinolent; après une assez longue suppuration l'ankylose survint. C'est le seul cas dans lequel nous ayons vu notée la suppuration : une infection quelconque est venue se localiser sur un lieu de moindre résistance.

Nous ne ferons qu'énumérer rapidement les autres symptômes de l'hémophilie, renvoyant le lecteur, pour une étude plus détaillée, aux monographies spéciales, en particulier à celles de Grandidier et de Litten. Ces symptômes sont des *hémorragies externes*, par la peau ou par les muqueuses, et des *hémorragies interstitielles*, ecchymoses et hématomes.

Disons d'abord que l'aspect extérieur des hémophiles n'est nullement caractéristique : ils peuvent être blonds, pâles, d'aspect chétif (forme torpide de Grandidier), ou au contraire grands, forts, congestifs (forme éréthique).

Les *hémorragies externes* sont spontanées ou traumatiques. Les *hémorragies spontanées* se font rarement par la peau ; on en a cité cependant des cas, notamment par les extrémités digitales, au pourtour des ongles (Chauffard), par le cuir chevelu. Elles sont au contraire très fréquentes par les muqueuses : avant tout, il faut citer les *épistaxis*, qu'on observe dans plus de la moitié des cas ; viennent ensuite, par ordre de fréquence, les hémorragies par la bouche et la langue, les melæna et les hématémèses, les hémoptysies, les hématuries, sur lesquelles ont paru récemment plusieurs études intéressantes (Sénator, Legueu, Broca, Klemperer, Grosglick), enfin, bien plus rarement, des hémorragies par les paupières, les caroncules lacrymales, le conduit auditif externe ; signalons aussi, chez la femme, les métrorragies.

Les *hémorragies traumatiques* sont accidentelles ou opératoires ; à leur sujet, Fordyce avait déjà remarqué avec justesse, que les plaies nettes et franches donnent lieu moins souvent à des hémorragies graves que les écorchures superficielles. Nous ne dirons rien des plaies accidentelles, sinon que maints hémophiles ont succombé aux suites de blessures insignifiantes, morsure de la langue, déchirure de la lèvre (Ligorio), blessure d'un doigt par une pierre, coup sur la tête, et même (Wachsmuth) déchirure de l'hymen pendant la nuit de noces. Parmi les hémorragies opératoires, citons d'abord les avulsions dentaires, qui, chez les hémophiles, donnent un écoulement sanguin toujours difficile à arrêter (Zeige, Manteifel), et parfois mortel (Grandidier). Ce sont ensuite : la circoncision, la section du frein de la langue, des piqûres de sangsues, la saignée, la vaccination, toutes opérations qui ont chacune à leur actif des cas de mort par hémorragie. Enfin nous aurons à revenir sur les cas de mort par arthrotomie (Kœnig, Sandelin) ou à la suite de pointes de feu (Poncet).

Dans tous ces cas, les hémorragies se font en nappe, non en jet, d'une façon continue, intarissable; souvent, quand la thérapeutique a pu les arrêter, elles reprennent peu d'heures après et ne cessent guère que quand le malade syncope ou meurt. Naturellement, les signes d'anémie aiguë : pâleur, vertiges, lipothymies, palpitations, etc., accompagnent toute perte abondante de sang.

Les hémorragies *interstitielles* sont, ou des ecchymoses, ou des hématomes. Les *ecchymoses* peuvent être absolument spontanées, sous la forme de pétéchies (Rieken) ou d'ecchymoses plus étendues (Gavoy) ; elles accompagnent souvent les autres manifestations de l'hémophilie, hémorragies et arthropathies. Les ecchymoses traumatiques manquent très rarement chez les hémophiles, causées par des chocs minimes, de légers froissements de la peau, le simple décubitus (Mutzenbecher).

Les *hématomes* se produisent soit dans le tissu cellulaire sous-cutané (Lemp), soit dans les gaines musculaires, celle

du psoas, en particulier (Gayet); ils surviennent brusquement, sans cause ou à la suite d'un coup ou d'un effort, produisent un gonflement douloureux, d'abord tendu, puis fluctuant, contiennent du sang noirâtre, semi-liquide, et mettent parfois plusieurs mois à se résorber, simulant un abcès froid. Ordinairement, ils se résolvent à la longue; quelquefois cependant leur volume est tel qu'ils causent la mort du malade (Mutzenbecher : hématome sous-cutané de tout le thorax, etc.).

Ces différents symptômes s'associent entre eux et avec les arthropathies, de façon à former divers types d'hémophilie.

La *forme grave* débute dans les premiers mois de la vie, se caractérise par des hémorragies fréquentes, spontanées et traumatiques, d'autant plus graves que l'enfant est plus jeune, par des ecchymoses, des hématomes, et souvent par des épanchements sanguins intra-articulaires; il est rare que l'enfant, faible et débile, dépasse six ou sept ans; souvent il est emporté avant la deuxième année par des pertes de sang abondantes.

Dans la *forme moyenne*, la plus fréquente, on trouve dans les premières années des épistaxis, des ecchymoses ou des hémorragies traumatiques plus ou moins fréquentes et durables : l'enfant y résiste; vers quatre ou cinq ans, les arthropathies se développent; souvent alors les autres écoulements sanguins diminuent progressivement, ou tout au moins deviennent moins fréquents. Parfois, une attaque d'arthropathies est précédée, annoncée en quelque sorte, par des épistaxis, des hématuries, etc., dont le cours s'arrête quand l'articulation est prise. Ces sujets, plus souvent du sexe masculin, sont, dans près de la moitié des cas, emportés avant leur vingtième année par des phénomènes hémorragiques, mais s'ils dépassent l'adolescence, très souvent la disposition hémorragique s'atténue, finit par disparaître, et ils n'ont plus que les reliquats de leur affection, notamment les arthropathies à la troisième période.

Enfin une *forme bénigne* existe, plus rare, et signalée surtout chez les femmes, forme dans laquelle on ne trouve guère que quelques hémorragies profuses par faible traumatisme, des ecchymoses, des accidents parfois graves lors des règles ou de l'accouchement. Si une cause accidentelle n'intervient pas, la survie peut être très longue : dans ces cas, on n'observe guère de phénomènes articulaires : tout au plus signale-t-on quelques douleurs dans les jointures.

Il est difficile d'apprécier d'une façon très exacte la *fréquence* relative de ces diverses formes. D'après les études de Grandidier, de Litten, et les observations que nous avons compulsées, il nous semble qu'un tiers environ des cas d'hémophilie *familiale* peuvent se ranger dans la première catégorie; que presque tous les cas d'hémophilie non héréditaire, et près de la moitié des autres rentrent dans la forme moyenne, la plus habituelle; enfin, que la forme légère comprend surtout les femmes et accessoirement quelques hommes, descendants de familles hémophiles, les accidents étant mis sur le compte de cette diathèse, surtout à cause des antécédents familiaux.

Au point de vue spécial des arthropathies, on ne les trouve pas constamment dans la forme grave, car souvent l'enfant est emporté avant qu'elles ne commencent; c'est dans la *forme moyenne* qu'on les rencontre, présentant leurs différentes modalités au complet, et ne manquant presque jamais; enfin, elles ne sont pour ainsi dire pas observées dans la forme bénigne.

V

Anatomie pathologique. — Les documents anatomo-pathologiques sur les arthropathies des hémophiles sont peu nombreux : ils se réduisent aux autopsies de Virchow (Lemp), de Poncet, de Kœnig, de Sandelin, de Tilmann; l'arthrotomie, faite par Ligorio, et les radiographies de Sabrazès et Cabannes, de Gocht, de Manteifel, nous donnent quelques nouveaux renseignements.

Au premier degré, on a affaire à une hémarthrose : Kœnig, dans 3 cas, retira, par ponction de l'articulation, du sang noirâtre, sur lequel surnageaient quelques gouttes de graisse; Poncet trouva dans le genou gauche de son sujet une véritable hémorragie intra-articulaire. Les ligaments étaient distendus, la synoviale injectée, hyperhémiée, et recouverte, par places, de traînées rouges, véritables caillots cruoriques.

Plus tard, le sang épanché dans l'articulation se coagule (Poncet) : la partie fibrineuse se dépose sur la synoviale, principalement dans les culs-de-sac, le sérum plus ou moins teinté reste au centre. M. Poncet décrit parfaitement ces lésions dans le genou droit de son sujet : teinte rouge de toutes les parties limitant la cavité articulaire, exsudat jaune serin, chocolat sur les replis synoviaux et au pourtour de la rotule, épaississement du tissu fibreux péri-articulaire, éraillures du cartilage articulaire. Le contenu de l'articulation est de la sérosité plus ou moins brunâtre, dans laquelle nagent parfois des flocons fibrineux. Ce sont les lésions du second degré; elles peuvent, s'il n'y a pas de nouvelle hémorragie, se réduire à l'imbibition de la synoviale par l'hémoglobine dissoute, à un dépôt fibrineux peu abondant dans les culs-de-sac. Au contraire, s'il y a eu de nombreuses poussées, on trouve une synoviale épaissie, résistante, recouverte sur sa face interne d'une couche fibrineuse brune, dans laquelle elle envoie des houppes vasculaires. Enfin les cartilages se détachent par endroits, formant de petites franges qui flottent plus ou moins dans la jointure.

Dans un cas, unique jusqu'à présent, Tilmann trouva, en ouvrant le genou, de nombreux corps étrangers articulaires libres.

Notons qu'il n'y a pas de lésions osseuses; et en effet, la radiographie, à cette période, montre seulement un peu de diminution de l'espace interosseux, avec parfois (Sabrazès et Cabannes) une opacité produite par l'épaississement de la synoviale.

A la période de déformation, les lésions sont plus sérieuses. Là encore (Sandelin), on retrouve cette pigmentation hématique sur toutes les parties molles articulaires; mais les cartilages sont détruits en grande partie; la capsule est très épaisse, indurée; la cavité articulaire est comblée par des dépôts fibrineux plus ou moins adhérents; enfin il existe une atrophie marquée des extrémités osseuses. La radiographie (Gocht) montre des os poreux, moins volumineux que normalement, séparés par un espace clair minime; Gocht signale aussi une certaine altération des cartilages de conjugaison voisins qui, au lieu de leur forme régulière normale, présentent des irrégularités, des dentelures. Pourtant on n'a pas noté de troubles d'accroissement. Enfin, il existe des déformations articulaires caractérisées par un déplacement des extrémités osseuses l'une par rapport à l'autre, simple position vicieuse, en flexion ou en extension, ou même subluxation plus ou moins complète. L'ankylose, toujours fibreuse, est produite par la capsule épaissie et

rétractée, et par les muscles péri-articulaires atrophiés, raccourcis, frappés de dégénérescence fibreuse.

En somme, les lésions caractéristiques sont : l'imprégnation de la synoviale par du pigment sanguin, rouge au début, brunâtre ensuite, l'épaississement de la capsule, une destruction plus ou moins complète du cartilage articulaire et un certain degré d'atrophie des extrémités osseuses.

VI

Pathogénie. — En présence de semblables lésions, la pathogénie n'est guère douteuse : c'est à *des hémorragies intra-articulaires* successives que sont dues les arthropathies des hémophiles. Et si l'on se rappelle combien lentement et difficilement revient à l'état normal une articulation traumatisée, on comprendra sans peine qu'à la suite d'hémarthroses à répétition, auxquelles vient s'ajouter l'irritation motrice de la jointure dont le malade continue à se servir, une réaction se produise peu à peu dans les parties molles péri-articulaires, sorte d'arthrite chronique aseptique, qui aboutit à la destruction fonctionnelle de l'article. Cette interprétation est actuellement admise par tous les auteurs (Meynet, Bowlby, Gocht, Manteifel, etc.) ; c'était déjà à elle que s'étaient ralliés Du Bois et Tardieu, dès les premières descriptions de la maladie : et si quelques discussions se sont élevées, c'est sur le siège exact de l'hémorragie, dans la capsule articulaire, pour la plupart, autour d'elle, dans les parties molles, pour quelques-uns (Schnepf). Il semble bien que ce soit dans la capsule elle-même que se fait ordinairement l'épanchement ; s'il est très abondant, il peut se répandre aussi dans les parties voisines, ainsi que le démontrent les ecchymoses cutanées qu'on observe parfois.

Quant à l'origine du sang, si l'on peut la trouver, lors d'une hémarthrose traumatique, dans une fissure osseuse ou une déchirure ligamenteuse, on ne doit la chercher ici, que dans la synoviale elle-même ; il faut admettre, au moins dans la première attaque qui frappe une articulation, une hémorragie en nappe de la séreuse, se produisant sous une influence inconnue. Plus tard, les parois de l'articulation réagissent, et rien d'étonnant, dès lors, que cette capsule, épaissie, enflammée, très vascularisée, ne soit la source de fréquents épanchements sanguins, comme la vaginale dans l'hématocèle. Enfin, à la dernière période, l'articulation a subi une telle hyperplasie des tissus fibreux, sa cavité a été si bien comblée par des produits fibrineux plus ou moins organisés, que l'on peut se demander, avec Gocht, si les lésions anatomiques n'arrivent pas à diminuer le nombre des hémorragies, et même à en supprimer la possibilité.

Pour ce qui est de la cause de l'hémorragie elle-même, nous arrivons, en la cherchant, au problème pathogénique de l'hémophilie : nous ne pouvons ici qu'énoncer brièvement les diverses théories émises à ce sujet. Et d'abord Verneuil a nié l'hémophilie : on aurait rangé sous ce nom une quantité d'états pathologiques variés, brightisme, diabète, alcoolisme, saturnisme, etc., qui disposent aux hémorragies. Que cela soit vrai pour un certain nombre d'observations, le fait est certain : c'est ainsi, par exemple, que Laveran, en 1857, a publié, sous le nom d'hémophilie, un cas de leucocythémie avec splénomégalie. Mais si l'on parcourt quelques-unes des observations de familles, dont nous avons déjà parlé, et qu'on remarque combien d'enfants sont frappés, on est convaincu que l'hémophilie existe, et est une maladie redoutable. Ceci étant dit, on peut ranger les théories pathogéniques qui ont été émises sur l'hémophilie, en trois groupes : *altérations du sang*, *troubles du côté des vaisseaux*, *maladie infectieuse générale*.

Nasse et Meckel les premiers incriminèrent un *vice de composition du sang*, qui serait plus fluide, moins coagulable ; de nombreux auteurs après eux, et même récemment, ont signalé la lenteur avec laquelle se coagule le sang des hémophiles (Tardieu, Gavoy, Sabrazés et Cabannes, Percy Kidd). Enfin Hayem avait accusé une modification dans la composition chimique du sang. Or, de très nombreuses analyses ont été faites (Wachsmuth, Heyland, Gavoy, Résal, Sabrazès et Cabannes, Nové-Josserand, etc.), et ont démontré que chez les hémophiles, la composition du sang, ainsi que sa teneur en globules rouges, s'éloignent peu de la normale, quand le sujet n'a pas été anémié par de trop abondantes pertes de sang ; et que les variations, inconstantes, qu'on y peut rencontrer, sont le résultat, plutôt que la cause, des hémorragies.

Les *troubles vasculaires* qui ont été mis en avant sont de deux ordres : lésions organiques ou troubles fonctionnels. *Les lésions organiques* sont : une anomalie congénitale des petits vaisseaux et des capillaires (Résal), trop friables, ne résistant pas à la pression sanguine (Wachsmuth), ou laissant passer (Grandidier) les éléments du sang à travers des fentes de leurs parois (Wickham Legg admet que les capillaires restent à l'état fœtal, et ne deviennent adultes que dans le courant de la vie du sujet). Ou bien, une étroitesse congénitale de l'aorte (Virchow), et même de tout le système circulatoire (Cohen) amenant une disproportion entre sa capacité et la masse sanguine (Immermann, Œrtel).

Les *troubles fonctionnels* qui ont été invoqués sont, surtout, des *troubles d'origine nerveuse* : vice de l'innervation vasomotrice, sorte de névrose de ce système ; soutenue d'abord par les auteurs anglais (Cochrane, Tamme Beth), cette théorie a été adoptée, depuis, par bien d'autres (Otte, Reinert, Lapeyre [in Grenaudier], Recklinghausen, Allan Hamilton). Enfin, beaucoup d'auteurs admettent des théories mixtes, incriminant le sang, l'état anatomique des vaisseaux et leur innervation suivant les cas (Grandidier).

Quant aux *théories toxi-infectieuses*, elles sont également multiples : les unes considérant l'hémophilie ou ses manifestations comme une forme anormale d'une autre entité morbide, goutte ou arthritisme (Nasse, Rieken, Potain, Homolle), rhumatisme (Simon) ; les autres en faisant une infection spéciale, sorte de purpura avec pseudo-rhumatisme infectieux (Fournier, Cadet de Gassicourt, W. Koch).

VII

Diagnostic. — Suivant les circonstances dans lesquelles le malade se présente, le diagnostic des arthropathies hémophiliques peut être très facile ou très difficile.

I. Si, en effet, le sujet est connu du médecin comme étant nettement hémophile, ou tout au moins comme appartenant à une famille hémophilique, l'attention sera attirée sur ce point et le diagnostic se fera aisément.

II. Dans d'autres cas, les anamnestiques manquant, le sujet se présentera avec des arthropathies accompagnées de quelques symptômes hémorragiques (ecchymoses, épistaxis, etc.). Déjà le diagnostic devient plus épineux, car on devra éliminer les infections hémorragipares avec arthrites.

Le *scorbut* s'éliminera facilement ; outre qu'il frappe des adultes placés dans des conditions étiologiques spéciales (froid, misère, privation d'aliments frais), l'anxiété respiratoire, le piqueté scorbutique des membres inférieurs, les

œdèmes, et surtout l'état spécial de la bouche, avec les gencives tuméfiées et saignantes, la salive brunâtre et fétide, les dents branlantes, la mastication impossible, distingueront nettement des arthropathies des hémophiles les douleurs articulaires du scorbut, ainsi que les épanchements (hydarthroses, hémarthroses) qu'on observe souvent, mais qui ne sont qu'un épiphénomène au cours de cette grave maladie.

Plus difficile à distinguer sera le *pseudo-rhumatisme infectieux avec purpura* qui peut s'observer isolément (purpura rhumatoïde), ou plus fréquemment au décours d'une pyrexie, rougeole (C. Paul), scarlatine, diphtérie, etc. Quoique la notion étiologique soit là fort importante, le diagnostic peut être cependant égaré par la présence de sang dans les articulations atteintes : on se basera surtout sur les phénomènes généraux d'infection, sur l'envahissement simultané de plusieurs articulations, enfin sur l'absence de poussées ultérieures.

La *maladie de Barlow* (rachitisme hémorragique ou scorbut infantile) peut encore tromper par ses allures brusques, par la production rapide de tuméfactions épiphysaires, hématomes sous-périostés, avec douleur et impotence; mais elle se rencontre entre quatre et dix-huit mois, c'est-à-dire plus tôt que les arthropathies hémophiliques; elle a une allure infectieuse, l'enfant a déjà du rachitisme costal ou cranien ; on observe de la gingivite hémorragique, enfin, et surtout, ce n'est pas sur l'articulation, mais sur l'extrémité osseuse voisine que portent les lésions.

III. Enfin, quand l'arthropathie se présentera isolée, qu'il n'y aura au même moment aucune manifestation hémorragique, l'attention ne sera pas attirée de ce côté, et, généralement, ce n'est qu'après un certain temps que le diagnostic sera fait; les affections auxquelles on pourra penser en pareil cas diffèrent suivant que le petit malade se présentera à la première période, ou au contraire, plus tardivement, avec une arthrite constituée.

1° A la première période, en présence d'un épanchement articulaire ayant débuté brusquement, remplissant l'articulation au maximum, produisant douleur et impotence, mais peu ou pas de réaction générale, on croira à une *hémarthrose traumatique*, par entorse, surtout du genou (Segond, Broca), pour peu que la notion de trauma puisse être admise ; ce n'est guère que l'évolution ultérieure qui pourra faire réformer ce diagnostic, que la ponction articulaire confirmerait encore. S'il n'y a eu aucun traumatisme, on pourra songer au *rhumatisme articulaire aigu franc*, quoique les signes généraux d'une part, l'examen de l'articulation d'autre part, ne permettent guère la confusion ; alors même en effet qu'on ne trouvera pas trace d'une endocardite, si fréquente chez les enfants, la fièvre, les sueurs, la pâleur générale, avec laquelle tranche la couleur rosée de la jointure malade, les douleurs exquises que la moindre pression, le moindre mouvement réveille dans cette articulation, enfin le peu d'abondance de l'épanchement intrasynovial sont tout à fait différents de l'hémorragie intra-articulaire des hémophiles. Il en est de même de l'*arthrite blennorragique;* elle est d'ailleurs rare chez l'enfant, quoique existant cependant (Marfan) à la suite d'ophtalmie, de vulvite; elle donne une hydarthrose faible, avec des douleurs intenses.

Les *arthropathies nerveuses*, indolores, ne se rencontrent guère que chez les vieux ; l'*hémarthrose symptomatique d'un néoplasme osseux* (Mauclaire) est une rareté. Enfin l'*ostéomyélite aiguë* s'accompagne d'un syndrome à grand fracas qui ne peut pas permettre la confusion.

Néanmoins, la nature hémophilique d'un épanchement sanguin intra-articulaire ne sera ordinairement reconnue que plus tard, quand le clinicien aura vu se produire une nouvelle poussée dans la même articulation ou dans une autre, ou aura assisté à une de ces hémorragies auxquelles la thérapeutique est impuissante à remédier.

2° En présence d'une arthropathie constituée, il en sera presque toujours de même, et le diagnostic restera fréquemment en suspens. On peut, en effet, songer à du *rhumatisme chronique* de forme anormale, se rapprochant du rhumatisme fibreux par sa tendance ankylosante, s'en éloignant en ce qu'il atteint les grandes articulations plutôt que les petites, en ce qu'on l'observe chez des jeunes.

Dans d'autres cas, c'est à des *arthropathies syphilitiques* qu'on pensera, soit qu'il y ait des antécédents douteux, soit que la synoviale paraisse épaissie et indurée par plaques (cas de Luton); cependant l'absence d'autres lésions tertiaires, en particulier de gommes osseuses, et le traitement-épreuve pourront faire rejeter cette hypothèse. Chez les tout jeunes enfants, on devra songer à la pseudo-paralysie infantile de Parrot, par syphilis osseuse héréditaire. Enfin, et surtout, c'est la *tuberculose articulaire* qui est simulée le plus parfaitement par les arthropathies des hémophiles : un épanchement articulaire tenace, avec des poussées de temps en temps, sans grande douleur, sans grande réaction générale, mais avec une certaine impotence du membre, avec atrophie des muscles correspondants, n'est-ce pas le tableau presque complet de l'hydrops tuberculosus? D'autres fois, ce sera l'empâtement produit par les reliquats fibrineux des hémarthroses antérieures, qui simulera la tumeur blanche avec ses fongosités. Ce diagnostic doit être étudié avec soin, car la gravité de toute intervention sur un hémophile peut rendre l'erreur fatale au malade. Dans un cas, Kœnig put démontrer nettement qu'il ne s'agissait pas de tuberculose : chez un enfant hémophile et tuberculeux, l'injection de lymphe de Koch produisit une réaction intense d'un lupus et d'une épididymite, alors que le genou gauche, qui était le siège d'un épanchement hémorragique, ne réagit absolument pas. Sans employer un moyen aussi dangereux, on peut cependant s'approcher du diagnostic. En effet, dans des cas analogues, on sera frappé, pour peu qu'on suive l'évolution de la maladie, de l'*allure anormale* de l'arthrite supposée bacillaire : outre que plusieurs articulations sont prises, les poussées sont violentes, brusques, s'accompagnent d'un épanchement très tendu, qui, ponctionné, est hématique ; d'autre part, il n'y a pas de points osseux douloureux à la pression; les mouvements, la marche sont possibles avec des lésions plus avancées que dans une tumeur blanche ordinaire. La radiographie donne des indications précieuses : pas de lésion osseuse grave, dans l'arthropathie des hémophiles, un os seulement un peu poreux, un peu atrophié ; dans la tuberculose, au contraire, et surtout dans les formes hémorragiques (Lejars), on trouve des tubercules osseux, de la carie, reconnaissables sur l'image radiographique. En somme, il y a tout un ensemble de nuances, qui souvent ne permettent pas de rejeter le diagnostic d'arthrite tuberculeuse porté au début, mais qui tout au moins font hésiter, forcent le chirurgien à attendre, et laissent ainsi ordinairement à l'hémophilie le temps de se signaler nettement.

En résumé, le diagnostic d'arthropathie hémophilique,

diagnostic d'exception, ne pourra être affirmé qu'après élimination de la plupart des lésions articulaires, et à la lumière d'autres symptômes hémophiliques.

VIII

Pronostic. — Le pronostic de l'hémophilie en général est très sombre, puisque, d'après Litten, 60 p. 100 des hémophiles meurent avant huit ans, et 11 p. 100 seulement dépassent vingt-deux ans; il semble toutefois que, chez les malades qui présentent des arthropathies, la gravité soit un peu moindre. En effet, nous l'avons vu, beaucoup d'enfants meurent d'hémorragie en très bas âge, avant d'avoir des lésions articulaires; celles ci ne débutent guère avant trois ou quatre ans, souvent plus tard, et, plus l'hémophile avance en âge, moins il court de risques au point de vue vital, comme l'a bien montré Grandidier, qui cite des exemples d'hémophiles arrivés à soixante-cinq, soixante-dix et même quatre-vingt-dix ans. L'*âge du sujet*, et l'*allure générale de la maladie* sont donc des éléments très importants de pronostic : si l'enfant est jeune, débile, a des épistaxis, des melæna, des hématuries depuis ses premières années, on peut affirmer qu'il sera emporté, avant d'atteindre vingt ans, par une hémorragie, ou par une maladie intercurrente, tuberculose ou pyrexie quelconque. Si, au contraire, le malade a atteint ou dépassé la puberté, ne présente que des ecchymoses, a eu quelques hémorragies traumatiques, il y a lieu d'espérer qu'il arrivera à l'âge adulte.

Au point de vue fonctionnel, que deviennent les articulations atteintes? Il est démontré que les hémorragies articulaires, comme les autres manifestations hémophiliques, cessent peu à peu chez l'adulte : si donc l'hémophile dépasse vingt-cinq ou trente ans, il ne lui restera plus que les reliquats de ses arthropathies. Ce seront, dans les articulations qui ne sont pas arrivées au troisième degré de Kœnig, de la limitation des mouvements, quelques frottements, compatibles en somme avec un assez bon fonctionnement de la jointure; mais quand les lésions auront été graves, il reste une véritable infirmité, ankylose, déformation parfois irréparable. Et si le dommage est déjà grand, quand une ou deux des grandes articulations sont ainsi prises, on comprend à quel triste état est réduit le patient lorsque plusieurs articulations, ou presque toutes (Forselles), sont gravement lésées.

Le pronostic vital et le pronostic fonctionnel sont donc également défavorables, et, comme nous allons le voir, à peine amendés par la thérapeutique.

IX

Traitement. — Avant tout, le traitement des arthropathies hémophiliques comporte une indication négative : *il ne faut pas opérer*. Sur cinq interventions pratiquées dans ces conditions, quatre ont été suivies de mort rapide; Kœnig fit une arthrotomie et une résection du genou; les deux malades moururent, l'un en trois jours, l'autre en dix, d'hémorragies par la plaie; il en fut de même de deux autres arthrotomisés, l'un par Sandelin, l'autre par Tilmann. Ligorio, après une arthrotomie du genou, réussit à grand'peine à sauver la vie de l'enfant, qui fit plusieurs hémorragies graves. Des interventions plus simples ont présenté la même gravité : le malade dont l'observation a été rapportée par M. Poncet mourut d'anémie aiguë à la suite d'une série d'hémorragies venues des pointes de feu faites sur le genou; dans tous ces cas, on avait cru à des arthrites tuberculeuses, ce qui montre à quel point il importe d'établir un diagnostic exact. Cependant, nous devons dire que la ponction articulaire, pratiquée par Kœnig dans trois cas, n'a pas amené d'accidents : aussi aurons-nous à discuter l'opportunité de cette intervention.

Ces principes posés, le traitement variera dans la période d'épanchements articulaires, période aiguë, et dans celle des déformations, période chronique.

Aux hémarthroses, on n'a guère à opposer qu'une immobilisation soigneuse, dans une gouttière bien garnie, mettant le membre malade dans la position la moins douloureuse (la demi-flexion le plus souvent), une compression modérée par des bandes de toile, enfin l'application *loco dolenti* de sacs de glace, que nous avons vue, dans un cas, amener un soulagement rapide. On peut être conduit, quand le patient souffre beaucoup, à administrer des calmants généraux ou locaux (morphine, bromure, chloral, liniments chloroformés ou belladonnés, etc.). Mais c'est l'immobilisation et la compression modérée qui calment le mieux ces douleurs des premiers jours, pendant lesquels il faudra se garder d'aucune manœuvre pouvant traumatiser l'articulation.

Une fois l'épanchement articulaire constitué, alors que la tension de la synoviale commence à diminuer, doit-on, par une ponction, évacuer le sang, pour obtenir une plus rapide guérison? On sait que Delbet (voir Decuyper) a beaucoup recommandé cette intervention pour les hémarthroses traumatiques, dont elle abrège sensiblement la durée : et comme, d'autre part, on a pu impunément, chez les hémophiles, vider par la ponction soit des épanchements articulaires (Kœnig), soit des hématomes sous-cutanés (Rochet) ou profonds (Manteifel), il semble bien que ce moyen puisse être employé. Nous doutons cependant de son opportunité dans le cas particulier; en effet, outre que la presque certitude de nombreuses poussées ultérieures est bien faite pour décourager toute tentative de traitement actif, on risque de voir se produire un nouvel épanchement sanguin intra-articulaire, ou même une hémorragie par l'orifice de ponction. Et quand on voit, comme dans le cas de Percy Kidd, une hémorragie difficile à arrêter suivre une simple piqûre du doigt faite pour examiner le sang, on est bien tenté de renoncer délibérément, chez les hémophiles, à tout acte opératoire, si minime soit-il. Quant au massage, si l'atrophie musculaire semble l'indiquer, la fragilité des tissus des hémophiles le fait absolument rejeter : des ecchymoses apparaissent dans les régions massées, et l'on est vite obligé de cesser le traitement. En général, après l'immobilisation complète des premiers jours, on se contentera donc de maintenir un bandage compressif sur l'articulation, veillant à ce que les mouvements reviennent peu à peu, ce qui se produira presque toujours spontanément, étant donnée l'indolence de l'arthropathie.

Plus tard, dans le cours de nouvelles poussées, le traitement restera le même, se gardant de toute manœuvre de force, de toute révulsion, même légère, qui ne pourrait que produire de nouvelles hémorragies dans les articulations malades.

Quand enfin la jointure tendra à s'ankyloser, qu'on aura affaire à des *déformations graves*, déjà installées, la conduite à tenir sera des plus délicates. D'une façon générale, tant que le sujet n'aura pas dépassé l'âge des hémorragies, tant que la maladie sera dans sa période active et présentera des manifestations multiples, il ne faudra pas intervenir :

toute ankylose en position relativement favorable sera respectée. Ce ne sera que dans les cas de position vicieuse, rendant intolérable l'existence du patient, qu'on devra pratiquer le redressement. Il ne faut évidemment pas s'adresser alors au redressement brusque sous anesthésie, qui produirait d'énormes hématomes, mais au *redressement lent* par des appareils à action continue analogues à ceux qui furent employés avec succès par Gocht et Manteifel : une gouttière de cuisse et une gouttière de jambe sont réunies soit par un ressort antérieur, soit par une tige rigide postérieure ; sur celle-ci et sur le genou s'enroule une bande de caoutchouc modérément serrée. Là, plus que partout ailleurs, on se rappellera qu'il vaut mieux exercer une traction modérée, mais ininterrompue, qu'une traction plus forte, mais intermittente.

Quand le malade aura dépassé la trentaine, et que les hémorragies auront cessé depuis longtemps, on pourra essayer, par une mobilisation prudente, de rendre à l'articulation une partie de ses mouvements, mais il faut être bien prévenu que souvent, à la suite de ces manœuvres, se produiront des hématomes qui en empêcheront la continuation (Manteifel).

Nous ne nous occuperons pas ici du traitement des autres hémorragies, auxquelles tous les moyens hémostatiques ont été appliqués, avec un succès médiocre, signalant pourtant en passant les injections sous-cutanées de cocaïne dont l'action vaso-constrictive a été heureusement appliquée par Zeige Manteufel à une hémorragie dentaire.

Pour ce qui est du traitement général, nous ne parlerons pas davantage des moyens à employer contre l'anémie aiguë qui suit les hémorragies. Nous dirons seulement quelques mots des différents traitements préconisés contre l'hémophilie elle-même. Pour diminuer la tension sanguine, on a conseillé les purgatifs, et en particulier le *sulfate de soude*, qui, recommandé par les Américains et les Anglais, fut considéré par certains auteurs comme spécifique de l'hémophilie (Vieli, Wachsmuth). Les vaso-constricteurs, tels que perchlorure de fer, ergotine, les astringents, tanin, ratanhia, strychnine, ont été donnés également ; d'autres ont préconisé la digitale. Le fer, sous toutes ses formes, l'arsenic, sont conseillés par un très grand nombre d'auteurs et semblent agir assez heureusement. Pour augmenter la coagulabilité du sang, on a donné du chlorure de calcium ; enfin Delace et Royds Jones préconisent la thyroïdine, Gründbaum et Mackenzie-Leytenstone l'extrait de capsules surrénales, qui leur auraient donné de bons résultats. A toutes ces médications, il faut ajouter les cures thermales : les bains de mer, les bains salins sont conseillés en général ; pour les arthropathies, en particulier, les stations thermales à eaux très chaudes semblent agir assez efficacement.

Bibliographie. — ABULKASIS. *Liber theoreticæ nec non practicæ*, trad. latine de Paul Ricius, Augsbourg 1519 (cité par Grandidier). — A. BENEDICTUS. *De omnium a vertice ad plantam morborum signis, etc.* Padoue 1539 (cité par Grandidier). — BOKELMANN. *Hémophilie*, Th. de Göttingen, 1881. — BORDMANN. *Hémophilie*, Th. de Strasbourg, 1851. — BOWLBY. *Bartholom. hosp. Rep.*, 1890, et *Revue de Hayem*, 1891, p. 577. — BROCA. Hémarthrose du genou chez l'enfant, *Presse méd.*, 1894, p. 397 ; — Hémophilie rénale. *Ann. des mal. des org. génit.-urin.*, 1894, p. 881. — BROOK. Traitement de l'hémophilie, *Brit. med. Journ.*, 1901, t. I, p. 957. — CADET DE GASSICOURT. *France méd.*, 1876. — CASTAN. Hémophilie, *Montpellier méd.*, 1869. — CHAUFFARD. Hémophilie avec symptômes télangiectasiques, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1896, p. 357. — COCHRANE. *Lancet*, 1842, p. 147. — COHEN. *Zeits. für klin. Med.*, 1890. — COMBEMALE. Sur l'hémophilie, *Echo méd. du Nord*, Lille 1897. — COMBY. Hémophilie chez une fillette de onze mois, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1896, p. 559. — CRAMER. Observations d'hémophilie héréditaire, *Gaz. méd. de Paris*, 1836, p. 599. — DARBLADE. *De l'hémophilie*, Th. de Paris, 1863. — DECUYPER. *De l'hémarthrose et de son traitement par la ponction*, Th. de Paris, 1894. — DELMAS. Hémophilie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1868, p. 455. — DEQUEVAUVILLER. *De la disposition aux hémorragees*, Th. de Paris, 1844. — DU BOIS. Hémorrhaphilie, *Gaz. méd. de Paris*, 1838, p. 43. — FABRICE DE HILDEN (cité par Dequevauviller). — FISCHER. *Zur Kenntniss der Hœmophilia*, Th. de Munich, 1889. — FLEURY. Observation d'hémophilie, etc., *Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Bordeaux*, 1866, p. 311. — FORDYCE. *Fragmenta chirurgica*, Londres, 1784. — AF. FORSELLES. *Centralbl. f. Chir.*, 1896, p. 19. — FOURNIER. A propos d'une observation de purpura hémorragique, *Gaz. des hôpit.*, 1851, p. 493. — GAVOY. *Hémophylie*, Th. de Strasbourg, 1861. — GAYET. Arthropathies et hématomes diffus chez les hémophiles, *Gaz. hebd.*, 1895, p. 258. — GOCHT. Arthrop. bei hemophilen, *Arch. f. klin. Chir.*, t. LIX, 1899, p. 482. — GRANDIDIER (de Cassel). *Die hämophilie, etc.*, 2e édit., Leipzig 1877. — GRENAUDIER. *Contribution à l'étude de l'hémophilie*, Th. de Paris, 1882. — GROSGLICK. Ueber Blutungen aus anat. unveränderten Nieren, *Sammlung klin. Vorträge*, 1898, n° 203. — GRUNDBAUM. *Brit. med. Journ.*, 1900, t. II, p. 1308. — ALLAN HAMILTON. *Med. Record*, 1891, p. 617. — HAYEM. *Leçons sur les modifications du sang*, Paris 1882. — HEBERDEN. *Commentarien*, édit. de Londres, 1802, p. 302 (cité par W. Legg). — HIBBS. New-York acad. of med., *The Lancet*, 1900, t. I, p. 1446. — HIRSCH. *Die Gelenkkrankungen bei Hæmophilie und deren Behandlung*, Th. de Würtzbourg, 1895. — HŒCHSTETTER. *Rararum observationum decades sex*, Francfort et Leipzig, 1674 (cité par Virchow). — HUGHES. Hémophilie. *Transylvanie Journ.*, 1832, et *Arch. de méd.*, oct. 1833. — IMMERMANN. *Ziemssens Handbuch für specielle Pathologie*, 1879, p. 521. — KLEMPERER. Ueber Nierenblutungen bei gesunden Nieren, *Deuts. med. Woch.*, 1897, p. 129. — KNUDTZON. Stockholm, 1894 (cité par Meynet). — W. KOCH (cité par Litten). — KŒNIG. *Berl. klin. Woch.*, 1891, p. 974. — *Sammlung klin. Vorträge*, nouvelle série, n° 36, 1892. — LANCEREAUX. *Anatomie pathologique*, Paris 1877, t. I, p. 565. — LANGE. Statistische Untersuch. über Hœmophilia, *Oppenheims Ztschr. f. die ges. Med.*, 1850. — LAVERAN. Observation d'hémophilie, etc., *Gaz. hebd.*, 1857, p. 621. — LEBERT. Recherches sur les causes, les symptômes et le traitement des hémorragies constitutionnelles, *Arch. gén. de méd.*, 1837, t. XV, p. 36. — WICKHAM LEGG. *A Treatise on Hæmophilia*, Londres 1872. — LEGUEU. Névralgies rénales, *Ann. des mal. des org. génit.-urin.*, 1891, p. 787. — LEJARS. Formes de la tuberculose du genou chez l'adulte, *Bull. méd.*, 1894, p. 519. — LEMP. *De hæmophilia nonnulla*, Th. de Berlin, 1857. — LIDELL. Hémophilie, *Encyclop. internat. de chir.*, 1884, t. III, p. 488. — LIGORIO. Contribution à l'étude des artropathies hémophiliques, *Settimana med. dello Sperimentale*, 1898. — LINSER. *Beitr. zur klin. Chir.*, 1896, p. 106. — LITTEN. Hemorr. Diathesen, *Nothnagels spec. Path. und Therap.*, 1898, t. VIII, p. 310. — LUTON. Rhumatisme hémophilique, *Union méd. et scient. du N.-E.*, Reims, 1880. — DAN MACKENZIE LEYTENSTONE. Sur le traitement de l'hémophilie, *Brit. med. Journ.*, 1901, t. I, p. 1009. — MANTEIFEL. Epanchements articulaires sanguins chez les hémophiles, *Vratch*, Saint-Pétersbourg, 1900, p. 788. — MARFAN. Arthrite blennorragique chez l'enfant, *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 1896, p. 723. — MAUCLAIRE. *Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses*, Th. de

Paris, 1893; — De quelques variétés rares d'hémarthroses. *Tribune méd.*, 1894, p. 384. — MEYNET. *Des arthropathies hémophiliques*, Th. de Lyon, 1896. — MUTZENBECHER. *De hæmorrhagicis*, Th. de Heidelberg, 1841. — NASSE (de Bonn). Hœmophilie, *Horn's Arch.*, 1820, p. 385. — NOVÉ-JOSSERAND. Observation d'arthropathies hémophiliques, *C. R. de la Soc. chir. de Lyon*, 1899, *Prov. méd.*, 1899, p. 336. — OTTE. *Ueber die Bluterkrankheit*, Leipzig, 1865. — OTTO, New-York, 1803, cité par Grandidier. — OSBORNE (de Dublin). *Arch. gén. de méd.*, juillet 1835. — CONSTANTIN PAUL. Rhumatisme hémorragique, *Arch. gén. de méd.*, 1864, p. 676. — PERCY KIDD. Hémophilie avec arthropathie du genou, *The Lancet*, 1900, t. II, p. 1273. — PONCET. Observation d'hémophilie, etc., *Lyon méd.*, 1871, t. VIII, p. 785. — POTAIN. Parenté entre hémophilie et arthritisme, *France méd.*, 1879. — PRIBRAM. Rheumatismus, *Nothnagels spec. Path. und Ther.*, 1899, t. V, p. 411. — RAVE. 1798 (cité par Grandidier). — REINERT. *Ueber hæmophilie*, Th. de Göttingen, 1869. — RESAL. *Quelques pages sur l'hémophilie*, Th. de Paris, 1861. — RIEKEN. Frankfurt 1829 (cité par Grandidier). — ROCHARD. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. HÉMOPHILIE, 1888. — ROCHET. In Meynet. — ROSNER. *Beitrag. zur Lehre von den Gelenkkrankungen bei Blutern*, Th. de Breslau, 1895. — ROYDS JONES. Sur le traitement de l'hémophilie, *Brit. med. Journ.*, 1900, t. II, p. 1375. — RUYSSEN. Un cas d'hématurie chez un hémophile, *Echo méd. du Nord.*, Lille, 1897, p. 121. — SABRAZÈS et CABANNES. Artrhopathies des hémophiles, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, oct. 1898. — SANDELIN. *Arthropathien bei hæmophilen*, Finlande 1893, cité par Pribram. — SENATOR. *Ueber renale Hœmophilie*, *Berl. klin. Wochens.*, 1891, n° 1. — SCHNEPF. Recherches historiques sur l'hémophilie, *Gaz. méd. de Paris*, 1855, p. 671. — SIMON, *Recherches sur l'hémophilie*, Th. de Paris, 1874. — STAHEL. *Hœmophilie*, Th. de Zurich, 1880. — TARDIEU. Observation de diathèse hémorragique avec douleurs articulaires, *Arch. gén. de méd.*, 1841, p. 185. — THEBAUD. *Sur les arthopathies hémophiliques*, Th. de Bordeaux, 1898-1899, n° 32. — THOMPSON. Diathèse hémorragique, synovite du genou, *Med. Times*, Londres 1875. — THORE. Hémophilie, *Gaz. méd. de Paris*, 1856, p. 653. — TILMANN. Zur Frage der Blutergelenk, *Deuts. Aerzt.*, 1900, n° 19. — VIELI. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1846 (voir aussi Grandidier, p. 52). — VILLARD. Des maladies hémophiliques, *Marseille méd.*, 1887. — VIRCHOW. *Deuts. Klinik.*, 1859, n° 23. — WACHSMUTH. *Hœmophilie*, Magdeburg 1849. — WIGHTMAN. Family history of cases of hœmophilia, *The Lancet*, 1894, p. 535. — WOLFF. *Diathèse hémorragique héréditaire*, Th. de Strasbourg, 1844. — ZEIGE MANTEUFEL. *Centralb. für Chir.*, 1893.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — MM. les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été nommés ou désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de première classe Pitot, nommé directeur du service de santé du 4e corps d'armée.

MM. les médecins-majors de première classe Lacronique, pour la 7e direction du ministère de la guerre; — Lemoine, pour le 159e d'infanterie; — Guillemot, pour le 60e d'infanterie; — Derouet, pour le 115e d'infanterie; — Clavelin, pour la section technique du service de santé et détaché à la 7e direction du ministère de la guerre.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Barreau, pour le 136e d'infanterie; — Obier, pour le 8e dragons; — Villiers, pour le 17e bataillon de chasseurs à pied; — Jaubert, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Chevassu-Perigny, pour le 32e d'infanterie; — Campos-Hugueney, pour le 22e d'infanterie; — Goulon, pour le 12e d'artillerie et détaché à la direction d'artillerie de Vincennes; — Cambours-Mouflet, pour le 53e d'infanterie; — Friant, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Couturier, pour le 37e d'artillerie et détaché à la direction de Bourges; — Blanc, pur le 28e bataillon de chasseurs à pied; — Lanusse-Crousse, pour le 9e chasseurs à cheval; — Ferrand, pour le 11e hussards; — Moutet, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Vezes, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Le Mitouard, pour le 23e dragons; — Pourrat, pour le 12e hussards; — Lhomer, pour la direction du service de santé du 5e corps d'armée; — Fohanno, pour le 5e bataillon d'artillerie à pied; — Perrogon, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Ray, pour le 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Fournié, pour le 79e d'infanterie; — Lafforgue, pour le 86e d'infanterie; — Lemarchand, pour le 2e chasseurs à cheval; — Challiol, pour le 18e d'artillerie; — Rieux, pour le 70e d'infanterie; — Oberlé, pour le 160e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Capmas, pour le 102e d'infanterie; — Rouffiandis, pour le 40e d'infanterie; — Julie, pour le régiment de sapeurs-pompiers à Paris; — Lorentz, pour le 12e chasseurs à cheval; — Comte, pour le 83e d'infanterie; — Tellier, pour le 2e étranger; — Antoine, pour le 97e d'infanterie.

Marine. — M. le docteur Pfihl, médecin en chef de deuxième classe, est appelé à servir au port de Lorient.

MM. les médecins de première classe Ruban et Forre sont affectés au port de Lorient; Chabanne et Meslet sont affectés au port de Cherbourg; Vizerie est maintenu à l'Arsenal de Foutchéou; Tribondeau est maintenu provisoirement à Rochefort, en attendant le résultat du concours pour l'emploi de prosecteur.

MM. les médecins de deuxième classe Charnel, Bavay et Douarre sont désignés pour embarquer : le premier, sur le *Borda* (école navale); le deuxième, sur la *Saône* (école des gabiers) et le troisième, sur le *Magenta* (école des marins torpilleurs), en remplacement de MM. Ruban, Meslet et Chabanne, promus.

Faculté de médecine de Paris. — Voici la liste des cours libres autorisés pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1901-1902, par le Conseil de l'Université de Paris :

M. Bérillon : Psychologie physiologique et pathologique; applications cliniques et thérapeutiques de l'hypnotisme, lundi et jeudi, à cinq heures.

M. A. Darier : Leçons de thérapeutique oculaire, mercredi, à une heure et demie.

M. Foveau de Courmelles : Electrothérapie, radiographie et photothérapie; cures de lumière, lundi et jeudi, à six heures.

M. J. Frumusan : Physiothérapie (massothérapie), mardi et samedi, à six heures.

M. Gaube : Du pouvoir rotatoire des sérums et de ses rapports avec leur minéralisation, mardi et samedi, à quatre heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le cancer de l'estomac et son traitement chirurgical, par le docteur S. KOLBE, professeur suppléant à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres. In-8° de 260 p. avec fig. — Prix : broché, 4 fr. 50; cart., 5 francs. — Paris, O. Doin.

Comment on se défend des tuberculoses cutanées, par le docteur FOVEAU DE COURMELLES. Broch. in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale mutuelle.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française



GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE MÉDICALE — HOPITAL BEAUJON

AFFECTION CARDIAQUE COMPLEXE INTÉRESSANT LES ORIFICES AORTIQUE ET MITRAL (1)

Par le professeur DEBOVE.

Je veux vous entretenir d'un malade au lit duquel nous nous sommes fréquemment arrêtés, qui est atteint d'une affection du cœur tellement complexe que les avis les plus différents ont été émis, non pas sur l'existence de son affection cardiaque, mais sur l'interprétation des divers souffles que l'on perçoit en l'auscultant.

B... est âgé de trente-sept ans, il est cocher de son état. Son père, âgé de soixante-neuf ans, jouit d'une excellente santé et habite la campagne. Sa mère est morte à quarante-cinq ans après une maladie dont il ne peut préciser la nature et qui aurait duré trois mois. Il a trois frères bien portants.

Lui-même n'a jamais été malade jusqu'à l'âge de quatorze ans. A cette époque (1879) il eut une première attaque de rhumatisme. Cette attaque dura environ deux mois et ne paraît pas avoir été bien intense, car il ne fut obligé de garder le lit que cinq à six jours. Les douleurs ont débuté par les membres supérieurs, par les mains et les poignets, puis elles se sont portées aux membres inférieurs, en particulier aux genoux. Après sa guérison il reprit dans les champs ses travaux habituels. A l'âge de dix-neuf ans, il vint à Paris, s'employa comme cocher et ne se rappelle pas avoir été jamais malade jusqu'au mois de mars 1900.

A cette date il est allé dans son pays qu'il avait quitté depuis longtemps et il y fut repris de douleurs articulaires. Comme lors de sa première attaque, ses douleurs, d'abord limitées aux mains, s'étendirent ensuite aux membres inférieurs; cette atteinte paraît avoir été plus sévère, car il fut obligé de rester alité quinze jours et ce n'est que deux mois plus tard qu'il put regagner Paris et reprendre son travail. On ne lui a jamais dit pendant ses maladies qu'il eût un accident cardiaque quelconque.

Du reste, rentré à Paris il a repris son service de cocher et sembla se porter tout à fait bien, jusqu'à il y a cinq mois. Depuis cette époque il a éprouvé des palpitations, des essoufflements, des vertiges, phénomènes qui ont augmenté au point de l'amener à entrer dans notre service. L'examen le plus superficiel permet de constater une grosse affection cardiaque, mais la difficulté commence quand on veut déterminer la cause et la nature exacte de cette affection.

Au premier abord, il paraît très simple de rapporter l'endocardite aux attaques de rhumatisme antérieures; c'est souvent à cette maladie qu'il faut faire remonter l'origine des lésions valvulaires. Mais les lésions articulaires qu'il a présentées n'étaient peut-être pas causées par le rhumatisme articulaire aigu et si vous examinez ses mains et ses pieds vous y verrez les déformations caractéristiques du rhumatisme chronique. A la main la lésion porte surtout sur les articulations métacarpo-phalangiennes et la main est inclinée sur le bord cubital; des lésions similaires existent aux pieds.

Or, si les affections endocardiques sont fréquentes dans le rhumatisme articulaire aigu, elles ne s'observent guère dans le rhumatisme chronique. Vous savez d'ailleurs qu'il ne s'agit pas là d'une seule et même maladie à forme aiguë ou chronique; qu'il ne s'agit pas de deux formes de rhumatismes, mais de deux entités morbides paraissant essentiellement distinctes. Mais, me direz-vous, il y a eu deux attaques aiguës : ce sont probablement deux poussées aiguës dans le cours d'un rhumatisme chronique; quoi qu'il en soit, l'existence de cette affection est indéniable.

Nous ne trouvons aucune autre cause d'endocardite qu'une blennorragie et l'alcoolisme.

A l'âge de trente-trois ans, il a eu une blennorragie qui ne paraît avoir donné lieu à aucune espèce de complication articulaire ou autre. Il avoue s'être copieusement alcoolisé. Il usait des apéritifs et abusait des boissons surnommées hygiéniques telles que le vin.

S'il ne présente plus aujourd'hui de troubles pulmonaires ni rénaux, il n'en était pas de même à son entrée, il avait des traces d'albumine qui ont disparu sous l'influence du régime lacté; il avait de plus une congestion pulmonaire se traduisant par des râles et par quelques crachements de sang; la respiration est aujourd'hui redevenue absolument pure et normale.

Vous constatez chez lui un trouble de la circulation péri-

(1) Leçon recueillie et rédigée par M. J. FERRAND, interne du service.

phérique qui fait que les parties exposées au froid (mains, face) rougissent facilement et deviennent parfois absolument violacées. Il n'y a pas d'œdème. Si nous examinons le pouls, nous voyons qu'il est à peu près normal comme nombre de pulsations : il était ralenti au moment de l'entrée du malade et ne donnait à ce moment que 50 pulsations. Mais il est petit, irrégulier et facilement dépressible. Il a, en un mot, tous les caractères du pouls *mitral*; nous dirons même plus, en raison de sa petitesse, nous dirons qu'il est presque pathognomonique du pouls mitral et qu'en tous cas, il nous permet d'affirmer l'existence d'une affection du cœur que l'examen attentif de cette organe devra préciser. C'est à cet examen que nous allons maintenant procéder.

L'*inspection* permet de reconnaître une voussure nette, allongée, siégeant sur la partie latérale gauche du sternum; c'est une voussure analogue à celle qu'on observe dans les hypertrophies ventriculaires gauches, hypertrophie qui, d'ailleurs, existe nettement et sur laquelle nous reviendrons ultérieurement.

On reconnaît à la *palpation* que la pointe du cœur est abaissée; qu'elle bat dans le 5e espace intercostal et en dehors du mamelon. L'abaissement de la pointe vient confirmer le diagnostie d'hypertrophie du cœur, mais de plus, il permet de percevoir un frémissement cataire, nettement présystolique, caractéristique du rétrécissement mitral.

A la *percussion*, on constate en avant une matité augmentée d'étendue, telle qu'on l'observe plus particulièrement dans les hypertrophies ventriculaires gauches. En arrière du tronc entre le bord spinal de l'omoplate et la colonne vertébrale on perçoit une augmentation de la matité auriculaire indiquant une distension de l'oreillette gauche ainsi que cela se produit habituellement dans le rétrécissement mitral.

A l'*auscultation*, on perçoit un souffle présystolique de la pointe confirmant le diagnostic de rétrécissement mitral. A la base, on entend un souffle du premier temps exactement systolique se prolongeant dans les vaisseaux du cou : c'est un souffle de rétrécissement aortique et c'est cette diminution dans le calibre de l'aorte qui est cause de l'hypertrophie du ventricule gauche.

Jusqu'à présent, tout ce que nous avons indiqué est classique, ne prête pas à la discussion et tous ceux qui ont examiné le malade sont d'accord avec moi sur tous ces points. Mais il n'en est pas de même au sujet d'une autre lésion que présente le malade.

En effet, tout ce que nous venons d'exposer montre que le malade est atteint d'un rétrécissement mitral caractérisé par le frottement présystolique, le souffle présystolique, l'augmentation de la matité de l'oreillette gauche en arrière. Il y a en outre un rétrécissement de l'orifice aortique, caractérisé par un souffle systolique de la base se prolongeant dans les vaisseaux du cou et ayant amené une hypertrophie ventriculaire gauche.

Toute la discussion porte sur un souffle diastolique interprété par un de nos plus distingués collègues des hôpitaux, ancien élève du regretté Potain, comme un souffle d'insuffisance aortique et que je crois devoir rapporter au rétrécissement mitral.

Remarquons d'abord que l'examen du pouls et des gros vaisseaux de la base du cou vient pour ainsi dire plaider contre le diagnostic d'insuffisance aortique. On n'observe, en effet, aucun des signes artériels qui accompagnent d'ordinaire cette affection, ni pouls de Corrigan, ni danse des artères, etc... De plus, le maximum de ce souffle diastolique siège dans notre cas sur le bord gauche du sternum, dans le troisième espace intercostal, c'est-à-dire au niveau du sillon auriculo-ventriculaire.

Comment donc un rétrécissement mitral pourrait-il produire un souffle rappelant par son timbre celui de l'insuffisance aortique?

Je désire entrer ici dans quelques explications sur le mécanisme des souffles cardiaques. Ils se produisent au point où il y a une brusque variation de pression dans une colonne liquide. Cette variation de pression se produit ordinairement là où il y a un rétrécissement, la pression en amont du point rétréci se trouvant être beaucoup plus forte qu'en aval.

Appliquons ces données au souffle de l'insuffisance aortique : Lorsque le sang a été lancé par la systole ventriculaire, il existe à l'origine de l'aorte une forte pression. Puis, la systole cessant, par le fait de son élasticité, le ventricule tend à reprendre la forme qu'il avait auparavant, la pression dans son intérieur devient négative. Nous avons alors une pression énergique au-dessus des valvules insuffisantes et une pression négative au-dessous. Il en résulte nécessairement un souffle à timbre aspiratif et cette aspiration sera d'autant plus énergique que le ventricule sera plus hypertrophié.

Il en est de même dans le rétrécissement mitral; le sang passe de l'oreillette dans le ventricule au moment de la diastole ventriculaire. A ce moment, la pression est au maximum dans l'oreillette gauche, tandis qu'elle est négative dans le ventricule. Il pourra se produire alors un souffle, qu'en raison de son timbre et de son temps on appelle roulement diastolique. Il pourra être renforcé dans la présystole par la contraction de l'oreillette produisant un souffle présystolique, car au moment de la présystole, l'oreillette hypertrophiée exagère en se contractant la différence qui existe entre la pression élevée auriculaire et la pression négative du ventricule.

Etant admis que nous reconnaissons aux souffles cardiaques cette pathogénie vraisemblable, nous pouvons imaginer un cas dans lequel le souffle diastolique, dit roulement du rétrécissement mitral, pourra prendre le caractère du souffle de l'insuffisance aortique. Le fait se produira quand le ventricule gauche sera dilaté et hypertrophié. Or cette augmentation de volume ne peut tenir qu'à un rétrécissement ou à une insuffisance aortique. C'est dans le premier cas que pourra se produire le souffle diastolique d'origine auriculo-ventriculaire simulant celui de l'insuffisance aortique. C'est là ce que nous entendons chez notre malade et ce phénomène est dû, comme je vous l'ai montré, à un rétrécissement aortique.

Lorsque l'hypertrophie du ventricule gauche, qui seule nous permet d'expliquer ce souffle, est causée par une insuffisance aortique, il est fort probable que notre souffle auriculo-ventriculaire existe aussi : seulement il est alors masqué par celui de l'insuffisance aortique autrement puissant que lui, et qui l'empêche de parvenir distinctement à notre oreille.

Ceci me conduit à vous parler des souffles présystoliques qui se produisent dans certaines insuffisances aortiques et qui simulent un rétrécissement mitral, bien que cette dernière lésion soit totalement absente, comme l'ont montré plusieurs autopsies. On peut interpréter le fait de la façon suivante :

A l'état normal, il n'y a pas de souffle au moment de la présystole; mais à ce moment si, d'une part, la pression est un peu forte dans l'oreillette par suite de la contraction énergique de son système musculaire, si, d'un autre côté, l'aspiration ventriculaire est exagérée par le fait de l'hypertrophie, il pourra se produire un souffle présystolique sans rétrécissement mitral; celui-ci n'est nullement nécessaire. Il est une des causes habituelles des changements brusques de pression en un point déterminé, mais ces variations de pression et par conséquent les souffles qui en résultent peuvent se produire en dehors de toute variation anormale du calibre des orifices du cœur.

Tous ces détails sont intéressants au point de vue théorique, mais à ce seul point de vue, car nous sommes tous d'accord pour affirmer que chez ce malade, ce qui domine, c'est l'affection mitrale. Qu'il ait ou non une insuffisance aortique très légère, nous devons le considérer comme atteint profondément du côté de sa valvule mitrale et c'est cette affection seule qui doit influencer notre pronostic et guider notre traitement.

RHUMATISME TUBERCULEUX CHEZ L'ENFANT

(DEUX OBSERVATIONS)

Par M. M. Patel, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.
(Clinique chirurgicale du professeur Poncet.)

M. le professeur A. Poncet nous a engagé à publier l'observation, fort intéressante, à plusieurs points de vue, d'un jeune enfant, atteint de rhumatisme tuberculeux. Voici cette observation, telle que M. le professeur agrégé Nové-Josserand, chirurgien de la Charité, l'a communiquée à M. Poncet :

Pseudo-rhumatisme tuberculeux. Mal de Pott. Arthrites multiples. — Fille de onze ans et demi. Son père est rhumatisant, sa mère bien portante. Ses trois sœurs aînées sont en bonne santé.

A l'âge de deux ans et demi à la suite d'une chute, elle éprouva des douleurs dans le dos, bientôt suivies de l'apparition d'une gibbosité dans la région dorsale inférieure. Insuffisamment soignée, cette lésion s'accrut d'abord assez vite, puis plus lentement : depuis deux ans elle est à peu près stationnaire. C'est une gibbosité arrondie de volume moyen qui comprend les 7 ou 8 dernières vertèbres dorsales. L'enfant n'a eu ni abcès ni troubles nerveux.

Pendant l'évolution de ce mal de Pott, on vit apparaître *il y a environ quatre ans* des accidents articulaires qui se localisèrent d'abord dans le coude droit et dans les deux genoux à peu près à la même époque, mais sans revêtir la forme d'une poussée aiguë généralisée. Ces articulations devinrent douloureuses, elle se tuméfièrent, et pendant huit à dix jours, furent presque complètement immobilisées par la douleur. Puis la raideur et la douleur disparurent, mais les articulations restèrent augmentées de volume, et devinrent de temps en temps le siège de nouvelles poussées subaiguës, s'accompagnant de douleurs et de gêne fonctionnelle. Les parents pensèrent toujours qu'il s'agissait de rhumatisme.

Un an plus tard, c'est-à-dire il y a environ trois ans, le coude gauche fut atteint à son tour, avec les mêmes caractères et, l'an passé, l'affection se généralisa aux poignets, aux cou-de pieds, et à toutes les petites articulations des doigts. L'évolution fut toujours la même, début insidieux, sans fièvre, sans douleurs vives : les jointures augmentèrent de volume, devinrent raides, un peu douloureuses, puis peu à peu la raideur et les douleurs disparurent, laissant persister seulement la tuméfaction avec un peu de gêne fonctionnelle.

Actuellement, presque toutes les articulations des membres sont atteintes à des degrés divers, seules, les grandes ceintures de la hanche et de l'épaule, et les petites articulations des pieds sont demeurées indemnes.

Les tibio tarsiennes présentent seulement une tuméfaction assez accentuée et sensiblement égale des deux côtés; la synoviale est manifestement épaissie, mais on ne constate pas d'épanchement intra-articulaire. Les mouvements sont à peu près normaux.

Les genoux sont plus malades : ils sont assez fortement tuméfiés, le droit un peu plus que le gauche. Celui-ci est sec, celui-là contient, au contraire, une très faible quantité de liquide. Des deux côtés, la synoviale est très épaissie : elle donne en bien des points la sensation de gros grains durs, ressemblant à des grains riziformes, mais plus gros, plus durs, et non mobiles. Pendant la flexion, elle s'étale, et on voit ainsi se dessiner sur la face externe du genou droit et interne du genou gauche, au niveau du plateau tibial, une masse aplatie assez volumineuse, de consistance rénitente plus dure que des fongosités et dans laquelle on ne sent plus aucun grain. L'extension est complète, la flexion légèrement limitée.

Aux membres supérieurs, les mains présentent une tuméfaction à peu près égale, de toutes les articulations métacarpo-phalangiennes et inter-phalangiennes, y compris celles du pouce. Il n'y a pas de vraie déformation, on note cependant qu'à chaque main, l'index et l'annulaire tendent a s'incliner vers le médius. Les articulations atteintes sont régulièrement augmentées de volume : on sent la synoviale épaissie, sans épanchement appréciable. Les lésions sont manifestement limitées aux articulations. Les mouvements d'extension des doigts sont normaux, ceux de flexion complets, légèrement gênés.

Les deux poignets présentent sur la face dorsale un épaississement synovial assez important : leurs mouvements sont limités surtout à droite.

Enfin, aux coudes, ce qui domine actuellement c'est la gêne fonctionnelle, l'extension et la flexion ne peuvent se faire complètement. La tuméfaction est peu considérable, cependant à gauche il existe au niveau de la tête radiale un épaississement synovial assez important.

Malgré la multiplicité de ces lésions, l'enfant peut se servir de ses membres presque aussi bien qu'à l'état normal, dans les périodes où elle ne souffre pas.

Son état général est assez satisfaisant. Elle ne tousse pas et ne paraît avoir aucune localisation viscérale de la tuberculose.

A cette observation, nous pouvons en joindre une autre, ayant trait à une forme clinique différente, mais survenue également chez un enfant, nous la rapportons telle qu'elle a été publiée dans la *Revue de chirurgie* (10 décembre 1901).

Rhumatisme tuberculeux aigu polyarticulaire. Ostéite iliaque de nature tuberculeuse. (Observation due à l'obligeance de M. le docteur Rafin.) — F. L..., âgé de seize ans, est vu le 5 octobre 1898, par M. Rafin; sa mère est vivante, tuberculeuse pulmonaire; lui-même a eu une bronchite il y a cinq ans. Il vient pour une douleur à la racine de la cuisse droite, survenue il y a trois semaines, disparaissant au repos, mais gênant la marche; les articulations du genou et de la hanche sont indemnes, ainsi que la colonne vertébrale; il y a des ganglions à l'aine, des deux côtés, surtout à droite; on constate dans la fosse iliaque droite une induration qui siège au voisinage immédiat de l'os iliaque, près de l'épine iliaque antéro-inférieure. L'état général est médiocre; l'enfant est pâle et présente un certain degré d'infantilisme; pas d'albumine.

24 mai 1898. Le malade a gardé le repos; l'induration a augmenté : elle occupe une portion étendue de la fosse iliaque, s'étend en haut jusqu'à la crête iliaque et en dedans jusqu'à l'épine du pubis. Le diagnostic est hésitant entre une ostéite iliaque et une adénite; le malade quitte l'hôpital.

5 novembre 1899. Le malade revint avec un gros abcès froid de la région antéro-externe de la cuisse droite, descendant à 20 centimètres de la crête iliaque. L'induration se sent nettement contre la face interne de l'os iliaque; le diagnostic d'ostéite iliaque s'impose. L'abcès est incisé sur toute sa longueur. Son contenu est épais, fibrineux, et renferme un petit fragment osseux; l'abcès conduit sur un foyer osseux siégeant entre les deux épines iliaques antérieures; il existe une véritable trépanation de l'os; le trajet est rempli de fongosités; le bord antérieur de l'os est enlevé de manière à transformer le tunnel osseux en une large tranchée ouverte en avant. Curetage, cautérisation, pansement à plat.

9 novembre. Bon état, pas de température.

17 novembre. Brusque ascension de la température qui atteint 39°2; en même temps, symptômes de rhumatisme. La crise a débuté par des douleurs à l'index, puis à l'auriculaire, puis au poignet et enfin à l'épaule; tout ceci à droite. Le poignet est un peu tuméfié, les mouvements du poignet et de l'épaule sont douloureux. Le malade prend 6 grammes de salicylate de soude en six jours; pendant les quatre derniers jours il a pris 4 grammes d'antipyrine par jour. La crise a duré treize jours; le genou droit a été douloureux quelques jours après; mais cette localisation a été peu importante; elle ne s'est à peu près pas accompagnée de gonflement; la température s'est élevée à 39 degrés.

10 janvier 1900. Le malade n'a plus eu de fièvre, ni de douleur. Le trajet fistuleux est cicatrisé.

6 février 1900. Le malade revient en se plaignant d'une douleur siégeant dans la colonne vertébrale, localisée à la première vertèbre dorsale. Petite saillie en arrière de la vertèbre; la pression est douloureuse en ce point; les mouvements de la tête sont un peu gênés.

25 février 1900. Le malade a gardé le repos jusqu'à ce jour; son état s'est amélioré. On pense qu'il s'agit d'une poussée articulaire, semblable aux précédentes.

Voici donc deux observations de ces variétés de la tuberculose articulaire signalées par M. le professeur Poncet. On retrouve là le même ensemble clinique que s'il s'agissait d'adultes.

Dans la première de ces observations, on reconnaît des poussées aiguës, évoluant avec l'allure du rhumatisme; plusieurs articulations sont prises, tout mouvement est impossible en raison de la douleur; mêmes phénomènes généraux. Au bout d'un certain temps, ces phénomènes disparaissent, les articulations conservent cependant la trace du passage de l'infection; la synoviale reste un peu épaissie. Plus tard, nouvelles poussées aiguës, à des degrés divers, sur des articulations variables. Aujourd'hui, on trouve encore des reliquats de ces manifestations articulaires; il semble surtout qu'il s'agisse là d'une forme purement synoviale; il y a même, au niveau de l'index et de l'annulaire, à chaque main, une tendance à la déformation, un début de rhumatisme noueux, déformant, semblable à celui que Moncorvo décrivait dans sa thèse en 1880 (*Rhumatisme noueux chez l'enfant*, Paris 1880).

Dans la seconde de ces observations, on a la poussée rhumatismale vraie, avec fièvre, douleur, envahissement de plusieurs articulations, cessation des phénomènes douloureux au bout de quinze jours.

En somme, on peut poser ces deux diagnostics :

Dans le premier cas : rhumatisme articulaire subaigu, de nature tuberculeuse; rhumatisme noueux consécutif au début de même nature.

Dans le second cas : rhumatisme articulaire aigu, tuberculeux, ayant disparu sans laisser de trace.

Nous ne reviendrons pas sur les questions de principe, sur la doctrine maintes fois exposée du rhumatisme tuberculeux, et qui tient tout entière dans cet aphorisme que Marfan cite lui-même en 1888 : « Toutes les maladies infectieuses peuvent présenter, parmi leurs manifestations contingentes, des déterminations articulaires, distinctes du vrai rhumatisme et relevant de l'infection générale de l'organisme. » La tuberculose n'est-elle pas une maladie infectieuse? et, suivant la virulence des toxines, la résistance du sujet, ne peut-on pas observer des manifestations articulaires de degrés différents?

C'est là un processus d'ordre général et il n'y a rien qui surprenne de rencontrer chez l'enfant mêmes particularités que chez l'adulte; il serait illogique de voir autre chose que la tuberculose comme cause de ces lésions articulaires; nous faisons le diagnostic de rhumatisme tuberculeux chez des tuberculeux avérés; mais rien n'empêche de croire que les manifestations articulaires peuvent être le premier signe de l'infection tuberculeuse; jusqu'à présent, aucun signe clinique certain ne permet de l'affirmer d'une façon sûre.

Ce sont là les deux premiers cas de rhumatisme tuberculeux, signalés chez l'enfant; on ne peut en dégager un exposé clinique; faisons remarquer toutefois la prédilection de l'infection pour les synoviales articulaires. Chez l'enfant le rhumatisme franc est plus rare que chez l'adulte; 5 p. 100, suivant Mayet, et le rhumatisme noueux, déformant, encore plus rare.

Nous voudrions seulement montrer par ces deux observations qu'il faut chercher le rhumatisme tuberculeux chez l'enfant, aussi bien que chez l'adulte; il est peut-être plus rare mais ses manifestations, son origine paraissent à peu près semblables.

MÉDECINE PRATIQUE

La thérapeutique hypodermique et son instrumentation.

Depuis que, pour la première fois, Wood (d'Edimbourg) imagina, pour introduire sous la peau des substances médicamenteuses, de se servir de la seringue inventée par Pravaz, pour le traitement des anévrismes par les injections de perchlorure de fer, les instruments mis en œuvre dans le pratique hypodermique ont été sans cesse perfectionnés.

Dès l'avènement de la doctrine antiseptique, on s'efforça de modifier la seringue de Pravaz, de façon à la rendre stérilisable, et à éviter ainsi les accidents d'infection locale des tissus. Le piston et les rondelles de cuir, qui, dans la seringue de Pravaz, assuraient l'étanchéité de l'instrument, ne pouvaient supporter la stérilisation par l'eau bouillante; le professeur Straus proposa de remplacer le cuir par de la moelle de sureau, qui pouvait supporter sans inconvénient une température de 120 degrés; le professeur Debove, dans le même but, proposait de remplacer le cuir par de l'amiante.

Malgré ces modifications, la seringue de Pravaz, modifiée par Straus, restait passible de bien des critiques : même par une ébullition prolongée, elle est difficile à aseptiser, car le corps de pompe est ajusté à des parties métalliques, en des points qui sont de véritables réservoirs d'impuretés; la sté-

rilisation à l'autoclave est trop souvent nécessaire; enfin, son montage et son démontage, malaisés, prennent beaucoup de temps. La seringue de Luër parut répondre à ces desiderata. Entièrement construite en verre, le calibrage en est parfait, le piston inaltérable, puisqu'il est en cristal; le démontage, des plus faciles, assure une stérilisation complète. Malheureusement, cette seringue est fragile, et puis, il faut bien l'avouer, elle présente le même inconvénient originel que toutes ses congénères; la solution médicamenteuse doit être puisée dans un flacon à large ouverture ou dans un récipient stérilisé où elle a été préalablement versée; d'où complications de toute sorte : perte de temps, de liquide médicamenteux, risques de contamination de ce liquide, complications auxquelles il fallait absolument essayer de remédier.

La création d'ampoules fermées à la lampe et renfermant un ou plusieurs centimètres cubes de solution stérilisée, permirent d'éviter la contamination du liquide par les germes de l'air. Mais il était encore nécessaire d'avoir une seringue parfaitement aseptique avant de la remplir en introduisant l'aiguille dont elle était munie par l'une des extrémités brisée de l'ampoule.

M. Barthélemy eut l'idée d'enfermer le liquide à injecter dans une ampoule, munie à l'une de ses extrémités d'une aiguille; à l'autre extrémité, après avoir brisé la pointe de l'ampoule, on adaptait une soufflerie en caoutchouc qui permettait d'injecter le liquide contenu dans l'ampoule. L'appareil était fort coûteux, puisqu'une ampoule spéciale, munie de son aiguille, était nécessaire pour chaque injection.

Tout récemment enfin, M. Robert présentait à la Société de thérapeutique (1) des ampoules-seringues. Les ampoules, grâce à un ingénieux dispositif, formaient un corps de pompe dans lequel on introduisait un piston stérilisé, après avoir fixé une aiguille à son autre extrémité.

Malgré l'ingéniosité dont ont fait preuve ces inventeurs, nous devons reconnaître que le but n'était pas encore atteint : ces appareils sont trop compliqués et leur usage trop dispendieux pour pouvoir entrer dans la pratique courante des injections hypodermiques. Comme l'ampoule est jetée après emploi de son contenu, elle doit être et rester la plus simple possible; ce qu'il s'agit de perfectionner, c'est l'appareil injecteur des ampoules.

Or, à cet égard, on peut dire que l'appareil, décrit par M. Paillard sous le nom d'auto-injecteur d'ampoules, résoud presque la question de la meilleure instrumentation hypodermique. Le principal mérite de cet appareil est de ne point exiger, pour son fonctionnement, une forme spéciale d'ampoules; il emploie la forme courante que l'on trouve partout.

L'instrument consiste essentiellement en une pompe foulante dont la pression s'exerce sur la liqueur injectable renfermée dans l'ampoule. L'air, puisé au dehors, est filtré sur de l'ouate aseptique, la pression sur le liquide est rendue uniforme et réglable par le système de pompe, et il n'y a aucun danger d'injecter l'air, même s'il est nécessaire de donner plusieurs coups de piston.

L'auto-injecteur se manie de la façon suivante :

Premier temps : On garnit de moulures en caoutchouc chaque extrémité de l'ampoule, que l'on place ensuite dans l'armature métallique; on visse les deux pièces de l'armature jusqu'à serrage hermétique de l'ampoule, serrage que rendent facile les moulures en caoutchouc et la longueur du pas de vis. Lorsqu'on a vissé *à fond*, on coupe avec la lime la pointe de verre tournée vers le pas de vis pompe de la figure 1.

(1) Séance du 23 octobre 1901.

Deuxième temps : La pompe est adaptée à l'armature vissée et le robinet fermé.

Dans un *troisième temps*, l'autre extrémité effilée de l'ampoule est coupée à la lime et une aiguille stérilisée y est adaptée. Il ne reste plus qu'à ouvrir le robinet et appuyer légèrement sur le piston de la pompe pour chasser l'air de l'aiguille : l'appareil est prêt pour l'injection (fig. 2). Pour les ampoules de 2, de 5 centimètres cubes, il suffit de changer l'armature : il existe des modèles pour ces diverses grosseurs d'ampoules.

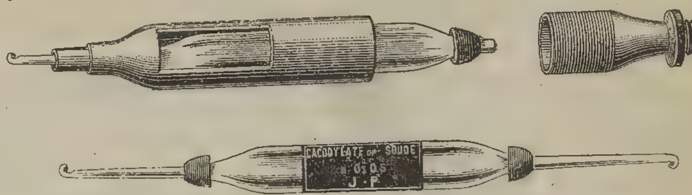


Fig. 1.

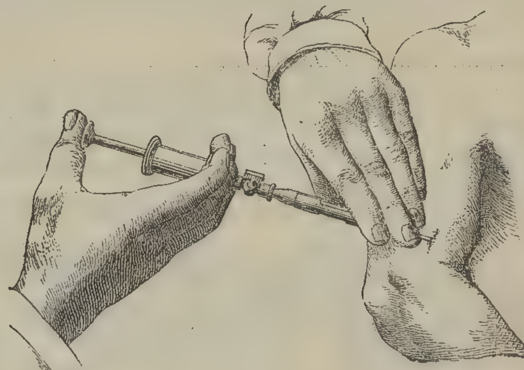


Fig. 2.

Nous avons dit plus haut que cet appareil résout presque la question de la meilleure instrumentation hypodermique. Elle ne la résout pas entièrement, selon nous, car la longueur du bras du levier, formé par cet ensemble un peu long de l'armature et de la pompe, paraît lourd et encombrant pour faire la piqûre et pousser l'injection. Néanmoins, cet inconvénient est plus apparent que réel, car, au bout de quelques injections, avec un peu d'habitude, son importance diminue beaucoup. De sorte qu'actuellement cet auto-injecteur nous semble réaliser le mieux les *desiderata* d'un appareil à injections hypodermiques. Il est d'un maniement assez simple, utilise les ampoules ordinaires du commerce, et enfin il donne au médecin toutes les garanties d'une asepsie parfaite dans l'injection sous-cutanée des liquides médicamenteux de faible volume.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 14 AU 19 AVRIL 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 14 AVRIL, à une heure. — 1er, *Salle Thouret* : MM. Rémy, Poirier et Cunéo.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Richet* (1re série) : MM. Kirmisson, Lepage et Gosset; — *Salle Béclard* (2e série) : MM. Lannelongue, Sébileau et Wallich; — *Salle Vulpian* (3e série) : MM. Pinard, Mauclaire et Rieffel; — (2e partie) : MM. Brissaud, Gaucher et Teissier; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Reclus et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Fournier, Bezançon et Legry; — M. Legueu, suppléant.

MARDI 15 AVRIL, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Quénu et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Méry et Hanriot.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Pozzi, Bonnaire et Thiéry ; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Budin, Rémy et Faure ; — (ancien régime), *Salle Charcot* : MM. Le Dentu, Schwartz et Demelin.

4e, *Salle Vulpian* : MM. Brouardel, Pouchet et Vaquez ; — MM. Proust, Thoinot et Gouget ; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Dupré et Renon ; — (2e série) : MM. Hutinel, Charrin et Jeanselme ; — M. Ménétrier, suppléant.

MERCREDI 16 AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Sébileau et Rieffel

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Gaucher et Legry.

2e, *Salle Vulpian* : MM. Gley, Retterer et Broca (André).

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Nélaton* (1re série) : MM. Terrier, Potocki et Cunéo ; — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Reclus, Rémy et Lepage ; — (ancien régime), *Salle Broussais* : MM. Lannelongue, Broca (Aug.) et Wallich.

4e (ancien régime), *Salle Richet* : MM. Landouzy, Pouchet et Wurtz ; — M. Hanriot, suppléant.

JEUDI 17 AVRIL, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Schwartz, Thiéry et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Dieulafoy, Raymond et Guiart.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Salle Velpeau* (1re série) : MM. Berger, Poirier et Potoki ; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Le Dentu, Bonnaire et Auvray ; — (2e partie, nouveau régime), *Salle Corvisart* : MM. Chantemesse, Netter et Dupré.

4e (nouveau régime), *Salle Thouret* : MM. Proust, Achard et Desgrez ; — (ancien régime) : MM. Brouardel, G. Ballet, et Wurtz ; — M. Thoinot, suppléant.

VENDREDI 18 AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Walther et Cunéo.

1er, *Salle Vulpian* : MM. Sébileau, Gosset et Rieffel.

2e (officiat définitif), *Salle Richet* : MM. Gley, Jalaguier et Bezançon.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Salle Velpeau* : MM. Blanchard, Brissaud et Wurtz.

4e (nouveau régime), *Salle Pasteur* : MM. Pouchet, Netter et Thoinot ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Mauclaire et Lejars ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Delens et Legueu ; — (2e partie) : MM. Hayem, Landouzy et Legry ; — M. Teissier, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Richaud, suppléant.

SAMEDI 19 AVRIL, à une heure. — 3e (2e partie), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Charrin et Hanriot.

2e (oral, 1re partie), *Salle Richet* : MM. Poirier, Langlois et Launois.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Salle Trousseau* : MM. Quenu, Bonnaire et Thiéry ; — (2e partie, nouveau régime), *Salle Broussais* : MM. Cornil, G. Ballet et Ménétrier.

4e, *Salle Pasteur* : MM. Pouchet, Thiroloix et Jeanselme ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Achard et Renon ; — (2e série) : MM. Proust, Dupré et Gouget ; — M. Rémy, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Potocki et Demelin ; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés :

Officiers d'Instruction publique. — MM. les docteurs Demoulin, chirurgien des hôpitaux de Paris, et Guillemin, directeur du service de santé du 20e corps d'armée.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Alfred Chobaut (d'Avignon), Gires (de Paris), Imbeaux (de Nancy) et Vautherin (de Paris).

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la treizième semaine, 1 079 décès, au lieu de 1135 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1100. L'état sanitaire tend donc à être plus satisfaisant. Toutes les maladies épidémiques sont en diminution.**

La fièvre typhoïde a causé 7 décès au lieu de 8 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 11. Le nombre des cas nouveaux est seulement de 37, au lieu de 47 pendant la semaine antérieure et au lieu de la moyenne 55.

La variole a causé seulement 1 décès, au lieu de 2 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 2 ; le nombre des cas nouveaux signalés à la Préfecture de police est de 34, au lieu de 29 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 23. A Londres, la variole a causé 53 décès pendant la douzième semaine ; ce chiffre est inférieur à celui (81) des semaines précédentes ; l'épidémie constinue à frapper surtout les quartiers est de la ville.

La rougeole a causé 17 décès, au lieu de 30 pendant la semaine antérieure et au lieu de la moyenne 21 ; la scarlatine, 3 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 5 pendant la précédente semaine ; la coqueluche a causé 13 décès (dont 3 à Plaisance), au lieu de 20 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 8 ; la diphtérie, 17 décès, au lieu de 30 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 9. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins, pour cette affection, a un peu diminué (130 au lieu de 159).

La diarrhée infantile a causé 27 décès de 0 à 1 an, au lieu de 38 pendant la semaine antérieure et au lieu de la moyenne 28.

En outre, 28 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 217 décès au lieu de 216 pendant la semaine précédente et au lieu de 230, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 16 décès (au lieu de la moyenne 20) ; bronchite chronique, 27 (au lieu de la moyenne 33) ; pneumonie, 53 (au lieu de la moyenne 60) ; les autres maladies de l'appareil respiratoire, 121 (au lieu de la moyenne 117), dont 41 sont dus à la congestion pulmonaire et 52 à la broncho-pneumonie. En outre, 11 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 244 décès ; la méningite tuberculeuse, 31 ; la méningite simple, 19 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent 17 ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 51 ; les maladies organiques du cœur, 61 ; le cancer a fait périr 46 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 9 décès ; la cirrhose du foie, 13 ; la néphrite, 33 ; enfin, 44 vieillards sont morts de débilité sénile.

Recherches sur le cancer. — La commission du budget de la Chambre des députés de Berlin a voté les sommes demandées par le gouvernement pour les recherches sur le cancer. Le représentant du gouvernement a fait connaître qu'on établira à l'hôtel de la Charité, à Berlin, un laboratoire d'études et que, d'autre part, une somme de 15000 marks provenant de dons particuliers avait été consacrée à l'établissement d'un institut pour les recherches sur le cancer.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Pellerin, médecin-major de première classe, en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Verdun, à l'âge de soixante-quatorze ans ; Ellart (de Saint-André-lez-Lille) et Henrot (de Reims).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 41. — JEUDI 10 AVRIL 1902 — 75e ANNÉE. — JEUDI 10 AVRIL 1902. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DU TRAITEMENT DES NEURASTHÉNIQUES A LUCHON

Par M. le docteur H. Pelon,
Ancien chef de clinique médicale à l'Université de Montpellier,
Médecin des eaux de Luchon.

Il n'existe pas de traitement véritablement spécifique de la neurasthénie, et tous les neuropathologistes sont d'accord pour affirmer que l'hygiène et les moyens physiques doivent tenir la première place. Ayant eu moi-même à traiter à Luchon, durant ces dernières années, un certain nombre de neurasthéniques, je voudrais rapidement attirer l'attention sur les excellents résultats que j'ai obtenus grâce à l'emploi de bains sulfurés naturels d'une composition toute particulière, associés au massage et à l'action tonique et bienfaisante du climat de montagne.

Je tiens à déclarer tout d'abord que je ne parle pas ici de ces formes graves et invétérées de l'épuisement nerveux, surtout fréquentes chez les femmes, s'accompagnant de trouble mental très grand, avec disparition presque complète de la volonté et de l'énergie morale, et danger d'inanition par insuffisance d'alimentation. En pareil cas, la méthode de Weir-Mitchell, appliquée dans toute sa rigueur, comprenant l'isolement absolu, le repos, le massage, l'électricité, la suralimentation, etc., rend de très réels services, et peut même être très facilement appliquée à Luchon dans des conditions que je spécifierai. Je m'occuperai principalement, dans cette étude, des formes moins graves et plus courantes de neurasthénie, de celles qui nous sont envoyées toujours plus nombreuses à Luchon, et auxquelles cette station rend de si grands services.

Chez presque tous mes malades, j'ai observé les grands stigmates de la maladie de Beard : *céphalée*, *insomnie*, *dépression cérébrale*, *asthénie neuro-musculaire*, *vertiges*, *troubles digestifs*.

La *céphalée* existait depuis plusieurs mois, rebelle à l'action des divers produits pharmaceutiques (exalgine, antipyrine, phénacétine). Sans médication autre que le calme, le climat de montagne, et le traitement thermal représenté surtout par les bains *Bordeu*, elle a diminué d'abord pour arriver à disparaître d'une façon complète.

L'*insomnie* était également très caractérisée et très tenace, malgré l'emploi répété des narcotiques. C'est le symptôme qui a cédé le plus vite, mes malades ayant retrouvé le sommeil dès les premières nuits qu'ils ont passées à Luchon.

L'*asthénie musculaire*, les *vertiges* et les *troubles digestifs* se sont également très rapidement amendés. La place me manque pour analyser en détail chacun de ces symptômes. Je constate seulement leur sédation et même leur disparition dans bien des cas, ce qui est le fait capital, et je me propose de rechercher maintenant les causes de l'amélioration ainsi obtenue.

Les bienfaits retirés par les neurasthéniques de leur cure à Luchon sont dus, selon moi : 1° *au changement de milieu*; 2° *au climat de montagne*; 3° *au traitement thermal sulfuré*.

1° *Changement de milieu.* — En s'éloignant du milieu dans lequel s'est développée sa neurasthénie, disent Proust et Ballet, le malade surmené réalise aussitôt une réforme qui est particulièrement favorable au rétablissement de son équilibre moral. Il cesse d'avoir constamment présents aux yeux les choses et les êtres au milieu desquels il a longtemps souffert et auxquels se sont étroitement associés le souvenir et la pensée de ses troubles et de ses misères quotidiennes. Le neurasthénique qui laisse derrière lui son entourage habituel et ses objets ordinaires de préoccupations, et qui vient à Luchon, pratique une sorte d'*isolement*. De là à l'isolement absolu, radical de Weir-Mitchell, il y a tous les degrés, correspondant aux formes plus ou moins sévères et invétérées de neurasthénie. Ainsi que je l'ai dit, je n'ai pas eu à traiter de ces cas particulièrement graves ; par conséquent l'isolement rigoureux, à la campagne, à l'écart de toute agglomération, ne m'a pas paru de mise. Mais si je m'étais trouvé en présence d'un de ces neurasthéniques réclamant l'isolement absolu dont je parlais tout à l'heure, comme j'estime capital le traitement balnéaire par certaines sources sulfurées luchonnaises, j'aurais établi mon malade dans une villa à l'écart, sous les pins; il aurait ainsi bénéficié de l'action tonique d'un air pur et serait allé lui-même ou se serait fait transporter à l'établissement thermal pour y faire son traitement. D'une façon générale mes neurasthéniques sont logés en ville, afin de pouvoir plus facilement veiller sur eux. Je leur recommande de se distraire le plus possible, mais je leur défends énergiquement tout divertissement qui serait une occasion de fatigue physique ou morale.

2° *Climat de montagne.* — La seconde cause de l'amélioration observée chez mes neurasthéniques, c'est le climat de montagne. Luchon occupe, à ce point de vue, une situation géographique privilégiée. Son altitude proprement dite n'est que de 700 mètres ; mais elle est placée aux pieds immédiats des plus hautes cimes pyrénéennes, le Nethon et la Maladetta. De la sorte, les malades y respirent l'air le plus frais et le plus pur, sans cependant être exposés aux inconvénients et quelquefois même aux dangers des hauts sommets, les neurasthéniques craignant généralement beaucoup le froid et supportant très mal de grandes altitudes. Le climat y est très uniforme, frais sans être froid, et l'on n'y connaît pas ce brouillard glacial et persistant, cependant si fréquent et si dangereux dans des stations pyrénéennes plus élevées. J'ajouterai un fait de la plus haute importance ; c'est que les fontaines publiques sont alimentées par une eau de source d'une fraîcheur exquise (9° constants), dont le débit minimum est de 1 500 litres par jour et par habitant. Ce que dit Bouveret du climat de montagne en général s'applique parfaitement à Luchon. Ce climat exerce une action tonique et stimulante sur les grandes fonctions, la circulation, la respiration, la digestion, l'innervation. Aussi convient-il au traitement de la plupart des états neurasthéniques que caractérise le ralentissement de toutes ces fonctions et s'applique-t-il de préférence aux neurasthéniques à tendance dépressive, épuisés par le travail intellectuel, les émotions, le chagrin prolongé. Tel était le cas de mes malades. Tous ont retrouvé immédiatement le sommeil qu'ils avaient perdu depuis des mois et des années. Les troubles digestifs se sont également amendés : l'appétit a reparu, chaque jour stimulé davantage. La pesanteur stomacale et le ballonnement épigastrique et intestinal ont progressivement diminué. La constipation a presque toujours cédé. L'alimentation étant plus abondante, l'assimilation se faisant mieux, la nutrition intime s'améliore à son tour. Consécutivement, les forces reviennent, l'exercice et les promenades sont possibles ; et lorsque les courses en montagne se font sagement et sans fatigue, elles concourent elles-mêmes à activer les combustions et les échanges organiques. Je me résumerai donc en disant que le climat de Luchon exerce, sur le système nerveux de toute une catégorie de neurasthéniques, une action extrêmement favorable, tout à la fois sédative et tonique.

3° *Traitement thermal.* — C'est aussi cette même action *sédative et tonique* que je recherche et que j'obtiens par la source thermale *Bordeu*, prescrite sous forme de bains. *A priori* beaucoup de médecins rejettent formellement l'emploi des eaux sulfurées dans le traitement des neurasthéniques. C'est qu'à leurs yeux toutes les eaux sulfureuses doivent nécessairement avoir des propriétés excitantes et justement opposées au résultat désiré ; et Luchon, en particulier, a longtemps été regardé comme le type des sources excitantes. Il y a là une erreur absolue. Luchon n'a pas que des eaux très excitantes et électrogènes comme « Reine », « Richard, » etc. Il possède tout un groupes de sources calmantes et sédatives, parfaitement applicables aux nerveux et dont « Bordeu » est le type. Ces propriétés calmantes et sédatives, la source *Bordeu* les doit à son altération au contact de l'air, le soufre qu'elle renferme se combinant avec l'oxygène de l'air atmosphérique à l'état d'acide sulfureux et hyposulfureux, et formant ainsi des sulfites et des hyposulfites (Max Durand-Fardel). L'hyposulfite de soude qui caractérise *Bordeu* est donc formé au lieu d'emploi, après le contact de l'air. La preuve en est que l'analyse faite aux griffons de captage n'en signale que d'infimes traces. Or, un bain de *Bordeu* acquiert, ainsi que l'a démontré Ferras, 3gr561 d'hyposulfite de soude. Enfin, cette même source est très riche, en outre, en sulfurine et en azote, qui contribuent à augmenter ses effets sédatifs. J'ajouterai que ce bain, s'il est *calmant* de par les hyposulfites qu'il contient, renferme aussi des sulfures et de l'acide sulfhydrique qui lui communiquent des propriétés *toniques et reconstituantes*.

A mes neurasthéniques je les prescris le matin, vers sept heures, à la température de 34 ou 35 degrés. L'eau de *Bordeu*, comme toutes les sources de Luchon, est hyperthermale (49 degrés). Aussi la ramène-t-on, dans la baignoire, à la température indiquée, en y ajoutant la source sulfurée saline froide qui est à 17 degrés. Le malade demeure vingt-cinq minutes dans son bain au début ; progressivement la longueur en est portée à trente-cinq et même quarante minutes. Je ne dépasse pas cette durée, au-delà de laquelle on s'exposerait à avoir de la lassitude et de la dépression. Après le bain, je fais essuyer et sécher vivement mon malade, qui va se recoucher et reste au lit une heure ou deux ; je l'autorise ensuite, s'il n'est pas fatigué, à aller faire une petite promenade, qui complète très heureusement la réaction.

Ces bains *Bordeu* font réellement merveille chez les neurasthéniques qui arrivent à Luchon absolument déprimés, sans forces, et qui, au bout de quelques bains, sont vraiment transformés et assistent au retour progressif et continu de leurs forces physiques et intellectuelles. Sans doute l'air de la montagne, l'eau de table exceptionnellement bonne, sont pour beaucoup dans l'amélioration des divers symptômes neurasthéniques, en particulier de l'insomnie, de l'inappétence et de la dyspepsie par atonie gastro-intestinale. Mais, si la céphalée, et surtout l'asthénie neuro-musculaire qui est le stigmate capital de l'épuisement nerveux, s'amendent si rapidement à Luchon, alors qu'elles sont d'ordinaire si tenaces et si rebelles aux diverses méthodes thérapeutiques, c'est bien dans le bain *Bordeu* qu'il faut chercher la clé de cette amélioration. *Ses vertus calmantes et sédatives* d'une part s'adressent à la céphalée, aux vertiges, à l'insomnie, à l'énervement, *ses propriétés toniques* d'autre part s'appliquent à l'asthénie neuro-musculaire qu'elles combattent avec succès. Il semble à beaucoup de praticiens que cette asthénie serait plus efficacement traitée par la douche froide ou écossaise. Et, en effet, je pourrais nommer tel maître, venu à Luchon pour y traiter une crise aiguë de neurasthénie, vouloir, malgré l'avis de son confrère de la station, débuter par des douches de courte durée, et cependant être obligé de s'arrêter dès la troisième ou la quatrième séance, absolument éreinté par cette méthode de traitement. J'ai moi-même observé le fait bien des fois, et je ne prescris pas au début ce mode balnéothérapique. La douche d'ailleurs n'a qu'un effet passager. L'action du bain Bordeu au contraire, pour être un peu plus lente, n'en est que plus profonde et plus soutenue.

Il faut donc s'incliner devant l'évidence des faits et se bien persuader qu'à Luchon, à côté de l'influence bienfaisante du changement de milieu et du climat de montagne, le traitement thermal sulfureux du neurasthénique se résume dans le bain *Bordeu* quotidien, de trente à quarante minutes de durée, à la température de 34 degrés centigrades. Quant aux douches, je ne leur attribue qu'un rôle très auxiliaire, et je ne les ordonne que comme adjuvant du bain, sous

forme de douches écossaises, dans la seconde moitié du séjour, et après avoir bien tâté la susceptibilité du malade vis-à-vis d'elles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(8 avril 1902)

M. Brouardel analyse un travail de M. Kahn qui a été envoyé en mission aux États-Unis pour y étudier les **hôpitaux, les différents établissements d'assistance et les universités**. On sait que l'organisation américaine, au point de vue de ces établissements, est toute différente de l'organisation française. Chaque établissement, aux États-Unis, est dû à l'initiative privée, tant comme construction que comme entretien. Il y en a trois variétés : 1° les maisons de santé payantes dans lesquelles tous les malades paient leur séjour ; 2° les hôpitaux mixtes dans lesquels sont reçus des malades payants et des malades gratuits, les payants couvrent ainsi les frais entraînés par les gratuits; 3° enfin les hôpitaux d'assistance dans lesquels il n'y a que des malades gratuits.

On est vraiment surpris quand on voit ce que fait, en Amérique, l'initiative privée. Nous sommes loin, en France, d'en approcher. Cependant, dans ces dix dernières années, l'initiative privée a fourni 55 millions pour la fondation d'établissements destinés aux tuberculeux. C'est là, ajoute M. Brouardel, un courant d'idées qui mérite d'être loué et d'être encouragé.

Une organisation des hôpitaux américains qui mérite toute l'attention, c'est celle des « nurses », qui, bien traitées, bien logées et nullement surmenées, rendent de grands services. De ce côté, les établissements américains présentent sur les nôtres une supériorité incontestable.

Au point de vue des universités, M. Kahn déclare que les études médicales n'ont sur les nôtres aucune supériorité.

M. Railliet fait un rapport sur un travail de M. Barbellion relatif à l'**emploi du lait de chèvre dans l'alimentation des enfants**. Le lait de chèvre semble offrir dans certaines races une composition qui le rapproche du lait de femme; comme les essais auxquels on l'a soumis *in vitro* ont révélé une légèreté particulière de son coagulum et une grande digestibilité, il ne doit plus être question de le proscrire *a priori* de l'alimentation des enfants.

M. Sevestre soumet à l'Académie, qui les adopte, les conclusions du rapport sur la **prophylaxie de la diphtérie par les injections préventives de sérum**, de MM. Netter, Bourges et Bergeron. Voici les conclusions qui ont été adoptées à l'unanimité :

« 1° Les injections préventives de sérum ont une action manifeste; elles produisent l'immunisation chez les enfants exposés à contracter la diphtérie. Elles n'ont jamais donné lieu à des accidents sérieux et produisent tout au plus, dans un certain nombre de cas, des éruptions passagères, plus rarement encore quelques douleurs articulaires. Malheureusement, la période d'immunisation n'a qu'une durée peu prolongée, trois ou quatre semaines au plus. Dans les cas rares, où malgré l'injection la diphtérie était survenue, elle était particulièrement bénigne;

2° Les injections de sérum sont particulièrement indiquées dans les familles où s'est développé un cas de diphtérie, pour préserver de la contagion les autres enfants;

3° Les injections préventives sont également indiquées pour les enfants appartenant à une agglomération (école, crèche, salle d'hôpital), dans laquelle a été signalé un cas de diphtérie;

4° Même en l'absence d'un cas de diphtérie constaté, elles peuvent être indiquées dans certaines conditions spéciales (rougeole, scarlatine). Toutefois, pour la rougeole, l'action préventive paraît moins certaine, les doses de sérum doivent être plus fortes et plus souvent répétées;

5° La pratique des injections préventives ne dispense nullement des autres mesures prophylactiques (désinfection et isolement), mais elle les rend à la fois plus faciles et plus efficaces. »

M. Hervieux communique à l'Académie le rapport officiel destiné à M. le ministre de l'Intérieur sur les vaccinations pratiquées chez les instituteurs et les institutrices en 1901. Il expose la série des efforts tentés par ces auxiliaires pour procurer le plus largement posssible à leurs élèves le bienfait de la vaccination. Il rappelle les formes diverses sous lesquelles leur zèle s'est manifesté, actes de propagande dans les familles qu'ils invitaient à laisser vacciner leurs enfants, conférences publiques sur l'utilité de la vaccine, actes de dévouement consistant à acheter le vaccin nécessaire, à solliciter les revaccinations en temps d'épidémie, en un mot à se multiplier pour préserver de la variole les enfants qui leur sont confiés.

Cet exposé justifie pleinement les récompenses accordées aux instituteurs et aux institutrices qui se sont distingués par le zèle apporté dans l'accomplissement de leur tâche et permet d'entrevoir l'accueil qu'ils feront avec le pays tout entier à la vaccine obligatoire.

M. Doyen a lu à l'Académie l'observation des **xiphopages Radica et Doodica** qui présente de nombreuses particularités intéressantes.

M. Doyen a démontré d'abord que c'est par erreur que l'on a décrit jusqu'ici, chez les xiphopages, une membrane d'union. Il n'y a entre ces espèces de jumeaux aucune trace de tissus supplémentaires. Il s'agit d'une simple soudure sur la ligne médiane, comme si, incisant chez deux enfants, de l'ombilic au sternum, la paroi abdominale, on suturait ensemble les deux foies, les péritoines, la paroi abdominale et la peau, pour établir entre les deux sujets une boutonnière péritonéale contenant un pédicule hépatique. Ce qu'on a improprement nommé membrane d'union n'est donc qu'un pédicule factice produit par le tiraillement des tissus, pédicule qui s'allonge à mesure que les sujets avancent en âge. Mais dès qu'on les a séparés, les tissus se rétractent et il n'y a que le strict nécessaire pour refermer le ventre, sans tiraillement de la suture.

La formation de ces monstres doubles s'explique, d'après les dessins de M. Doyen, par le développement simultané, dans le même ovule doublement fécondé, de deux embryons juxtaposés qui sont toujours du même sexe et se soudent, suivant leurs rapports primitifs, par différents points du corps :

Abdomen-xiphopages (Radica-Doodica, etc.); bassin-pygopages (Rosa-Josépha, etc.).

Il est à remarquer que les monstres doubles du type Radica-Doodica jouissent d'une individualité bien distincte au point de vue psychologique comme au point de vue physiologique. L'expérience du bleu de méthylène, que l'on n'a eu le temps de faire que sur Doodica, a démontré que le sang passait très vite de Doodica chez Radica : cependant

Radica n'avait que 37°5, tandis que Doodica avait 39 degrés. Il est donc évident que la fièvre était due, chez Doodica, à l'inflammation du péritoine, à une lésion locale. L'élévation de la température se produisait chez elle sans se répercuter sur Radica qui, cependant, recevait de son sang en abondance, comme l'a démontré l'épreuve du bleu de méthylène. Cette constatation est un argument de premier ordre contre la théorie humorale de la fièvre.

L'opération a été faite d'urgence, l'une des enfants étant en danger de mort imminente. Il est certain que cette intervention aurait été beaucoup moins grave si l'on avait pu opérer les enfants en pleine santé et surtout quelques années plus tard. L'opération serait d'autant plus dangereuse qu'elle serait pratiquée à un moment plus rapproché de la naissance.

Les photographies du corps de Doodica montrent très bien la situation normale du cœur, les lésions tuberculeuses et l'abcès qui a entraîné la mort. La radiographie de Radica montre que le cœur est à gauche. La partie intérieure de sa colonne vertébrale se trouve déviée, par suite de la position défectueuse qu'elle occupait lorsqu'elle était réunie à sa sœur. Cette déformation exigera un traitement approprié, qui permettra de rétablir le rachis dans une situation normale. C'est en raison de cette déformation que la démarche de l'enfant est encore incertaine.

M. le docteur Butte a lu une note sur l'**action physiologique et thérapeutique du guaco**, note dans laquelle l'auteur a étudié d'abord l'action physiologique d'une plante qu'on trouve dans les terrains hauts d'une province du Mexique (guaco, *Aristolochia*, *Cymbifera*). Il résulte de ses recherches, que cette plante, entre autres propriétés, fait disparaître le pouvoir sensitif des nerfs de la vie de relation, et que cette disparition est due à la paralysie des centres nerveux sensitifs. Ces indications, fournies par l'expérimentation physiologique ont amené le docteur Butte à l'essayer dans les affections où les centres nerveux sensitifs sont irrités: névralgies, eczémas prurigineux, prurigo d'Hébra, prurit généralisé, prurit sénile, prurit ano-vulvaire, prurit des parties génitales de l'homme, etc.

La clinique a été d'accord avec la physiologie, et les malades atteints des affections ci-dessus ont été rapidement guéris à la suite de l'administration *intus* et *extra* du guaco.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Rachitisme intra-utérin. — M. Abbott cite le cas suivant observé chez une enfant de quatorze mois : d'une taille au-dessous de la moyenne, d'aspect chétif, le sujet présentait une tête volumineuse, des yeux saillants, des maxillaires encore dépourvus de dents, des membres déformés. Le crâne, dans son aspect général, n'avait pas l'aspect typique du rachitisme; la fontanelle antérieure était largement ouverte. Les déformités existaient depuis la naissance et l'incurvation spéciale des cuisses était caractéristique de la position du fœtus dans l'utérus. La courbure de la jambe droite présentait sa concavité en avant et en dehors; la jambe gauche au contraire était convexe en avant et en dedans de façon à se placer et à s'adapter sur la jambe opposée. Les os étaient mous et très flexibles. Cette fille provenait d'une grossesse gémellaire et, selon la mère, la déformation des membres inférieurs existait au moment de la naissance. Le jumeau du sexe masculin présentait les mêmes lésions mais à un degré moindre.

L'enfant mourut et l'examen microscopique des os montra les lésions typiques du rachitisme. M. Abbott estime que ce cas ne laisse pas de doute sur le développement, dans l'utérus maternel, des lésions rachitiques; et l'observation de cette enfant, qui présentait dès la naissance ces déformations osseuses, jointe à quelques cas cités par les auteurs, établit la possibilité du rachitisme intra-utérin. (*Pediatrics*, p. 400, 31 déc. 1901.) A. H.

De l'emploi des rayons Rœntgen pour déceler les calculs biliaires. — M. C. Beck (de New-York) serait parvenu, plus heureux que ses devanciers dans cet ordre de recherches, à déterminer, dans quelques cas, la production d'ombres permettant de déceler la présence de calculs biliaires; il y a réussi après de multiples recherches, en diminuant le temps de pose, ayant remarqué que, plus on le prolongeait, plus s'accentuait l'ombre du foie au détriment des calculs.

Beck conseille d'utiliser une pose de 10 minutes environ, suivie d'une deuxième plus courte (cinq minutes). Il convient d'employer, pour ce genre de recherche des tubes pouvant supporter de très forts courants électriques et donner une intensité de lumière considérable.

Pour éviter toute cause d'erreur, l'intestin doit être, au préalable, débarrassé de son contenu. Le patient doit être mis dans une position telle que la région avoisinant la vésicule biliaire soit rendue proéminente. L'éclairage doit être non vertical, mais latéral, afin d'éviter, autant que possible, l'obstacle apporté par le foie dont le tissu laisse difficilement passer les rayons Rœntgen. (*Centralbl. f. chir.*, 1902, n° 1, p. 14.) P. V.

CHIRURGIE

Kyste dermoïde du testicule (M. Morris.) — Cette affection est peu fréquente. Kocher en a relevé 114 cas dans la littérature médicale. Senn dit que la plupart des cas décrits sous le nom de tumeurs dermoïdes du testicule ne méritent pas cette appellation car, souvent, il s'agissait de dermoïdes du scrotum. L'observation de M. Morris semble bien avoir trait à un véritable kyste dermoïde du testicule. L'hypertrophie du testicule gauche remontait à l'enfance et le sujet était en observation depuis l'âge de douze ans. Avant cet âge, il se portait bien et le testicule augmentait de volume sans provoquer de douleur. C'est seulement vers l'âge de onze ans que la tumeur subit une évolution plus rapide, déterminant alors, en raison de son volume, une certaine gêne. Au moment où on l'opéra, elle avait le volume d'un œuf de dinde, présentait une grande dureté et aurait pu être sciée. Elle renfermait des cheveux, de la matière sébacée et deux dents. (*Saint-Louis med. Journ.*, nov. 1901.) A. H.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du fœtus (1), mémoire couronné par l'Académie de médecine (prix Capuron 1896), par M. le docteur Chambrelent, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

« Au point de vue étiologique, dit le professeur Pinard, on peut dire que, pendant la vie intra-utérine, l'être humain est exposé plus qu'il ne le sera jamais à aucune époque de son existence. D'abord, les éléments qui lui ont donné naissance peuvent lui communiquer le germe de certaines affections morbides, qui vont tout de suite troubler, entraver son développement, et quelquefois l'anéantir,

(1) In-8° de 64 p. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

avant même qu'il soit apte à vivre de la vie extra-utérine. La source de la vie a été aussi celle de sa mort.

Ensuite, si au moment de la fécondation, les éléments constituants sont sains, le terrain maternel, aux dépens duquel il se développe pendant neuf mois, peut devenir malade et ne lui fournir alors que des matériaux insuffisants, ou bien même lui communiquer directement la maladie.

Le réservoir qui le contient peut, sous certaines influences, se contracter prématurément et l'expulser, alors que les principaux appareils sont encore à l'état rudimentaire et ne lui permettent pas de vivre d'une vie propre.

Les organes éphémères qui, normalement, le nourrissent : le placenta, le cordon et les membranes, peuvent devenir pour lui la cause de malformation, de mutilation et même de mort. »

De ce résumé à la fois si bref et si complet, on peut déduire combien est complexe et combien doit être variable l'influence sur le fœtus de chacune des maladies pouvant exister chez la mère avant la conception ou se développer pendant le cours de la grossesse.

Mais, l'auteur, pour s'en tenir au texte imposé par l'Académie pour la mise au concours du prix Capuron en 1896, n'a eu à s'occuper que des maladies du poumon lui-même et son travail s'est trouvé ainsi parfaitement limité.

Les maladies du poumon, en ce qui concerne leur étude dans leur rapport avec la grossesse, peuvent être réduites à trois : 1° la pneumonie; 2° la broncho-pneumonie; 3° la tuberculose pulmonaire.

Avant d'aborder l'analyse de l'influence de chacune de ces maladies pulmonaires sur l'état de santé du fœtus, l'auteur étudie l'action que peuvent avoir sur le fœtus les troubles fonctionnels communs à toutes ces maladies.

Il expose donc :

1° L'influence d'un symptôme commun à toutes les maladies pulmonaires : la toux;

2° L'influence de l'asphyxie de la mère sur le fœtus;

3° L'influence de l'augmentation de température qui accompagne tout état fébrile;

4° L'influence de l'infection, cette dernière devant elle-même être étudiée dans des chapitres distincts :

a. Influence exercée par l'agent infectieux lui-même sur le fœtus, lorsque la maladie se généralise;

b. Influence exercée par l'intoxication de l'organisme maternel dans le cas où l'agent infectieux n'arriverait pas jusqu'à lui.

Il examine enfin successivement l'influence de la pneumonie, de la broncho-pneumonie et de la tuberculose pulmonaire de la mère sur l'état de santé du fœtus.

De ce travail, qui comporte des observations et de nombreuses expériences, il résulte que :

Les affections du poumon de la mère peuvent influencer l'état de santé du fœtus, par suite du retentissement sur son organisme de différents phénomènes qui les accompagnent : toux, asphyxie, élévation de température, infections.

Parmi ces phénomènes, l'asphyxie et l'infection paraissent jouer le rôle principal.

L'asphyxie ne paraît pas suffisante à expliquer l'avortement ou l'accouchement prématuré, ainsi que l'avait annoncé Brown-Séquard, mais, au contraire, elle peut amener la mort du fœtus, ainsi que l'avaient bien constaté nos devanciers.

Quant à l'infection, elle n'agira sur le fœtus que dans le cas où elle sera généralisée.

Tant que l'infection restera localisée à l'appareil pulmonaire, le fœtus restera indemne.

Si, au contraire, le microbe, cause de l'infection pulmonaire, se généralise dans l'organisme maternel, il ne sera nullement arrêté par le placenta et infectera le fœtus.

A. ROUSSEL.

CENTENAIRE DE L'INTERNAT EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE DES HOPITAUX DE PARIS

(AN X-1902)

MONSIEUR ET CHER COLLÈGUE,

Cette circulaire a pour objet de vous informer du programme définitif de la célébration du Centenaire : chacun des articles ci-dessous présente une importance pratique, et nous vous prions d'y accorder toute votre attention.

DATE DE LA CÉLÉBRATION. — Les élections générales devant avoir lieu le 27 avril et le scrutin de ballottage le 11 mai, il devenait impossible de maintenir la date du 13 avril d'abord choisie pour la célébration : nos collègues de province sont retenus chez eux par la préparation des élections dans lesquelles presque tous ont des intérêts plus ou moins directs, et les pouvoirs publics ne peuvent prendre part à aucune cérémonie pendant la période électorale.

Afin d'éviter toute surprise d'un retard possible des élections, le Comité a jugé prudent de fixer la date de la célébration du Centenaire aux **24 et 25 mai**.

PROGRAMME. — Le **samedi 24 mai**. Séance solennelle dans la salle des fêtes du Trocadéro, à deux heures de l'après-midi. Le soir, *banquet au palais d'Orsay*.

Le **dimanche 25 mai**, à deux heures de l'après-midi : inauguration du monument élevé dans la cour d'honneur de l'Hôtel-Dieu, à la mémoire des internes morts victimes de leur dévouement.

Le soir : *fête de bienfaisance à l'Opéra-Comique*.

La fête de bienfaisance du centenaire, dont le bénéfice sera versé à la caisse de l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris, consistera en une représentation donnée, le soir, à l'Opéra-Comique. Le public extra-médical étant convié à y prendre part, nous voulons cependant réserver aux souscripteurs du Centenaire les places qu'ils auront choisies à l'avance, et ne mettre en vente que celles qui n'auront pas été prises par eux.

Il sera satisfait aux demandes de places dans l'ordre où elles seront arrivées; lorsqu'il ne restera plus de places d'un prix donné, le demandeur en sera prévenu.

Les places devront être retirées et payées, avant le 24 mai, à midi, au bureau du Centenaire ouvert à l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

CHEMINS DE FER. — Les anciens internes *ayant souscrit au Centenaire* bénéficieront d'une réduction de 50 p. 100 sur le prix ordinaire des places des réseaux de chemins de fer suivants : État, Paris-Lyon-Méditerranée, Paris-Orléans, Ouest, Est, Nord, Midi.

L'itinéraire devra être le même à l'aller et au retour. Les billets seront délivrés pour le parcours kilométrique le plus court ; ils seront valables pour une quinzaine de jours.

Les demandes doivent être adressées **avant le 20 avril, terme absolument de rigueur**, au trésorier, M. G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris, et *sont subordonnées à la souscription préalable au Centenaire*.

La Compagnie générale transatlantique a consenti également une réduction de 30 p. 100 pour nos collègues d'Algérie et de Tunisie qui devront nous faire connaître leur port d'embarquement.

MÉDAILLE. — Le nom de chaque souscripteur doit être gravé sur la médaille qui lui est destinée : comme il est impossible de graver pour chacun plus d'une lettre pour le prénom, nous vous prions de vouloir bien indiquer sur la fiche ci-jointe, n° 3, quel est *votre prénom usuel*, faute de quoi le choix fait par nous parmi plusieurs prénoms risquerait d'être inexact.

LE COMITÉ D'ACTION.

AVIS IMPORTANT. — Un bureau du Centenaire sera ouvert les 23, 24 et 25 mai, à l'Assistance publique, 5, avenue Victoria, de 10 heures du matin à 5 heures du soir.

Nos collègues pourront y retirer les places qu'ils auront retenues pour la représentation de l'Opéra-Comique.

Nos collègues de la province et de l'étranger y trouveront, sous enveloppe à leur nom, les cartes d'invitation aux cérémonies et les places de théâtre.

Prière d'adresser la correspondance au secrétaire général, M. le docteur Ray. Durand-Fardel, 129, faubourg Saint-Honoré, et les souscriptions ou adhésions au trésorier, M. G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — EPREUVE ORALE. — Séance du 8 avril 1902. — Questions : « Artère pulmonaire jusqu'à son entrée dans le poumon. — Symptômes des péricardites aiguës. » MM. Taguet, 16 + 21 = 37 ; Oppert, 12 + 19 = 31 ; Deshayes, 14 + 16 = 30 ; Magitot, 14 + 16 = 30 ; Rabourdin, 12 + 18 = 30 ; Tassin, 12 + 17 = 29 ; Claret, 10 + 15 = 25.

La prochaine séance a lieu ce soir mercredi.

Guerre. — M. Damian, médecin aide-major de première classe au 22e d'infanterie coloniale, est mis à la disposition du commandant supérieur des troupes à la Martinique.

MM. le médecin-major de deuxième classe Chabaneix et le médecin aide-major de première classe Feray, en résidence à Nontron et à Évreux, ont été désignés pour servir au 5e d'infanterie coloniale, à Cherbourg.

La VIIe session du Congrès français de médecine se réunira à Paris en 1894 : le bureau est ainsi composé : président, M. Jaccoud ; vice-présidents, MM. Hanriot et Brissaud ; secrétaire général, M. Gilbert Ballet ; trésorier, M. Merklen.

Les sujets de rapport sont :

1° Formes cliniques de l'obésité ;

2° Tension artérielle dans les maladies ;

3° Injections hypodermiques de préparations mercurielles.

Intérêts professionnels. — La Cour d'appel de Riom vient de rendre un arrêt du plus haut intérêt pour les médecins qui reçoivent de leurs clients la mission de visiter une tierce personne, ainsi que cela se produit d'une façon courante en matière d'accidents, et plus rarement en cas de coups et blessures.

Une malade ainsi soumise à l'examen d'un docteur venu de la part des auteurs mêmes des blessures s'était plainte d'avoir été violentée par le médecin.

En fait, ces violences n'étaient pas établies ; mais sur la visite même, voici quelle a été l'opinion de la Cour de Riom :

« Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats qu'en avril 1900 les époux M..., craignant les conséquences d'une action en dommages-intérêts pour coups et blessures sur la personne de la femme G..., ont chargé le docteur X... d'aller auprès de cette dernière, malade, pour constater son état ;

Que le docteur X... n'a pas craint d'accepter une pareille mission sans avoir aucun mandat de justice et sachant que le docteur Z... était le médecin de la femme G..., lui faisant de fréquentes visites ;

Que le docteur X... n'a pas craint, après l'avoir acceptée, de remplir cette mission sans mander avec lui ou simplement prévenir le docteur Z... et de rédiger, sur ces constatations, qui devaient demeurer absolument secrètes, un certificat qu'il a livré aux époux M..., sachant qu'ils devaient en faire usage publiquement ;

Qu'à cet effet, il a, le 12 avril, pénétré dans le domicile de la femme B..., chez laquelle la femme G... se trouvait alitée, qu'il a découvert la malade et l'a inspectée de la façon la plus intime, sachant qu'elle était mariée et sans avoir demandé à son mari, qui travaillait non loin de là, son assentiment à une pareille visite. »

La Cour conclut en disant que ce sont là « des actes les plus blâmables tant au point de vue professionnel qu'au point de vue des délits ou quasi-délits qu'on pourrait y rechercher ».

Après quoi la Cour relaxe, le délit reproché au docteur X... ne paraissant pas suffisamment établi, car le médecin de la malade a lui-même déclaré devant les premiers juges, que la visite de celle-ci, telle qu'elle avait été pratiquée, ne pouvait avoir eu lieu sans son consentement — ce qui excluait, dès lors, la « violence ».

L'affaire Danval. — Une conférence aura lieu le jeudi 10 avril 1902, à huit heures et demie du soir, dans la salle de la Société d'horticulture de France, 84, rue de Grenelle, sous la présidence de M. le professeur Cornil. La question toxicologique sera traitée par M. le professeur Béhal, de l'École supérieure de pharmacie.

Laboratoire de l'hôpital Saint-Joseph. — *Conférences d'hématologie normale et pathologique. Cytodiagnostic. Bactériologie.* Une série de leçons avec exercices pratiques commencera le 14 avril prochain. Le programme détaillé est déposé au laboratoire, où l'on est prié de s'inscrire (7, rue Pierre-Larousse).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Emile Cabaud, interne des hôpitaux de Lyon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les polynévrites, par le docteur PERRIN. In-8° de 248 p. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du fœtus, par le docteur CHAMBRELENT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. Mémoire couronné par l'Académie de médecine. In-8° de 64 p. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Les exostoses, par le docteur MAILLAND. In-8° de 173 p. avec 3 planches. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Formulaire pratique de thérapeutique pour le traitement de la syphilis, par le docteur MARMONIER, membre de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, avec une préface du docteur JULLIEN, chirurgien de Saint-Lazare. In-8° de 420 p. cart., tranches rouges. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

La psychologie du délire dans les troubles psychopathiques, par MM. N. VASCHIDE, chef des travaux au laboratoire de psychologie expérimentale de l'Ecole des hautes-études (asile de Villejuif), et C. VURPAS, interne des asiles de la Seine (asile de Villejuif). Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mém.). — Prix : broché, 2 fr. 50 ; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Aide-mémoire de chirurgie infantile, par le docteur Paul LEFERT. In-18 de 324 p., cart. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le tabac, son histoire, sa production, sa consommation, son rôle au point de vue économique, son influence sur la santé physique, intellectuelle et morale de l'enfant et de l'adulte. Moyens de combattre le tabagisme. Action des particuliers et action de l'État, par Jules DENIS. In-8° de 125 p. avec fig. et graphiques. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Influence des climats et des saisons sur les dépenses de l'organisme chez l'homme. Fixation de la ration dans ces diverses conditions par le docteur MAUREL, médecin principal de réserve de la marine, chargé de cours à l'Université de Toulouse. In-8° de 92 p. avec de nombr. tab. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — ÉPREUVE ORALE. — Séance du 9 avril 1902. — Questions : « Les articulations radio-cubitales. — Symptômes de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. » — MM. Bréchot, 16 + 19 = 35 ; Boisseau, 12 + 21 = 33 ; Ertzbischoff, 13 + 20 = 33 ; Le Play, 11 + 32 = 33 ; Bouchez, 14 + 18 = 32 ; Morel, 13 + 18 = 31 ; Pater, 13 + 18 = 31 ; Perpère, 12 + 19 = 31 ; Claeys, 14 + 15 = 29 ; Jardry, 11 + 17 = 28 ; Berthaux, 10 + 15 = 25.

École de médecine. — *Nantes.* — Un concours s'ouvrira le 10 novembre 1902, devant l'École de médecine de Nantes, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie pathologique à ladite École.

— *Poitiers.* — Un concours s'ouvrira, le 10 novembre 1902, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quatorzième semaine, 1 068 décès, au lieu de 1079 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1065.

La fièvre typhoïde a causé 10 décès au lieu de 7 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 9. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins (46) continue à être voisin de la moyenne (44).

La variole a causé 3 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 1 pendant la semaine précédente ; le nombre des cas nouveaux signalés à la Préfecture de police est à peu près stationnaire (32, au lieu de moyenne 21). A Londres, l'épidémie a causé un nombre de décès un peu supérieur à celui de la semaine précédente. Pendant la treizième semaine on a enregistré 61 décès.

La rougeole a causé 22 décès, au lieu de 17 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 32. La scarlatine a causé 3 décès, comme la semaine précédente, au lieu de la moyenne 4 ; le nombre des cas nouveaux (92), supérieur à la moyenne (83) augmente progressivement depuis cinq semaines. La coqueluche a causé 23 décès au lieu de 13 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 9. La diphtérie, 13 décès, au lieu de 17 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 8 ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins (123) continue à diminuer, tout en restant sensiblement supérieur à la moyenne 67.

La diarrhée infantile a causé 27 décès de 0 à 1 an, comme la semaine précédente, au lieu de la moyenne 26.

En outre, 22 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 215 décès au lieu de 217 pendant la semaine précédente et au lieu de 204, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 13 décès (au lieu de la moyenne 18) ; bronchite chronique, 30 (chiffre identique à la moyenne) ; pneumonie, 60 (au lieu de la moyenne 52) ; les autres maladies de l'appareil respiratoire, 112 (au lieu de la moyenne 104), dont 51 sont dus à la congestion pulmonaire et 55 à la broncho-pneumonie. En outre, 12 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 225 décès ; la méningite tuberculeuse, 22 ; la méningite simple, 12 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent 20 ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 49 ; les maladies organiques du cœur, 67 ; le cancer a fait périr 52 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 12 décès ; la cirrhose du foie, 14 ; la néphrite, 58 ; enfin, 36 vieillards sont morts de débilité sénile.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur Alfred Fournier reprendra ce cours le vendredi 18 avril, à dix heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Saint-Lazare (107, faubourg Saint-Denis). — *Cours du semestre d'été.* — M. le docteur Wickham fera un cours le mardi, à dix heures et demie, à partir du 22 avril (syphilis).

M. le docteur Jullien fera un cours les jeudis et samedis, à dix heures et demie, à partir du 24 avril (blennorragie, vénéréologie).

MM. les docteurs et les étudiants pourvus de 16 inscriptions entrent sur la présentation de leur carte ou du certificat de la Faculté.

Traité des maladies de l'enfance, par le docteur Adolf BAGINSKY, professeur à l'Université de Berlin. In-8°. — Prix : 16 marks 50. — Leipzig, S. Herzel.

Cinquième session de l'association française d'urologie (Paris, 1901). Procès-verbaux, mémoires et discussions publiés sous la direction du docteur DESNOS, secrétaire général. In-8° de 64 p. avec 51 fig. dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

VIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(TOULOUSE 1902)

PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR LEMOINE

Séance du 1er avril 1902

PREMIÈRE QUESTION : **L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE**

(Rapporteurs : 1° M. le professeur CHARRIN (de Paris); 2° M. le professeur DUCAMP (de Montpellier) ; 3° M. le docteur A. VER ECKE.)

1° **M. CHARRIN.** L'insuffisance hépatique a été étudiée dans une série de thèses et d'articles, où cette question se trouve examinée sous ses divers aspects; le rapporteur se bornera donc à quelques remarques personnelles.

I. La vie intra-utérine et l'insuffisance hépatique. — L'insuffisance hépatique se manifeste avec une extrême fréquence *pendant la vie intra-utérine* par l'influence des maladies de la mère. Le substratum anatomique se ramène à la congestion, à l'hémorragie, à la dégénérescence granuleuse des cellules fréquemment chargées de graisse, parfois même à une véritable cirrhose; la teneur des cellules hépatiques en glycogène est particulièrement faible, le pouvoir oxydant en est sensiblement amoindri, de même pour Alessandro le pouvoir antitoxique. Le foie est prédisposé à subir l'influence maternelle car la masse sanguine venue du placenta est obligée de traverser tout d'abord le parenchyme hépatique. Certes chez les nouveau-nés athrepsiques, les échanges sont en déficit, les oxydations sont en défaillance, de là un surmenage pour atteindre l'équilibre thermique et, finalement, une auto-intoxication à laquelle s'associe souvent une infection développée dans presque tous les cas à la faveur de cette insuffisance vitale, car, la syphilis mise à part, les microbes des affections maternelles franchissent rarement le placenta et ces athrepsiques naissent habituellement aseptiques; évidemment ce sont là des causes d'insuffisance hépatique mais en réalité beaucoup plus importante paraît être l'*influence maternelle*. Parfois, cette influence se manifeste par *imprégnation de l'ovule* si le mal existe chez les ascendants à l'heure de la conception; mais, quand la contamination de la mère est postérieure à cette conception, il faut admettre l'action directe des poisons ayant franchi le placenta et le passage peut être parfois des plus rapides, ainsi dans la fièvre typhoïde. Ces poisons sont le plus souvent d'origine microbienne. Mais on peut soutenir aussi qu'un foie maternel disloqué peut laisser passer dans le sang quelques-uns de ses éléments et donner naissance ainsi à une *hépato-toxine*, une *lysine hépatique*, qui franchissent le placenta pour aller désagréger la glande biliaire du fœtus; aux poisons microbiens ou dérivant du monde extérieur s'ajoutent ainsi des *poisons d'origine cellulaire* qui vont passer de la mère chez le fœtus et créer chez ce dernier une insuffisance hépatique partielle ou totale.

II. Auto-intoxication et insuffisance hépatique. Rôle de la grossesse et de l'éclampsie. — Dans l'éclampsie, le foie est l'organe qui présente le *maximum* d'altérations, hémorragies, dégénérescence, infiltration graisseuse, diminution du glycogène, augmentation des principes toxiques, cependant, dans certains cas, la lésion hépatique n'est pas le substratum anatomique unique de l'éclampsie ; aux tares hépatiques s'associent des tares d'autres organes, en particulier des reins. Ces lésions qui créent l'insuffisance ressemblent aux lésions provoquées par les poisons venus de l'extérieur, phosphore, mercure; on peut donc les supposer déterminées par une intoxication. Or, chez la femme enceinte, les oxydations sont ralenties, la constipation est la règle, d'où fermentations digestives nuisibles, la perméabilité des reins est parfois diminuée, les organes antitoxiques, en particulier le foie, sont souvent touchés, de sorte que plus de poisons sont déversés dans les tissus, moins de poisons sont éliminés ou détruits, d'où accroissement progressif des produits nocifs de l'économie. Ces produits toxiques peuvent se retrouver soit dans les urines soit dans le sérum des éclamptiques, car l'expérimentation permet de reproduire avec ce dernier des symptômes ou des lésions qui rappellent, surtout en ce qui concerne le foie, les désordres pathologiques caractéristiques de l'éclampsie. Cependant, il peut arriver que ces poisons ne soient pas en circulation, retenus qu'ils sont dans l'intimité des tissus, de telle sorte qu'un sérum non toxique peut provenir de malades à foie très toxique.

III. La rate et l'insuffisance hépatique. — La rate est anatomiquement réunie au foie, de sorte que les éléments solubles ou figurés situés dans la rate peuvent se rendre, par la veine splénique, dans la glande biliaire et l'altérer. Mais on doit supposer aussi que le foie peut être modifié à l'aide de principes fabriqués par la rate ou mis en jeu grâce à sa complicité; cependant il faut reconnaître que l'on est impuissant à préciser et la nature et le degré de cette influence; l'ablation de la rate déterminerait une hypertrophie hépatique avec augmentation du glycogène (Delamare). Au surplus, ces synergies organiques sont complexes, et le rein, le cœur, l'intestin sont capables de fléchir la valeur fonctionnelle de ce parenchyme hépatique. Que la muqueuse de l'intestin, par exemple, offre une solution de continuité et la trypsine pourra atteindre le parenchyme hépatique et l'altérer. Enfin, la cellule hépatique placée entre deux voies d'excrétion, la voie sanguine et la voie biliaire, subira les contre-coups des différences de pressions du sang et de la bile qui amèneront ainsi des insuffisances relatives, car on conçoit sans peine comment une élévation de pression peut s'opposer à ce que les sécrétions quittent le protoplasma.

IV. Insuffisance hépatique et lésions cutanées. — La clinique a montré depuis longtemps que le déficit de la glande biliaire s'accompagne de troubles cutanés (prurit, xanthelasma, pigmentation, etc.). Cette déchéance de la peau relève tout au moins de l'insuffisance du foie. C'est ainsi qu'il existe chez certains poissons une affection caractérisée par des taches cutanées, avec chute des écailles et hémorragies; sur ces zones altérées existe une boue semi-liquide renfermant des bactéries, des champignons, etc. Ces lésions sont assez disparates, une seule paraît constante, primitive, celle du foie. On peut donc supposer que chez ces poissons, sous l'influence de causes tenant à la chaleur ou à l'encombrement, par exemple des troubles intestinaux ou toxiques, le foie s'altère et la peau ne se détériore qu'à partir du moment où ce viscère ne lui fournit plus les éléments nécessaires à son entretien.

V. Quelques causes d'insuffisance hépatique. — Les parasites agissent soit à la manière de corps étrangers, les coccidies ar exemple, soit par la sécrétion de toxines. Le foie se défend par les propriétés antitoxiques ou bactéricides de la bile, du glycogène, etc., d'une part; par l'intervention de macrophages dérivant en majorité du tissu spléni-

que, d'autre part. Propriétés bactéricides du foie, possibilité de recevoir des toxines intestinales capables de provoquer des suppurations dépourvues de toute bactérie, disparition des bactéries au bout d'un certain temps, ce sont là autant de raisons qui nous expliquent les abcès stériles du foie. Cependant, malgré ces éléments de défense, certains parasites ont une prédilection relative pour le parenchyme hépatique. Le succès des inoculations intra-hépatiques peut tenir à ce que l'agent morbifique a vécu dans cette glande biliaire ou tout au moins dans un organisme vivant, car l'expérimentation a démontré que des passages antérieurs dans un milieu donné confèrent au parasite qui a effectué ces passages des aptitudes remarquables à se développer de rechef dans ce milieu. Un microbe qui aura pullulé dans un bouillon avec de l'extrait de foie n'évoluera nulle part aussi vite que dans la glande biliaire.

VI. **L'utilisation des sucres et l'insuffisance du foie.** — On croit généralement que le foie arrête au passage les principes sucrés qui lui sont apportés et les transforme en glycogène; ainsi apparaît la valeur de la glycosurie dite alimentaire pour permettre d'apprécier la capacité de la cellule hépatique à transformer les hydrates de carbone. Or notre observation nous oblige à déclarer que. chez les sujets atteints d'une affection du foie, nous tenons cette glycosurie pour infiniment moins fréquente qu'on ne l'admet. On sait en effet que nos viscères comportent plus de tissu que n'en réclament leurs fonctions; le foie n'échappe pas à cette règle et malgré une disparition d'une partie de ses cellules il peut être encore suffisant dans sa fonction glycogénique. Au surplus, la glycosurie alimentaire est d'interprétation difficile, car les tissus périphériques peuvent transformer les sucres; d'autre part, la qualité du sucre joue un rôle important. Ainsi le foie transforme plus facilement en glycogène la glycose que le galactose; par suite, si l'on fait ingérer en même temps une quantité égale de ces deux sucres, le galactose apparaîtra la première dans les urines, mais l'élimination de la glycose durera plus longtemps. La levulosurie se présente plus tardivement et à un plus faible degré. D'autre part, si l'on emploie des bihexoses, lactose, maltose, saccharose, l'influence du foie et des tissus s'efface devant l'importance des ferments de dédoublement qui se trouvent dans le tube digestif. En réalité, la levulosurie paraît être à ce point de vue le meilleur signe d'insuffisance du foie, car cet organe semble être le seul apte à s'en servir. Pour toutes ces raisons il est indispensable de se montrer réservé quand on veut apprécier l'insuffisance hépatique par la glycosurie alimentaire; bien plus, cette glycosurie peut être sous la dépendance d'un excès de fonctionnement qui, ayant rempli toutes ses cellules de glycogène, ne saurait plus où loger de nouvelles acquisitions.

VII. **Le foie et les maladies graves.** — Il est certain que la dégénérescence du foie entraîne habituellement une insuffisance accentuée. Mais on sait aussi que la surcharge graisseuse de cet organe, chez les tuberculeux par exemple, n'est pas incompatible avec un fonctionnement biliaire satisfaisant, avec la production d'une bile bien colorée; ces constatations semblent faites pour permettre d'attribuer aux épithéliums des plus fins canalicules de la bile, la possibilité de prendre part à la sécrétion de ce produit.

VIII. **L'élimination du bleu de méthylène et les indications de l'insuffisance hépatique.** — Le foie agit sur le bleu de méthylène qui, fixé, atténue l'activité du tissu hépatique et fait fléchir l'énergie de sa propriété anticoagulante. Il convient d'être très réservé sur la valeur de l'intermittence de l'élimination du bleu comme signe d'insuffisance hépatique. Une foule de cellules agissent, en effet, sur cette matière colorante, suivant le degré du pouvoir réducteur de ces cellules; au surplus, le rein est à la fois filtre et glande, dès lors et des conditions mécaniques de circulation et des conditions d'activité des épithéliums tubulaires peuvent modifier l'élimination. Ainsi, comment reconnaître qu'une matière colorante soumise à tant d'influences, cellulaires ou vasculaites, chimiques ou mécaniques, traduit uniquement les variations fonctionnelles de quelques-uns des éléments qui ont pouvoir sur elle!

IX. **Insuffisance antitoxique du foie.** — Cette insuffisance peut se marquer par des désordres nerveux, par la folie hépatique, par des hémorragies dues à des modifications de pression, à des altérations du sang et des parois vasculaires, par l'hypothermie due à l'influence des composés ammoniacaux et à l'insuffisance glycogénique, par des troubles de la secrétion urinaire (oligurie, albuminurie, etc.). Cependant la présence d'indican et d'acides sulfo-conjugués dépendent, en dehors de l'action du parenchyme hépatique de trop d'influences pour pouvoir nous renseigner sûrement et exclusivement sur l'état de ce parenchyme; il en est de même de la leucémie, de la thyrosine, de la créatine, etc., renfermées dans l'urine. Par contre, il semble que l'insuffisance hépatique soit en relations plus étroites avec l'accroissement dans l'urine des acides urique, lactique.

Les symptômes enregistrés sont créés par les poisons que le foie aurait dû détruire ou métamorphoser et, parmi ces produits, les corps ammoniacaux tiennent une large part, car ils doivent servir normalement à former l'urée. Cependant cette fonction antitoxique du foie ne s'exerce pas sur tous les poisons; elle est parfois, en effet, très faible sur certaines toxines microbiennes; on a même dit que le foie pouvait exalter quelques-unes de ces toxines. Ces toxines sont détruites ailleurs que dans la glande biliaire; ainsi la pepsine, la pancréatine, la trypsine les atténuent et les digèrent dans le tube digestif; dans le même sens agissent aussi les parasites du conduit intestinal. On voit ainsi que la muqueuse intestinale atténue des poisons protéiques, des toxines et laisse passer, sans les métamorphoser, soit les alcaloïdes, soit les composés ammoniacaux, mais ces derniers sont transformés par le foie; l'organisme dispose de deux groupes de défense placés l'un derrière l'autre; le second agit sur les principes que le premier épargne; les deux réunis effectuent des besognes qui se complètent. On a voulu attribuer au glycogène cette atténuation des éléments nuisibles, mais en réalité ce glycogène paraît être simplement un témoin passif de l'activité hépatique. Il est, en effet, certain qu'un parenchyme hépatique qui se porte bien contient de notables quantités de ce produit; quand ce produit disparaît, il y a toute chance pour que la santé et par suite le fonctionnement de ce parenchyme, son pouvoir antitoxique, etc., fléchissent dans des proportions variables, mais les faits n'autorisent pas à faire du glycogène l'agent même de l'atténuation des poisons.

2° M. DUCAMP. Le terme « insuffisance hépatique » ne doit s'appliquer qu'aux cas dans lesquels les fonctions hépatiques sont diminuées (hypohépatie). On ne peut, par suite, y englober ni l'hyperhépatie, ni la dyshépatie, ni même

l'anhépatie qui constitue un syndrome bien connu et fort antérieur aux travaux contemporains, le syndrome de l'ictère grave. En réalité l'hypohépatie, la petite insuffisance, reste la véritable insuffisance pour le clinicien, car elle est parfois difficile à reconnaître et une thérapeutique éclairée peut prévenir le danger qu'elle annonce. Cette insuffisance se révèle par un syndrome urinaire comprenant la glycosurie alimentaire, l'hypoazoturie, l'hypertoxicité urinaire, l'urobilinurie, l'indicanurie, l'intermittence d'élimination du bleu de méthylène.

L'interprétation exacte de la *glycosurie* alimentaire est parfois difficile par l'intervention de plusieurs facteurs : pouvoir glycogénique des tissus autre que le foie, rôle de l'intestin dans l'absorption du sucre ingéré, rôle du rein dans l'excrétion du glycose, rôle du système nerveux. L'hésitation est permise entre les opinions extrêmes, la glycosurie alimentaire a peu de valeur d'une part, la glycosurie alimentaire est un bon signe d'insuffisance hépatique d'autre part. Prise isolément, sa valeur reste indécise, mais elle doit, par la facilité de sa recherche clinique, mettre sur la voie de la recherche du faisceau des preuves de l'insuffisance hépatique.

L'hypoazoturie reste un bon signe de l'insuffisance. A ce signe se rattache l'épreuve de l'*ammoniurie expérimentale* de Gilbert et Carnot : dosage chez les malades de l'ammoniaque et de l'urée des urines après ingestion de 4 à 6 grammes d'acétate d'ammoniaque. Cette épreuve peut donner d'excellentes indications. Il en est de même de la recherche de la toxicité urinaire, mais comme l'a dit Gouget : « L'hypertoxicité urinaire peut tenir à bien d'autres causes qu'à l'insuffisance hépatique. Mais il n'en est pas moins vrai que, constatée au cours d'une affection hépatique, elle offre une valeur séméiologique importante. Elle indique à la fois que les cellules hépatiques sont plus ou moins insuffisantes et que le rein est, au contraire, suffisant, renseignement fort important. »

Il est probable que, conformément à l'opinion de Gilbert et Carnot, l'*urobilinurie* est le témoin, non d'une insuffisance, mais d'une viciation fonctionnelle du foie, d'une parahépatie. Certains auteurs ont trouvé les *acides sulfo-conjugués* augmentés dans la cirrhose et le cancer hépatique; aussi, tandis que Gilbert et Weil font de l'*indicanurie* un excellent signe d'hypohépatie, Gouget lui attribue un rôle restreint. « On doit encore remarquer que le foie étant l'un des organes où se produit la sulfoconjugaison, son insuffisance devrait plutôt entraîner la diminution de ces acides, et Liger les a trouvés diminués au cours de diverses affections hépatiques (cirrhose, cancer). »

L'*élimination intermittente du bleu de méthylène* constitue peut-être le signe révélateur le plus fidèle et le plus constant de l'insuffisance hépatique et l'épreuve de Chauffard, au point de vue diagnostic, est d'autant plus importante que parfois elle est le seul signe d'hypohépatie.

En résumé, chaque signe pris isolément n'a pas une valeur absolue; chacun d'eux pris isolément peut faire défaut; ce qui importe c'est leur association dans les formes complètes d'insuffisance, leurs combinaisons dans les formes dissociées, et parmi tous les signes, le plus sensible paraît être l'épreuvre de Chauffard, du bleu de méthylène.

3° M. VER EECKE. Dans ce rapport, très intéressant et d'une *bibliographie complète*, M. Ver Eecke a étudié l'*hypoazoturie*, sa conception actuelle et sa valeur comme signe de l'insuffisance hépatique.

Depuis les travaux de Brouardel, l'hypoazoturie s'est imposée comme un des éléments les plus importants du syndrome urologique de l'insuffisance hépatique, car il était admis que la plus grande quantité sinon la totalité de l'urée se formait dans le foie.

Mais les recherches modernes ont pu établir que le foie est un organe pauvre en urée, comparé surtout à la teneur en urée des autres tissus. Cette notion certes ne doit pas encore ébranler l'opinion sur la fonction uropoiétique du foie car, peut-être par les lois de l'osmose ou par une activité cellulaire spéciale, l'urée peut être drainée au fur et à mesure de sa formation. Au surplus tous ces auteurs sont unanimes à reconnaître que le sang qui sort du foie est plus riche en urée que celui qui s'y rend et ce caractère est évident surtout pendant la digestion. Cette fonction uropoiétique apparaît comme la résultante d'une fermentation pouvant évoluer même en dehors de la vitalité des éléments cellulaires, selon les expériences de Richet et de Goltlieb; ce dernier auteur a constaté qu'un foie broyé, placé à l'étuve, produit encore de l'urée, mais que cette production s'arrête à 80 degrés centigrades. Cependant, en dehors de l'organisme vivant, ce ferment d'après Loewog ne pouvait élaborer l'urée proprement dite, mais bien une substance, son antécédent immédiat, placée entre les acides amidés et l'urée. Chaque fois que le foie paraît être en hyperfonction, la quantité d'urée excrétée paraît augmentée; ces conditions paraissent réalisées par l'électrisation, la congestion du foie, les excitations de la sécrétion biliaire par les divers cholagogues.

L'urée provient de la transformation des albumines par une série d'intermédiaires dont les chaînons les plus voisins de l'urée sont les acides amides, l'ammoniaque, les carbonates, car l'ingestion de ces corps augmente la production d'urée.

L'ingestion de carbonate, d'ammoniaque ou de sels ammoniacaux à base organique augmente la production d'urée, car ces sels peuvent être décomposés dans l'organisme. Le chlorhydrate d'ammoniaque passe au contraire directement dans les urines, car c'est un sel plus fixe. Une partie de l'ammoniaque de l'organisme peut être soustraite à la transformation en urée par sa neutralisation soit par acides inorganiques, soit par une alimentation carnée excessive qui peut-être donne naissance à de l'acide sulfurique ou à de l'acide phosphorique, soit par des états pathologiques où se forment des acides lactique, butyrique, etc. Dans ces conditions, la quantité d'urée diminue en faveur de l'élimination de l'ammoniaque. On est ainsi amené à concevoir le rapport normal de l'urée à l'ammoniaque comme la résultante de deux processus de défense contre deux espèces d'intoxications, toujours imminentes : l'ammonémie et l'acidémie. L'urée sert à débarrasser l'organisme de l'ammoniaque, mais cette ammoniaque peut servir dans certaines circonstances à protéger l'organisme contre les surcharges acides. La synthèse de l'urée aux dépens de l'ammoniaque et de l'acide carbonique selon la théorie de Smedeberg a été localisée très nettement dans le foie; bien plus, le foie serait l'unique organe capable de localiser cette synthèse. Ainsi l'hypoazoturie peut provenir de plusieurs facteurs soit que le foie devienne insuffisant à sa tâche, soit que les matériaux à désintégrer ne lui soient pas fournis. En effet le foie ne fabrique de l'urée qu'aux dépens des pro-

duits intermédiaires et pénultièmes de la désassimilation des albumines; ces matériaux doivent lui être fournis; leur quantité disponible est en raison directe de l'activité de la destruction des substances quaternaires; or des conditions physiologiques et pathologiques multiples influencent le métabolisme nutritif, régime alimentaire, digestion et résorption, activité et repos de l'organisme, etc.

L'hypoazoturie comme signe de l'insuffisance uropoiétique du foie ne sera pas tant constituée par une baisse du chiffre absolu de l'urée que par une diminution du rapport de l'urée à l'azote total; encore faut-il que les inflexions de ce rapport ne puissent être attribuées à des conditions qui, sans impliquer un affaiblissement du pouvoir uropoiétique, réduisent l'uréogénésie en lui soustrayant une partie de ses matériaux, ainsi agit la superproduction d'acides qui vient fixer une partie de l'ammoniaque destinée primitivement à former de l'urée, etc.

Les conséquences de la suppression expérimentale du foie nous permettent de préciser les caractères préétablis de l'hypoazoturie anhépatique. Celle-ci est constituée essentiellement par une diminution absolue et relative de la sécrétion et de l'excrétion de l'urée chez les mammifères.

La diminution absolue de l'urée est jusqu'à un certain point proportionnelle au degré de déchéance anatomique et fonctionnelle de l'organe, sans que toutefois la formation et l'excrétion de ce principe paraisse pouvoir jamais se réduire sous un certain taux encore indéterminé. A supposer que la suppression totale de l'urée soit compatible avec la vie, elle impliquerait, outre l'abolition de l'activité spécifique du foie, un trouble nutritif plus général, une déchéance fonctionnelle de la plupart des tissus et organes.

Le déficit de l'urée est couvert en partie par des antécédents immédiats de l'urée : l'ammoniaque, l'acide carbamique; éventuellement, en partie par l'acide urique et des matières azotées extractives.

L'hypoazoturie anhépatique est donc toujours caractérisée par un abaissement du coefficient azoturique d'autant plus considérable que la déchéance du foie est plus profonde et que le mouvement de la désassimilation de l'azote est plus intense.

La lactacidurie semble pouvoir être considérée comme corrélative de l'hypoazoturie anhépatique.

Ainsi caractérisée, l'hypoazoturie est toujours un signe de grande insuffisance hépatique; elle dénote une atteinte grave de la vitalité de l'organe.

L'étude des troubles de l'uréogenèse dans les affections dégénératives typiques du foie prouve, dans son ensemble, que le pouvoir uropoiétique du foie ne devient insuffisant que dans la déchéance organique profonde de l'organe et ne s'éteint qu'avec sa désorganisation totale. En pathologie hépatique, quelle que soit la dégénérescence du foie, le coefficient azoturique ne s'abaisse jamais au degré atteint dans la suppression artificielle de l'organe. Le foie ne peut être le seul lieu producteur de l'urée; l'observation clinique confirme sur ce point la pathologie expérimentale.

L'uropoièse est une fonction biochimique dévolue en partie à tous les organes et tissus, mais qui se localise spécialement dans le foie.

La quantité absolue d'urée dépend essentiellement et avant tout de la nutrition générale.

Le pouvoir uropoiétique du foie, probablement de nature fermentative, est très étendu, normalement très supérieur aux besoins ordinaires et jusqu'à un certain point indépendant de la masse de la glande. Il peut se conserver intégral dans des portions même minimes ou des restes de l'organe épargnés par les processus morbides; il ne pourrait s'affaiblir qu'avec la réduction extrême du parenchyme et ne s'éteindre qu'avec la déchéance complète de l'organe.

La suppression expérimentale du foie n'entraîne pas l'arrêt de l'uréogenèse, mais détermine seulement un abaissement très considérable du coefficient azoturique, presque exclusivement au profit d'une ammoniurie proportionnelle, seule caractéristique certaine de l'hypoazoturie anhépatique.

Celle-ci apparaît plus ou moins prononcée dans les affections dégénératives du foie, mais sa signification est équivoque. Elle traduit plutôt une intoxication acide de l'organisme qu'un affaiblissement du pouvoir uropoiétique.

Cette intoxication acide est tout au moins en grande partie indépendante du foie, en partie, peut-être (lactacidurie), liée à une insuffisance fonctionnelle de l'organe.

En conséquence l'hypoazoturie caractérisée par une ammoniurie proportionnelle à l'inflexion du coefficient azoturique ne peut dénoncer valablement une insuffisance uropoiétique du foie que pour autant qu'elle persiste sans traitement alcalin ou qu'elle augmente par l'administration d'ammoniacaux (carbonate d'ammonium).

C'est alors toujours un signe tardif de profonde déchéance organique et fonctionnelle du foie.

DISCUSSION

La discussion, fort courte d'ailleurs, n'a fait que prouver combien relative est la valeur de chaque signe de l'insuffisance hépatique. Elle n'a du reste porté que sur la valeur de la glycosurie alimentaire.

M. LINOSSIER rappelle ses travaux antérieurs sur la glycosurie; il a démontré que cette glycosurie dépend de facteurs variés : absorption intestinale, fonction glycogénique des tissus en général, fonction glycolytique, intervention du système nerveux, rôle épurateur du rein, facteurs aussi importants l'un que l'autre. On peut admettre que la glycosurie est en quelque sorte un diabète minimum et de même que le diabète a une origine hépatique, nerveuse, rénale, etc., la glycosurie alimentaire peut avoir une origine hépatique, nerveuse, etc., elle n'est donc pas un signe certain d'insuffisance hépatique.

Mais M. BAYLAC fait remarquer que ces conclusions, vraies pour la glycosurie, ne doivent pas s'appliquer à la lévulosurie. La lévulose, en effet, est transformée en glycogène presque uniquement par le foie. Enfin, on peut mesurer par la méthode de Weill et Achard, le pouvoir glycolytique des tissus en injectant la glycose par la voie sous-cutanée, on peut mesurer la perméabilité rénale par le bleu de méthylène. Aussi en décomposant le problème, en faisant une analyse des divers rouages de la glycosurie, surtout en employant la levulose, on peut se rendre compte de l'insuffisance glycogénique du foie. On évitera l'emploi du glucose et du saccharose, car ce dernier doit être inverti par le suc intestinal, d'où production d'un nouveau facteur important. Au surplus ce sont là des idées bien développées dans le très remarquable rapport de M. Charrin.

Pour M. MOSSÉ, il faut éviter les deux excès et bien savoir que chaque signe de l'insuffisance absolue n'a pas une valeur absolue en lui-même, que les divers signes n'ont de

l'importance que lorsqu'ils s'unissent pour former un syndrome plus ou moins complet.

Aux signes urinaires d'insuffisance hépatique, **M. MONGOUR** associe le volume de la glande hépatique qui règle d'après lui le pronostic; le foie sera suffisant si on constate de l'hypertrophie, mais on devra craindre la grande insuffisance si le volume de l'organe diminue.

Séance du 2 avril 1902

DEUXIÈME QUESTION : **DES CONVULSIONS DE L'ENFANCE**

(Rapporteurs : 1° M. le professeur MOUSSOUS (de Bordeaux); 2° M. le professeur D'ESPINE (de Genève).)

1° **M. MOUSSOUS.** Les convulsions sont un syndrome extériorisant une perturbation fonctionnelle ou une altération matérielle des centres nerveux sous l'influence de causes différentes. Le rapporteur n'étudiera pas les convulsions dites *symptomatiques* mais bien les convulsions dites *essentielles* au point de vue de leur *pathogénie* et de leurs *conséquences*.

Si la substance grise bulbaire est le point de départ le plus fréquent des convulsions, la moelle peut aussi répondre aux excitations directes. Or les centres bulbo-spinaux peuvent être aussi entraînés à cette activité désordonnée qui constitue les convulsions saus être eux-mêmes directement impressionnés par l'agent d'excitation; ainsi se créent les convulsions *réflexes*. Enfin dans une troisième catégorie de faits apparaît le rôle du manteau cortical, manteau excitable et au niveau de la zone motrice et au niveau des zones de voisinage de cette dernière. Mais l'écorce n'intervient qu'en lançant l'influx nerveux qui va impressionner les centres sous-jacents. Et au surplus les recherches anatomiques qui démontrent l'inachèvement à la naissance de la zone motrice et surtout de la voie pyramidale, font élever quelques réserves sur la possibilité de convulsions chez le nouveau-né à point de départ cortical.

Les cellules nerveuses, corticales, bulbaires, spinales, dont l'activité désordonnée s'extériorise par les convulsions peuvent être excitées par divers mécanismes.

Parfois c'est un acte *réflexe* (corps étrangers de l'oreille, dentition). Parfois ce sont des troubles *vasculaires* (anémie ou congestion soit avec des altérations microscopiques des cellules nerveuses mises en évidence par la méthode de Nissl, soit avec des lésions plus grossières et macroscopiques), le plus souvent ce sont des *poisons* exogènes (oxyde de carbone, santonine, alcool), avec des prédilections de certains d'entre eux pour telle ou telle région de l'axe cérébro-spinal, c'est l'*auto-intoxication* démontrée par la toxicité des urines et du sérum sanguin, ce sont les lésions des *reins*, du *foie*, du *corps thyroïde*; à ce point de vue, il faut, en raison de la pénurie des documents, conserver la plus grande réserve sur le rôle à attribuer à l'hyperthymisation tant dans la production des phénomènes d'ordre convulsif que dans la production de ces phénomènes d'inhibition exercés sur les centres de l'innervation cardiaque ou pulmonaire amenant la syncope et la mort subite, ce sont les micro-organismes agissant soit *in situ* (méningites bactériennes), soit par leurs toxines, grâce à l'action directe de ces dernières sur les cellules nerveuses ou grâce aux altérations qu'elles déterminent au niveau du foie et des reins. Mais à côté de ces nombreux facteurs déterminants il faut accorder une grande importance à l'*hérédité névropathique* qui prépare le terrain.

Ces mécanismes se rencontrent dans les diverses maladies infantiles pouvant s'accompagner de convulsions, soit à l'état isolé, soit le plus souvent associés. Ainsi dans les *gastro-entérites* peuvent intervenir isolément ou de concert les auto-intoxications, les intoxications d'origine alimentaire, les toxines microbiennes de la flore intestinale, enfin la méningite bactérienne quand les microbes ont pénétré de l'intestin dans la circulation sanguine. Dans les enfants nés d'*éclamptiques*, on constate des altérations rénales et hépatiques semblables à celles de la mère et qui permettent ainsi de supposer que le fœtus participait à l'auto-intoxication de cette dernière. L'*athrepsie* réalise soit une auto-intoxication soit une hétéro-intoxication par infection secondaire. L'*helminthiase* peut provoquer des convulsions d'ordre réflexe et d'ordre toxique. Les convulsions, le *rachitisme*, de la *constipation* relèvent de l'auto-intoxication, etc.

Le système nerveux des enfants offre donc une résistance moindre vis-à-vis de causes nocives, de même intensité et de même nature que celles qui peuvent s'attaquer au système nerveux de l'adulte. Ces convulsions peuvent prendre naissance, soit par des lésions irrémédiables (convulsions dites symptomatiques), soit par des lésions passagères et guérissables, soit même sans modification dans l'état anatomique des éléments nerveux (convulsions réflexes). Cette tendance convulsive de l'enfance paraît relever d'abord d'un facteur prédisposant héréditaire, ensuite d'un facteur physiologique, l'indépendance relative, à la naissance, des centres bulbo-spinaux non asservis aux autres modérateurs corticaux et réagissant par suite plus vivement aux excitations soit réflexes soit directes.

Cette pathogénie éclaire l'avenir des enfants ayant eu des convulsions. D'une part, ce sont des *prédisposés nerveux*, qui pourront plus tard réaliser l'épilepsie, l'hystérie, etc., et ainsi la notion de convulsions dans l'enfance ne *peut-elle trancher un diagnostic hésitant chez un adulte entre l'épilepsie et l'hystérie?* Souvent, on peut bien voir la convulsion précéder l'épilepsie soit par une série continue d'accidents convulsifs, soit par des séries d'accidents de même convulsifs, séparés par de longs espaces de temps; on peut croire dans ces cas à l'existence de lésions cérébrales irrémédiables ou à la persistance d'une *aptitude convulsive* de l'individu qui crée peut-être un groupe d'épilepsies toxiques indépendantes de lésions cérébrales manifestes. Mais il ne faut pas oublier que beaucoup de sujets ont été pendant leur enfance enclins à des convulsions fréquentes et inexpliquées et ne deviennent cependant jamais épileptiques, les différents départements de leurs névraxe se fortifiant et s'achevaut avec l'âge : *à ce point de vue, les convulsions infantiles peuvent rester l'unique expression de l'hérédité névropathique.*

Les bains tièdes ou froids, la réfrigération de la tête, les émissions sanguines, les injections de sérum artificiel, les inhalations d'oxygène, le chloral, le bromure et l'antipyrine sont des médications symptomatiques. Le médecin devra toujours rechercher la maladie causale et essayer d'agir sur elle.

2° **M. D'ESPINE.** L'avenir des convulsifs paraît avoir été très noirci par certains auteurs et, sur 54 cas d'éclampsie infantile, le rapporteur n'a eu que 4 fois seulement la transformation des convulsions en épilepsie vraie, ayant exclu naturellement les cas de sclérose cérébrale avec idiotie ou symptômes de foyer : la proportion des éclampsies infantiles que l'on peut considérer comme de vraies épilepsies est minime et on ne peut admettre, d'une façon générale, que

l'épilepsie soit créée de toutes pièces par une maladie aussi fréquente et aussi banale que l'éclampsie infantile, maladie qui tue souvent, mais qui, lorsqu'elle guérit, finit par disparaître sans laisser de traces dans la majorité des cas.

La prédisposition native aux convulsions domine toute l'étiologie de l'éclampsie infantile; ces accidents paraissent être l'apanage de certaines familles, tandis que chez d'autres, elles sont inconnues, quoique parfois les causes déterminantes les plus favorables n'aient pas manqué. L'hérédité convulsive, soit épilepsie, soit hystérie, soit éclampsie maternelle, est la plus redoutable, mais l'alcoolisme, la syphilis, le saturnisme, la tuberculose, en un mot toutes les cachexies des géniteurs, viennent favoriser ou renforcer les influences épileptogènes.

L'influence de l'âge est aussi très importante et le maximum de fréquence ne coïncide pas, comme plusieurs auteurs l'ont soutenu, avec l'époque de la dentition, c'est-à-dire de six mois à deux ans, mais avec les six premiers mois de la vie, pendant lesquels leur chiffre dépasse d'un bon tiers le total des cas observés de six mois à deux ans.

La théorie de l'origine dentaire des convulsions ne répond pas à la réalité, car on trouve souvent associée à la poussée dentaire une auto-intoxication capable d'expliquer les convulsions, ainsi ces dernières sont plus fréquentes dans les six premiers mois de la vie avant la période de dentition.

Au cours du rachitisme, les convulsions sont plus rares que ne le disent les auteurs et cette relation entre les deux affections doit s'expliquer non par la théorie du craniotabes, mais par ce fait qu'elles sont toutes les deux produites par la même cause, l'auto-intoxication gastro-intestinale.

On ne peut plus dire que les convulsions des nouveau-nés sont toujours symptomatiques d'une hémorragie intra-cranienne produite pendant l'accouchement, car on peut les expliquer par l'asphyxie et surtout l'intoxication de la mère. Elles peuvent être observées dans certains empoisonnements, alcool, et parfois même alcoolisme de la nourrice, puisque l'alcool passe dans le lait, plomb (pommades, potions, couverts d'étain), santonine, belladone, ciguë, etc. L'auto-intoxication par lésion rénale, hépatique, thyroïdienne, les auto-intoxications gastro-intestinales, les maladies infectieuses soit par leurs toxines (méningites toxiques), soit par leurs microbes (méningites bactériennes, scarlatine, variole, grippe, varicelle, etc.), sont des causes fréquemment relevées.

Enfin, il faut parfois invoquer une contusion cérébrale consécutive à des chutes ou à des coups sur la tête, mais ces traumatismes s'accompagnent le plus souvent de sièges de lésions en foyer du cerveau et souvent sont l'amorce d'une épilepsie vraie. En dernier lieu, on peut parfois ne déceler qu'un mécanisme réflexe (vers intestinaux, etc.).

L'éclampsie et le spasme de la glotte sont une seule névrose à siège cérébral et la tétanie est une maladie convulsive spéciale à siège médullaire, plus fréquente en somme chez l'adulte que chez l'enfant, mais qui, chez ce dernier, a des rapports intimes avec l'éclampsie et le spasme glottique, soit par ses causes qui sont les mêmes, soit par sa coïncidence fréquente chez le même enfant avec les autres formes de convulsions infantiles.

DISCUSSION

M. BÉZY (de Toulouse) fait des réserves sur l'action des vers intestinaux dans la production des convulsions, car il n'a pu encore trouver aucun fait permettant d'affirmer cette influence; le diagnostic de l'hystérie et de l'éclampsie est parfois fort difficile et M. Bézy a souvent trouvé les convulsions dans les antécédents des petits hystériques.

M. M. FAURE a examiné par la méthode de Nissl les cellules corticales de cinq enfants en bas âge, morts de convulsions au cours de différentes maladies; il n'a pas trouvé des lésions en rapport avec l'état convulsif qui est pour lui un accident toxique analogue au délire de l'adolescent.

M. AUSSET (de Lille). Les gastro-entérites sont la cause la plus fréquente des convulsions dites essentielles, le rachitisme n'agit comme cause étiologique que parce qu'il est l'aboutissant, la complication des gastro-entérites chroniques. Au point de vue de l'âge, les convulsions sont bien plus fréquentes dans les six premiers mois. L'hérédité est toujours entachée de nervosisme, l'hérédité neuro-arthritique est la plus fréquente, l'hérédité épileptique est rare et on ne peut assimiler les convulsions infantiles à l'épilepsie.

La crise éclamptique diffère de la crise épileptique; pas de cri initial le plus souvent. Les convulsions peuvent être générales ou partielles, dans ce cas, elles s'accompagnent des troubles généraux de la grande crise. La crise éclamptique se distingue encore de la crise épileptique par l'absence de régularité dans la succession des symptômes. La convulsion interne (spasme de la glotte) peut s'observer isolément et reconnaît la même étiologie que la grande crise éclamptique.

Comme traitement, la balnéation tiède, chez les petits enfants surtout, le drap mouillé donnent de bons résultats. Les inhalations chloroformiques employées avec prudence font cesser la crise convulsive. Les grands lavements évacuateurs sont à employer. Il faut éviter la douleur, renoncer aux injections de sérum artificiel pendant les heures qui suivent l'accès, aux bains sinapisés, aux sinapismes.

Séance du 3 avril 1902.

TROISIÈME QUESTION : **LES MÉDICAMENTS D'ÉPARGNE**

[Rapporteurs : 1° M. le professeur SOULIER (de Lyon); 2° M. le professeur HENRIJEAN (de Liège).]

1° **M. SOULIER.** Nous devons comprendre l'*action d'épargne* de trois manières :

1. *Aliments d'épargne*, qui limitent le plus les pertes en protéiques de constitution, les réserves protéiques chez l'animal dont la ration alimentaire est au-dessous de la ration d'entretien. On peut ainsi les classer : albuminoïdes, hydrates de carbone, graisse. La gélatine, qui s'élimine en totalité sous forme d'urée, est cependant un aliment énergétique; elle est plus aliment d'épargne que les hydrates de carbone, *a fortiori* que les graisses.

2. *Médicaments antidéperditeurs ou médicaments d'épargne des cliniciens*, qui ralentissent les échanges organiques, les processus d'oxydation, l'usure des tissus, ainsi la quinine, l'antipyrine, etc.

3. *Médicaments dits le plus communément d'épargne*, tels le café, la kola, la coca. Le groupe kola-café est caractérisé chimiquement par la présence d'alcaloïdes xanthéniques. Loin d'être des modérateurs de la nutrition, ces corps sont au contraire des oxydants. Ils n'en sont pas moins des agents d'épargne des albuminoïdes de constitution, en ce sens que leur principale caractéristique est que, dans le cas de privation d'aliments, ils deviennent tout particulière-

ment aptes à utiliser les réserves alimentaires de l'organisme, hydrates de carbone, albumine circulante de Voit, d'où épargne de l'albumine de constitution, des nucléo-albumines. Ce ne sont pas des dynamophores au sens de Gubler ; par leur usage, la fatigue paraît arriver plus vite, sauf peut-être pour la kola, d'où nécessité de les prendre à doses faibles, souvent répétées et de réparer ensuite par un repas abondant le déficit des réserves. L'alcool n'est point dans ce sens un médicament d'épargne, mais son action excitante sur le cœur doit lui faire attribuer un rôle dans la thérapeutique. La noix de kola paraît être au contraire le meilleur des médicaments d'épargne. L'arsenic, modérateur de la nutrition pour Robin, oxydant, au contraire, pour Gautier, doit plutôt figurer dans le groupe kola-café. L'arsenic est un mobilisateur d'oxygène, il peut être considéré comme un ferment d'ailleurs à action réversible, capable d'oxyder comme de désoxyder au gré de la réaction défensive, aussi n'agissant pas comme source d'énergie, mais comme directeur, distributeur de cette énergie, metteur en train, simple impulseur, il peut agir à très faibles doses; aussi le donner sous forme cacodylique, qui le fait prendre à petites doses, sans parler de la toxicité beaucoup diminuée, c'est en favoriser l'absorption, l'assimilation.

2° **M. HENRIJEAN**. On peut concevoir que les médicaments et les substances alimentaires d'épargne agissent de différentes manières. Les uns sont des substances capables de faire rendre à la machine humaine plus de travail avec la même quantité de substance nutritive, peut-être même avec moins de substance, car lors du travail musculaire, il y a une perte exagérée de calorique; à ce point de vue le régime de la machine humaine est susceptible d'amélioration. D'autre part, nous sommes forcés plus que jamais d'admettre que l'organisme peut puiser de l'énergie à des sources dont nous ne soupçonnions pas l'importance il y a peu de temps encore. On peut donc supposer que les médicaments dits antidéperditeurs agissent sur le moteur musculaire ou l'incitateur nerveux de façon à rendre plus efficace la contraction musculaire. Il n'est pas juste de parler d'oxydation comme source unique d'énergie, car la dissociation, la destruction des matériaux azotés ou hydrocarbonés peut se faire suivant d'autres modes que celui des oxydations. Enfin certaines substances agiraient en réduisant la dépense digestive de façon que l'énergie emmagasinée n'arrive pas à être trop réduite par la valeur de l'énergie qui l'a rendue assimilable. Peut-être à ce dernier point de vue, les ferments digestifs pourraient-ils, dans certaines circonstances, constituer de véritables médicaments d'épargne.

DISCUSSION

M. MAUREL estime que le terme aliment d'épargne doit disparaître. Certains aliments (gélatine, graisse) peuvent bien servir à la production de travail et économiser les albuminoïdes; mais il n'existe pas d'aliment capable de fournir un nombre de calories et de kilogrammètres supérieurs à celui établi par les lois physiques et chimiques. On pourrait peut-être considérer comme médicaments d'épargne les substances qui modéreraient le gaspillage énorme de calories qui se perdent par la radiation cutanée et la sudation; ainsi agirait la quinine par son action sur les vaso-moteurs.

M. HENRIJEAN a insisté dans son rapport sur ce gaspillage qui se produit aussi dans les fonctions digestives et il a pu dire à ce point de vue que les ferments digestifs sont des médicaments d'épargne. En outre, dans l'état actuel de nos connaissances, on peut admettre que certaines substances puissent modifier la cellule musculaire et lui permettre ainsi d'effectuer un travail plus considérable.

M. BARD fait remarquer que le point de vue du physiologiste diffère de celui du clinicien. En pratique il existe des médicaments d'épargne, amèneraient-ils même en réalité une augmentation des oxydations. Ne doit-on pas en effet considérer comme médicament d'épargne les substances qui, par une oxydation plus complète, nous permettent d'utiliser certains matériaux qui seraient éliminés dans les urines sans être utilisés? (*A suivre.*)

R. CESTAN.

REVUE DES THÈSES

Les grossesses fantômes. Étude clinique de médecine légale, par le docteur A. DUFOIX. (Th. Montpellier, 1901-1902.)

La grossesse nerveuse ne relève pas d'une cause étiologique unique.

Le terrain joue un grand rôle. La grossesse nerveuse se développe surtout chez les nullipares agées, chez les femmes ayant eu un très grand désir ou une vive peur d'avoir des enfants; cette idée entretenue d'ailleurs par un certain nombre d'états psychiques ou physiques variables (ménopause, adipose, kystes, fibromes, etc., nervosisme, hystérie, chagrins et regrets de perdre tout espoir de maternité).

Les signes de la grossesse nerveuse sont, en apparence et surtout à l'interrogatoire, les mêmes que ceux de la grossesse réelle; cependant, il est rare que les règles manquent complètement. Seul, le toucher permet de reconnaître que la grossesse est illusoire.

Le diagnostic est facile, mais à condition de faire un examen attentif et approfondi. Ne pas se fier aux renseignements et aux affirmations du sujet examiné, si précis qu'ils soient, si acceptables qu'ils paraissent.

Au point de vue médico-légal, la grossesse nerveuse peut créer des situations très délicates pour le praticien ou pour l'homme de loi. Elle peut avoir des conséquences fâcheuses soit pour l'intéressée ou son entourage, soit pour celui qui a à la dépister. Elle a des relations étroites avec le diagnostic de la grossesse, les avortements, les substitutions de part.

Le pronostic est toujours bénin, sauf dans les cas de troubles mentaux. Le traitement consiste à convaincre la malade et son entourage de l'absence de grossesse. Dans tous les cas, le médecin ne devra affirmer quelque chose que sur certitude absolue, une erreur en ces matières ne lui serait pas pardonnée.

L. I.

De l'action malfaisante du podophyllin sur l'œil par contact direct, par le docteur A. V. DE ROCCA-SERRA. (Paris, 1902.)

A la clinique de M. le docteur Sureau, l'auteur avait eu quelquefois l'occasion d'observer une maladie assez fréquente chez les ouvriers droguistes et que ceux-ci attribuaient à l'action directe sur les yeux du podophyllin qu'ils manipulaient.

Dans cette maladie podophyllique, contrairement à ce qui se passe dans les affections oculaires causées par un agent chimique quelconque, mais dont l'action est, ordinairement, limitée aux conjonctives et à la cornée, l'iris, sans traumatisme aucun, participait à la réaction générale et l'iritis semblait constituer parfois le symptôme dominant.

C'est à approfondir cette question que tend la thèse de M. le docteur de Rocca-Serra.

Après avoir, dans un premier chapitre, donné quelques

notions sur la botanique, les propriétés physiologiques et thérapeutiques du podophyllin et sa préparation industrielle, il décrit tout au long l'affection oculaire que produit ce médicament; il en établit le diagnostic et le pronostic. Puis il étudie successivement l'action physiologique de la poudre de podophyllin sur l'œil, l'anatomie pathologique, la prophylaxie et le traitement de l'affection.

A la fin de ce travail, on trouve la relation de cinq observations de malades et de cinq expériences de laboratoire.

En résumé, la manipulation du podophyllin présente des dangers pour la vue des ouvriers. Si les cas observés jusqu'ici ont toujours revêtu un caractère assez bénin, il n'en est pas moins vrai qu'un contact prolongé de l'œil avec ce produit pourrait amener des désordres graves. Il serait à souhaiter que des règlements fussent affichés dans toutes les drogueries qui mettraient en garde l'ouvrier contre le danger de certaines substances. A. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Influence des climats et des saisons sur les dépenses de l'organisme chez l'homme. Fixation de la ration dans ces diverses conditions (1), par M. le docteur Maurel, médecin principal de réserve de la marine.

Dans ce travail l'auteur publie les recherches nombreuses et d'ordres différents qu'il a faites depuis vingt-cinq ans pour étudier l'influence que les climats et les saisons exercent sur les dépenses de notre organisme. Il a remarqué que les diverts climats, surtout par les grandes différences de température qu'ils peuvent présenter, doivent imposer des dépenses différentes à notre organisme, et que, par conséquent, il ne devrait pas être sans inconvénient de ne pas proportionner notre alimentation à ces dépenses.

Il conclut de là que les différents climats doivent imposer à l'homme une hygiène différente et que, pour mieux s'adapter à ces climats, il doit modifier sa manière de vivre et, surtout, régler son alimentation selon ses dépenses.

De faits cliniques, d'observations faites sur lui-même et d'expériences sur les animaux il tire les données suivantes :

A. Relativement à la ration d'entretien de l'homme adulte :

1° Il est indispensable de tenir compte des climats et des saisons pour fixer cette ration;

2° Nous devons tenir compte de ces influences toutes les fois que nous aurons à fixer le régime d'une seule personne;

3° Il y aurait une grande utilité à admettre le principe de la pluralité des rations en laissant au commandement et au service de santé le soin de déterminer l'époque où l'on devrait adopter l'une quelconque de ces rations;

4° Quand il s'agit d'une personne isolée, il faut tenir grand compte de son poids normal. C'est ce dernier qui sert de base à la ration qui varie ensuite selon la température ambiante;

5° Pour les agglomérations, on peut s'en tenir à la ration fixée pour l'homme adulte de 65 kilogrammes pendant les saisons intermédiaires de nos climats et dont voici la composition approximative :

Le premier déjeuner — consistant en 50 grammes de pain, 100 grammes d'infusion de café, 100 grammes de lait et 10 grammes de sucre — donnera 245 calories.

Le deuxième déjeuner — composé : 1° de deux œufs ou de 100 grammes de poisson, ou de 80 grammes de volaille ou de viande de boucherie; 2° de 150 grammes de légumes frais ou 50 grammes de légumes secs préparés; 3° de 25 grammes de fromage; 4° de 100 grammes de fruits frais ou secs en alternant; 5° de 150 grammes de pain et 6° de 25 centilitres de vin — donnera 1 055 de calories.

Le dîner — composé : 1° d'un potage; 2° de 100 grammes de viande de boucherie ou de volaille rôtie ou en ragout; 3° de 150 grammes de légumes frais ou 50 grammes de légumes secs en alternant; 4° de 25 grammes de fromage; 5° de 150 grammes de fruits frais ou 50 grammes de fruits secs en alternant; 6° de 150 grammes de pain, et 7° de 25 centilitres de vin — donnera 1 300 calories.

Soit au total, pour ces trois repas 2600.

Le poids de 65 kilogrammes qui sert de base à la ration est un peu au-dessus de la normale, surtout quand il s'agit de militaires ne dépassant guère vingt-cinq ans et ensuite, les 2600 calories, auxquelles cette ration correspond, dépassent d'une centaine de calories la quantité de 38 calories par kilogramme;

6° Dans la fixation de ces rations de quelque manière qu'on les compose, il n'y a que deux conditions dont il faut absolument tenir compte, mais celles-ci indispensables : *a.* restreindre les azotés à la quantité nécessaire pour équilibrer les dépenses albuminoïdes en étant sûr de ne pas rester au-dessous; *b.* donner les aliments ternaires en quantité telle que, réunis aux azotés, ils donnent le nombre de calories voulu, également sans rester au-dessous.

B. Relativement à la ration de travail de l'homme adulte :

1° La ration de travail se compose d'abord de la ration d'entretien, calculée comme il vient d'être dit, et, en outre d'une quantité d'aliments suffisante pour donner le nombre de calories dépensées par le travail;

2° La quantité d'aliments nécessaires pour faire face à ces dépenses peut être évaluée à un sixième de la ration d'entretien pour un travail moyen et à deux sixièmes pour le travail fort;

3° Calculée en calories, la ration du travail moyen correspond à 300 ou 400 calories; et le travail fort, de 500 à 700 calories;

4° Cette augmentation, pour le même travail, est proportionnelle à la température extérieure. Il demandera donc une dépense d'autant plus élevée que la température par laquelle le travail est accompli est plus basse;

5° Il faut tenir compte, en effet, de ce que, dans l'augmentation correspondant à la ration de travail, la partie la plus importante est nécessitée par les pertes dues au rayonnement et non au travail mécanique lui-même;

6° Dans ces augmentations des aliments, pour arriver à la ration de travail, les pertes dues à ce dernier étant couvertes surtout par les ternaires, il faut augmenter ces derniers dans des proportions plus fortes. Aussi, pendant que les ternaires sont augmentés d'un cinquième, les azotés ne le sont que d'un dixième;

7° Pour les troupes, la vie en campagne, selon les conditions de fatigue auxquelles elles sont soumises, doit être considérée comme équivalente au travail moyen ou au travail fort.

Bien entendu, c'est toujours la ration d'entretien du climat et de la saison correspondante qui sert de point de départ.

Tout ce qui précède concerne l'homme adulte, soit de vingt à quarante-cinq ans. C'est cette période de la vie qui, du reste, intéresse le plus les médecins de la marine et des colonies pour lesquels cet ouvrage est écrit spécialement.

Quant à la ration de la femme adulte à l'état normal, à celle de la grossesse, de l'allaitement, à celle de la croissance et enfin à celle de la vieillesse, l'auteur se réserve d'en traiter plus tard. Mais déjà il est permis d'affirmer que toutes, de même que celle du travail, doivent avoir pour base la ration d'entretien telle qu'elle a été fixée selon les saisons et les climats et par kilogramme du poids normal.

Dr A. Roussel.

(1) In-8°, 92 p., avec nombr. tabl. — Prix : 2 fr. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 43. — MARDI 15 AVRIL 1902. 75e ANNÉE MARDI 15 AVRIL 1902. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE LA FACULTÉ

DE LA NÉVRITE OPTIQUE DANS LES MALADIES DE L'ENCÉPHALE

Par le professeur de Lapersonne.

(Leçon clinique recueillie par le docteur Scrini, chef de clinique adjoint.)

Messieurs,

Vous venez de voir une enfant très intéressante dont je vous rappelle en quelques mots l'observation.

Il s'agit d'une enfant de six ans qui a été prise, à la fin de novembre dernier, de vomissements accompagnés de violents maux de tête et de constipation opiniâtre. Au dire de la mère, cette enfant avait eu de la fièvre qui n'a pas été constatée au thermomètre. Le docteur Guinon, consulté à l'hôpital Trousseau, prescrivit de l'antipyrine et du bromure de potassium. Au bout de quinze jours les symptômes s'étaient aggravés au point qu'on ramenait l'enfant à l'hôpital Trousseau et que M. Guinon proposait la ponction rachidienne qui n'était pas acceptée. Dès le lendemain, elle était prise de convulsions extrêmement graves qui ont laissé pendant quelques heures de la contracture des membres. A partir de ce moment les troubles encéphaliques, vomissements, maux de tête et constipation, paraissent s'être amendés. Lorsque l'enfant est sortie de l'état de somnolence et d'hébétude dans lequel elle était plongée, les parents ont constaté qu'elle ne voyait pas bien et c'est dans ces conditions qu'elle est amenée à la consultation le 16 janvier 1901. M. Terrien l'examine et constate une stase papillaire, plus marquée à droite, avec papille en voie d'atrophie à gauche. Il prescrit du sulfate de quinine pendant quinze jours et du calomel en cachets.

Aucune amélioration ne s'étant produite, on consulte, en avril 1901, un chirurgien qui conseille le repos, la suralimentation et la vie au grand air. A quelques jours de là, un oculiste constate : pupilles larges avec conservation des réflexes lumineux et accommodateurs, qui sont cependant affaiblis, et une double atrophie optique. Il ordonne des frictions à l'onguent napolitain, puis du sirop de Gibert et localement des instillations de pilocarpine. Ce traitement a été suivi pendant trois mois de suite sans aucune amélioration. En août, un autre oculiste est consulté ; à son tour, il conseille des injections de calomel, une tous les huit jours.

Pendant plusieurs semaines, les parents ont renoncé à faire suivre un traitement quelconque à leur enfant et c'est dans ces conditions qu'elle nous est amenée le 20 novembre 1901, un an environ après le début des accidents.

Actuellement, elle présente du nystagmus horizontal qui est plutôt d'origine optique que cérébrale. Il est à oscillations lentes et ne se produit surtout que si on invite l'enfant à fixer un objet. Les pupilles sont moyennement dilatées et ne réagissent pas à la lumière. Les papilles sont blanches à contours nets : il existe une légère excavation, les artères sont fines et les veines assez tortueuses. On constate en outre une atrophie choroïdienne péri-papillaire. La vision est à peu près nulle : c'est à peine si l'enfant distingue la lumière.

En présence de ces constatations, notre premier soin a été d'interroger la mère sur les antécédents héréditaires et personnels de cette enfant. Au point de vue de la syphilis héréditaire, nos recherches ont été négatives. C'est le premier enfant né du mariage, il n'y a pas eu de polyléthalité, ni de fausses couches. Chez l'enfant nous ne constatons aucun stigmate syphilitique. Pas de déformation du crâne ni de la face. Les dents sont normales. Il n'y a pas d'asymétrie de la face, ni ces malformations des oreilles sur lesquelles insiste le professeur Fournier. Il n'y a pas d'infantilisme, ni la teinte spéciale de la cachexie syphilitique ; au contraire l'enfant présente le *facies amabilis* des scrofulo-tuberculeux avec gonflement des ganglions sous-maxillaires.

Tels étaient les renseignements que nous avions pu recueillir et qui semblaient nous éloigner de la syphilis héréditaire. Vous vous rappelez que j'avais prié la mère de nous ramener son enfant aujourd'hui. C'est le père qui l'a accompagné cette fois et aussitôt que vous l'avez vu, vous avez été frappé de la façon dont il se présentait, tournant la tête à droite et fermant presque continuellement l'œil droit. Avec cette attitude caractéristique, il ne nous a pas été difficile de découvrir une paralysie du muscle droit externe droit survenue sans traumatisme. Malgré les dénégations de cet homme, étant donné l'énorme fréquence de ces paralysies localisées d'origine spécifique, il y a beaucoup de chance pour qu'il soit syphilitique.

Ceci vient éclairer singulièrement le diagnostic rétrospectif que nous pouvons porter chez cet enfant et nous donner des indications importantes sur le pronostic au point de vue oculaire aussi bien que vital. C'est toujours une question fort délicate, car généralement les enfants ne nous sont pas amenés au moment des accidents aigus, mais au mo-

ment où, ayant survécu à ces graves manifestations encéphaliques, ils présentent déjà, du côté des yeux, des lésions indélébiles. Pouvons-nous, d'après les renseignements recueillis et d'après les constatations faites tardivement, refaire l'histoire pathologique de ces enfants? Pouvons-nous donner aux parents qui nous le demandent quelques indications sur le pronostic? C'est là le point que je voudrais discuter avec vous.

La fréquence de ces affections, consécutives à des lésions de l'axe cérébro-spinal chez les enfants, est assez grande. Voici un renseignement intéressant fourni par une statistique que je viens de terminer pour la Société française d'ophtalmologie. Sur 10 000 malades qui se sont présentés pendant quatre ans à ma clinique de l'hôpital Saint-Sauveur à Lille, j'ai trouvé, chez des enfants au-dessous de quinze ans, 10 cas de cécité totale consécutive à des maladies cérébrales. Il est vrai de dire que nous étions appelés, comme ici même, à donner des certificats d'indigence et de placement, ce qui donne une proportion plus grande d'aveugles. Néanmoins, ce chiffre est considérable. Sur ces 10 cas, il existait 5 fois une atrophie nette ancienne des papilles dont n'avons pu vérifier le diagnostic causal; 1 fois il y avait de la stase papillaire avec hydrocéphalie et syphilis héréditaire certaine; 3 fois une atrophie post-névritique avec syphilis héréditaire probable; 1 fois une atrophie papillaire complète avec tuberculose méningée à forme lente.

Je pourrais vous citer d'autres faits observés antérieurement ou suivis dans ma clientèle particulière.

Pour arriver à répondre aux questions qui nous sont posées par les parents, il faut passer en revue les différentes affections cérébro-spinales qui, chez l'enfant, peuvent retentir sur le nerf optique. De ces affections, les unes sont circonscrites, en foyer, les autres diffuses.

Parmi les premières, on trouve les tumeurs. Les néoplasmes s'accompagnent presque toujours de stase papillaire ou de névrite œdémateuse. Elle ne manque que dans 10 p. 100 des cas, d'après les statistiques des auteurs.

Sans nous arrêter aux cas exceptionnels, disons que, chez l'enfant, ces tumeurs sont de nature variable. Ce sont des kystes, des gliomes ou des sarcomes. Dans les gliomes comme dans les sarcomes encéphaliques, la marche peut être très insidieuse et le développement se faire sans réaction, donnant lieu à des localisations très diverses. Dernièrement le professeur Brissaud nous citait deux cas de gliome cérébral qui avaient évolué en dix ou quinze ans et s'étaient accompagnés d'ophtalmoplégie unilatérale et de névrite avec stase. Puis peu à peu, sur la région frontale, on avait vu apparaître des nodosités dues au gliome cérébral ayant perforé les os du crâne.

J'ai, pour ma part, observé un enfant qui avait présenté des phénomènes de stase, pour lesquels j'avais été consulté, et dont le gliome cérébral a mis plus de cinq ans pour évoluer.

Tout autre, comme vous le savez, est la marche de la maladie lorsque le gliome cérébral est secondaire à une généralisation d'un gliome rétinien par exemple. La marche est dans ces cas extrêmement rapide, foudroyante presque.

Je crois que le diagnostic de tumeur cérébrale peut être éloigné chez cette enfant pour deux raisons. D'abord, à cause de la marche de l'affection : songez que la maladie a évolué en un mois ou six semaines. En outre, à cause des manifestations oculaires elles-mêmes. Dans les cas de tumeur cérébrale, ordinairement l'œdème de la papille est considérable et une acuité visuelle suffisante peut persister un certain temps avant que l'œdème papillaire fasse place à l'atrophie. Ici, il y a eu très peu d'œdème papillaire constaté par M. Terrien.

Parmi les lésions circonscrites, il faut attribuer une grande importance à celles qui relèvent de l'hérédo-syphilis cérébrale. Il est possible d'admettre qu'une gomme ou qu'une exostose, siégeant à la base du crâne, produise, d'une part des accidents méningés, du méningisme, comme on dit aujourd'hui, et d'autre part une compression du chiasma avec névrite œdémateuse et cécité consécutive.

En raison des accidents trouvés chez le père, c'est au diagnostic de lésion spécifique localisée à la base du crâne que j'arrêterai mon diagnostic chez notre malade.

La syphilis peut donner aussi des *lésions diffuses* dépendant de l'hydrocéphalie, dans ce cas il y a déformation caractéristique de la tête et le début remonte à quelques mois après la naissance.

Si nous éliminons les lésions diffuses produites par l'hydrocéphalie, il faut songer à la méningite. Il y a quelques années on aurait certainement porté dans ce cas le diagnostic de méningite tuberculeuse. Si M. Guinon a proposé la ponction lombaire, c'est qu'il songeait à la possibilité d'une telle affection dont le pronostic comporte une issue fatale et qu'il voulait, au moyen de l'examen du liquide céphalo-rachidien, s'assurer exactement du diagnostic. Nous savons maintenant qu'à côté de la méningite tuberculeuse il existe des méningites, dont le pronostic peut être moins grave et qui relèvent d'affections générales ou locales d'ordres variés. On a observé des méningites à pneumocoques ou à méningocoques, des méningites à coli-bacilles (Chantemesse et Widal), des méningites à streptocoques.

A côté de celles-ci, il faut mentionner les méningites consécutives à des otites avec propagation de l'infection au sinus de la dure-mère. Depuis quelque temps, on a insisté sur l'origine naso-pharyngienne de l'infection qui entraîne la méningite et, à plusieurs reprises, le professeur Dieulafoy a insisté sur ces méningites qui prennent volontiers le type cérébro-spinal. Vous pourrez à cet égard consulter la thèse de M. Jacobson (1900) sur les méningites consécutives aux rhinites et aux amygdalites, particulièrement chez les enfants adénoïdiens. Ce que nous connaissons des maladies des sinus sphénoïdaux et des faciles propagations de leurs infections au crâne et à l'orbite, nous permet de penser que, dans ces cas, c'est par leur intermédiaire que se fait l'infection méningitique.

Entre ces différentes formes, le diagnostic clinique n'est pas toujours possible au début. Les recherches de laboratoire sont venues aider l'examen clinique. La ponction lombaire de Quincke, si elle n'a pas donné les résultats thérapeutiques qu'on espérait d'elle, nous a permis de recueillir le liquide céphalo-rachidien et de l'analyser. Par des cultures sur sang gélosé, MM. F. Bezançon et Griffon ont pu obtenir le bacille de Koch. Ce procédé de contrôle demandant un temps trop long, MM. Widal, Sicard et Ravaut se sont servis de la cryoscopie. Le liquide céphalo-rachidien a un point de congélation plus élevé dans la méningite tuberculeuse que dans les autres. Enfin M. Widal, par le cyto-diagnostic, nous a appris que dans la méningite tuberculeuse les leucocytes sont uniquement mononucléaires, alors que dans les autres ils sont presque tous polynucléaires.

L'examen ophtalmoscopique, fait à une période très rap-

prochée du début, donne-t-il des renseignements diagnostiques suffisants pour distinguer entre les différentes affections cérébrales que nous avons passées en revue? C'est là ce qu'il me reste à discuter devant vous.

Je laisse de côté les manifestations diverses sur la musculature, myosis, inégalités pupillaires, mydriase, strabisme paralytique ou par contracture; de même que je ne puis insister sur les nodules tuberculeux de la choroïde observés d'ailleurs très rarement.

Græfe divisait les manifestations oculaires des lésions encéphaliques en névrite descendante et névrite par stase. En réalité, la division n'est pas facilement tranchée en clinique. Le plus souvent, il y a un certain degré de stase. Que faut-il entendre par là?

A plusieurs reprises vous avez constaté, chez nos malades, cet aspect diffus de la papille dont les bords se confondent insensiblement avec le fond de l'œil. Au lieu d'être sur le même plan que la rétine, la papille est très saillante, parfois de 4 et même de 6 dioptries. Elle est d'un blanc grisâtre. Par places on aperçoit de petites taches rouges ressemblant à des hémorragies, ce sont des coudes de vaisseaux, émergeant de l'œdème papillaire. Si vous les suivez en dehors de la papille, les vaisseaux réapparaissent volumineux, tortueux, les veines sont presque noires, avec de petites hémorragies le long des vaisseaux. Tel est l'aspect classique de l'œdème papillaire.

A des degrés moins élevés, la papille est moins saillante, sa coloration plus uniforme, parfois même rougeâtre, les vaisseaux volumineux et tortueux arrivent jusqu'au centre.

Enfin, dans une période régressive, l'atrophie fait place à l'œdème. La papille paraît uniformément blanche ou même légèrement bleuâtre, parfois même excavée. Les artères, filiformes, sont à peine visibles, les veines sont restées un peu volumineuses et tortueuses. Ce qui distingue cette atrophie post-névritique de l'atrophie tabétique, par exemple, c'est que les bords restent toujours un peu irréguliers, parfois même bordés de pigment; de plus, les veines sont toujours plus volumineuses.

Les explications pathogéniques qui ont été données de cette stase papillaire peuvent être ramenées à trois hypothèses principales.

Pour Schmidt et Manz il se forme un refoulement du liquide céphalo-rachidien qui entraîne le gonflement ampullaire des gaines constaté à l'autopsie et situé immédiatement en arrière du globe. Le liquide accumulé, à ce niveau, infiltre la lame criblée d'où étranglement des éléments nerveux et des vaisseaux qui la traversent.

A cette théorie mécanique, Leber et Deutschmann opposent l'hypothèse de lésions infectieuses, dues aux microbes ou à leurs toxines et se propageant de proche en proche le long des nerfs optiques. Deutschmann a pu reproduire les lésions de la névrite avec stase en injectant des cultures de bacilles de Koch dans les parties les plus reculées du nerf optique. Comme il ne peut être question de toxines microbiennes dans les néoplasmes cérébraux, on a fait récemment entrer en ligne de compte l'influence toxique des déchets cellulaires émanés du néoplasme. M. Dupré a soutenu cette opinion à propos de certaines manifestations cérébrales des néoplasmes et de leurs effets sur les cellules nerveuses.

Dès 1875 M. Parinaud a défendu une théorie qui a été plus généralement acceptée, du moins en France. Lorsqu'il y a névrite avec stase, il y a toujours un certain degré d'hydrocéphalie, avec ou sans hydropisie ventriculaire. Cette hydrocéphalie entraîne un œdème plus ou moins appréciable des couches corticales et du nerf optique, véritable prolongement cérébral. Cet œdème se fait sentir à son extrême périphérie, c'est-à-dire à la papille. L'anneau scléral et le canal optique, auquel M. Sourdille attribuait récemment un rôle capital dans la genèse de ces accidents, jouent l'un et l'autre le rôle de liens constricteurs et étranglent les tissus œdématiés.

Telle est en quelques mots la théorie de Parinaud. Elle a été reprise et soutenue avec talent par M. Rochon-Duvigneaud une première fois en 1895 et une seconde fois en collaboration avec M. Stanculeanu.

M. Parinaud ne nie pas d'ailleurs que, dans certains cas, l'infection ne vienne s'ajouter à l'œdème et c'est, à mon avis, la grande différence qui sépare la stase papillaire dépendant des néoplasmes cérébraux, ou des lésions localisées de la syphilis cérébrale, de la névrite œdémateuse qui s'observe au cours des méningites et de l'hydrocéphalie.

Dans le premier cas, les fibres optiques sont moins atteintes et un haut degré de stase peut coïncider avec une bonne acuité visuelle centrale et périphérique pendant assez longtemps. On est souvent frappé de l'opposition qui existe entre les lésions énormes, vues à l'ophtalmoscope, et l'acuité visuelle qui peut être égale à $\frac{1}{3}$ ou même à $\frac{1}{2}$.

Bien plus, Max Perles, Uhthoff ont signalé des cas de stase papillaire, dus à des gommes syphilitiques, qui ont rétrocédé sans laisser des traces. Sheckers Milles, Albertonni et Brigotti, Bruns ont observé l'amélioration ou même la guérison de l'œdème papillaire par la trépanation, lorsqu'il ne s'agissait pas, bien entendu, d'un gliome ou d'un sarcome.

Au contraire, dans les névrites œdémateuses dépendant des méningites, dans les formes atténuées de tuberculose méningée, l'élément infectieux qui s'ajoute à l'œdème du nerf optique, contribue à détruire plus rapidement les fibres optiques. S'il était possible de faire l'examen fonctionnel des petits malades dès le début, on verrait que tout de suite l'acuité visuelle centrale est mauvaise et que le champ visuel est rétréci.

Et c'est là, Messieurs, la conclusion que je voudrais tirer de l'étude que nous venons de faire des manifestations oculaires des lésions cérébrales.

L'examen ophtalmo-clinique, *fait dès le début*, peut donner des renseignements de la plus haute importance pour le diagnostic et le pronostic de la lésion cérébrale. Si l'examen subjectif du fond de l'œil n'accuse pas de différences très marquées entre les diverses lésions, l'examen fonctionnel, lorsqu'il est possible, apporte des indications qu'il est indispensable de rechercher avec soin.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(11 AVRIL 1902)

Au début de la séance, M. Triboulet, membre de la Ligue française anti-alcoolique, expose que la Ligue est décidée à poursuivre judiciairement certains industriels qui n'ont pas craint de placer leur produit plus ou moins oxygéné et tout à fait toxique, sous le patronage de « MM. les Docteurs ». M. Triboulet demande si la Société médicale veut donner son appui moral à cette poursuite parfaitement légitime. A l'unanimité, la Société médicale s'associe à l'œuvre poursuivie par la **Ligue française anti-alcoolique.**

M. Danlos lit une assez longue étude sur l'emploi **thérapeutique des composés organiques du mercure**. En voici le résumé succinct : L'attention, dit M. Danlos, a été appelée par des travaux récents sur les composés organiques du mercure, composés dont la connaissance, en somme, date de loin, car déjà au milieu du siècle dernier, Decet avait signalé les combinaisons de l'oxyde de mercure avec l'oxamide, l'urée, l'asparagine. J'ai repris, continue l'auteur, l'étude de ces combinaisons en suivant les indications de Decet et je n'ai noté aucune supériorité de ces diverses combinaisons sur les composés minéraux. Il en a été de même des autres composés organiques que j'ai essayés, lactate, cinnamate. En somme, il est impossible de prévoir, d'après la composition chimique des sels mercuriaux, s'ils seront ou non des médicaments antisyphilitiques actifs. Le nombre des composés mercuriels organiques est du reste pour ainsi dire indéfini et il est facile d'en obtenir de nouveaux. Comme exemple, on peut citer le mercure vanilline, composé défini qui contient 40 p. 100 de mercure et qui a l'avantage d'être insipide et d'avoir l'odeur de la vanille, ce qui peut en rendre l'emploi tout à fait indiqué dans certains cas.

Une curieuse observation au point de vue clinique et thérapeutique est rapportée par MM. Hirtz et Delamare. Il s'agit d'un cas de **compression de la moelle par un endothéliome, suivie de paraplégie spasmodique et traitée par la laminectomie**. C'est l'histoire d'une femme de vingt-huit ans chez laquelle survinrent successivement de l'engourdissement pénible des membres inférieurs, puis de la paraplégie complète spasmodique sans douleurs, sans troubles sphinctériens, sans stigmates hystériques, tuberculeux ou syphilitiques; la lenteur de l'évolution permit de soupçonner une tumeur d'origine bénigne. M. Faure pratiqua la laminectomie sans résultat. La malade mourut et on s'aperçut que l'opération avait été faite un peu trop bas; une lame de plus et on tombait sur la tumeur, laquelle apparut comme une masse bosselée, ferme, développée aux dépens de la pie-mère et logée dans la moelle et la comprimant sans y adhérer intimement. Il s'agissait d'un endothéliofibrome avec corps hyalins.

M. Merklen a observé chez trois malades un **syndrome clinique caractérisé par un rythme couplé du cœur et une dilatation cardiaque développée sous l'influence de la médication par la digitale**. Ces trois observations permettent d'entrevoir le mécanisme du rythme bicouplé digitalique. Lorsque la digitale a une action dissociée, c'est-à-dire ralentit le pouls sans amener de diurèse, le cœur a tendance à se dilater davantage. Hœnschel a proposé pour ces cas l'interprétation suivante : le cœur est ralenti, les oreillettes ne se vident que très incomplètement. Le ventricule gauche se contracte énergiquement, et, grâce à l'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires, augmente encore la réplétion des oreillettes. Sous l'influence de cette réplétion, il se fait une nouvelle contraction cardiaque supplémentaire, provoquée par excès de pression.

Au point de vue du pronostic ce syndrome a une signification très grave.

M. Grenet rapporte un cas de **fièvre typhoïde avec phénomènes spinaux très graves**.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(9 avril 1902)

M. Quénu lit un rapport important sur trois observations adressées par M. Cottin (de Dijon) dont une relative à la conduite à tenir dans les cas de **fibromes compliquant la grossesse**, la seconde relative à un **sarcome de l'utérus** et la troisième à une **cholécystite calculeuse**.

La première observation de M. Cottin qu'il intitule ainsi : fibrome enclavé compliqué de grossesse, accidents de compression; hystérectomie sus-vaginale, guérison, a trait à une femme de trente-sept ans, enceinte de trois mois et présentant une tumeur qui remontait à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette femme tantôt urinait très fréquemment, tantôt était prise de rétention d'urine; elle accusait des douleurs lombaires intolérables, et se plaignait de constipation. L'état général était peu satisfaisant. Après l'avoir examinée, M. Cottin diagnostique une grossesse compliquée de fibrome. Il essaie, pendant cinq semaines, d'un traitement médical, cathétérismes vésicaux, lavages de l'intestin, injections de morphine, qui reste sans résultat. L'état de la malade s'aggravant, il décide une intervention chirurgicale.

La laparotomie lui montre qu'il s'agissait d'un fibrome largement implanté sur l'utérus gravide. L'énucléation du fibrome lui paraissant trop périlleuse, il fait d'emblée l'hystérectomie abdominale subtotale. Le fibrome n'était séparé de la cavité utérine que par une mince épaisseur de tissu utérin. Les suites opératoires furent simples et la malade guérit rapidement.

A propos de cette observation, M. Quénu discute les indications opératoires dans les cas de fibromes compliquant une grossesse. Cette importante question a surtout été traitée à la Société d'obstétrique. La conclusion qui s'est dégagée de cette discussion, conclusion à laquelle se rallie M. Quénu avec M. Lepage et d'autres accoucheurs, c'est que ces fibromes menacent très rarement la vie des femmes enceintes et que l'intervention chirurgicale, au cours de la grossesse, est très rarement indiquée. M. Quénu n'admet pas davantage l'intervention prophylactique proposée par quelques chirurgiens et il pense qu'il ne faut intervenir chirurgicalement que pour combattre des accidents existant et non pour prévenir des accidents possibles. Ce sont, pour M. Quénu, surtout les accidents portant atteinte à l'état général de la femme qui doivent commander l'intervention.

A quel mode d'intervention faut-il donner la préférence? Doit-on tenter une myomectomie conservatrice ou faire une opération radicale? Sans doute c'est la myomectomie conservatrice, quand elle est possible, qui est l'opération de choix. M. Quénu pense qu'elle eût été possible dans le cas de M. Cottin.

La seconde observation de notre confrère de Dijon a trait à un malade qui a d'abord présenté tous les signes d'un fibrome utérin, puis ceux d'une tumeur maligne. Au cours de l'opération, c'est-à-dire de l'hystérectomie abdominale totale, il a fallu réséquer une anse d'intestin grêle de 15 centimètres et faire ensuite l'entéro-anastomose. La malade a bien guéri.

En analysant cette observation, M. Quénu revient sur la vieille question de la dégénérescence sarcomateuse des fibromes utérins. La tumeur enlevée, dans ce cas, par M. Cottin était bien un sarcome. Mais ne l'était-elle pas d'emblée? M. Quénu incline à le croire; car rien, dans l'observation, ne prouve que cette tumeur ait d'abord été un

fibrome pur. Il est, à nos yeux, bien difficile de pouvoir ainsi trancher la question. M. Quénu n'admet pas cette opinion émise par M. Pozzi que le fibro-sarcome utérin a toujours pour tissu matriculaire un fibro-myome. Cette opinion, dit M. Quénu, est fort contestable.

Sans doute l'évolution sarcomateuse d'un fibro-myome utérin est chose acquise, mais sans parler des sarcomes qui ont pour berceau la muqueuse utérine, M. Quénu cite les faits qui prouvent l'existence de sarcomes utérins primitifs purs, sans myomes. La question est importante au point de vue du pronostic, car si on met à la charge du fibro-myome ces sarcomes primitifs, on augmente d'autant la gravité du pronostic des fibro-myomes. Il serait donc très intéressant, dans tous les cas de sarcomes, de chercher à reconnaître exactement s'il s'agit de sarcomes primitifs ou de sarcomes secondaires.

Dans la troisième observation adressée par M. Cottin, il s'agit d'une cholécystite calculeuse avec ablation du calcul et guérison.

M. Demoulin fait un rapport très étudié à propos d'une observation de **plaie du canal rachidien par coup de couteau** communiquée par M. Giss (de Thionville). Ce qu'il y a de particulièrement intéressant, dans cette observation, c'est que le blessé a perdu une quantité considérable de liquide céphalo-rachidien. Malgré cet écoulement considérable, le malade continuait à souffrir des bras et à présenter des symptômes de compression médullaire. Pensant qu'il devait rester un corps étranger dans la plaie, probablement la pointe du couteau, M. Giss fit une exploration et finit par extraire, avec beaucoup de peine et beaucoup d'effort, une lame de couteau présentant 7 centimètres 1/2 de longueur et qui était fichée dans la colonne vertébrale, au niveau de la sixième vertèbre cervicale et frôlant le plexus brachial. Le couteau une fois extrait, les douleurs des bras disparurent et le malade allait bien, lorsque, dix-huit jours après, le liquide céphalo-rachidien ne s'écoulant plus, la température se mit à monter à 40 degrés, des douleurs intolérables apparurent à la nuque, en même temps que des vomissements et tous les symptômes d'une méningite qui persistèrent vingt-huit jours. M. Giss rouvrit la plaie, laissa s'écouler 300 grammes de liquide céphalo-rachidien, et le malade se remit, en conservant toutefois des troubles nerveux. En cinq semaines, il n'avait pas perdu moins de 30 litres de liquide céphalo-rachidien.

M. Demoulin fait suivre l'analyse de cette observation de l'historique de la question. Il a pu recueillir cinq faits se rapprochant de celui de M. Giss; le premier remontant à 1859 est dû à Jobert de Lamballe.

Le fait qui domine dans l'intéressante observation de M. Giss, c'est l'hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien. M. Demoulin risque une explication physiologique de cette hypersécrétion. C'est d'ailleurs celle qui a déjà été donnée par M. Guinard pour d'autres faits. Ce serait l'hémorragie produite par l'instrument tranchant ou même par la simple ponction du canal rachidien qu'il faudrait incriminer comme cause de cette hypersécrétion.

Quelle est la conduite à tenir dans un cas de plaies de l'espace arachnoïdien? Explorer la plaie et rechercher s'il n'y est pas resté un corps étranger; ne pas suturer de façon à faciliter l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, quelque considérable qu'il puisse être.

M. Poirier approuve cette dernière conclusion, mais il n'accepte pas l'explication physiologique de l'hypersécrétion donnée par M. Demoulin.

M. Routier, poussé par M. Abadie, a, chez deux malades, tenté l'ouverture du canal rachidien pour tâcher de remédier à une atrophie des nerfs optiques. Il a obtenu un écoulement considérable de liquide céphalo-rachidien, dans un cas il a suturé la dure-mère, dans l'autre il ne l'a pas suturée. Les suites ont été les mêmes dans les deux cas, c'est-à-dire sans aucun phénomène consécutif quelconque. Quant au résultat thérapeutique, il a été également nul.

M. Tillaux a vu, autrefois, un opticien qui se plaignait de voir continuellement couler du liquide de son nez sur son travail. Cela durait depuis des années. Ce liquide examiné par Robin et par Méhu fut reconnu être du liquide céphalo-rachidien. Cet homme en perdait constamment en quantité considérable, sans que sa santé fût altérée. Le seul renseignement qu'a pu obtenir M. Tillaux sur ce malade, c'est qu'il avait été opéré d'un polype nasal par Velpeau. M. Tillaux pense que la lame criblée avait dû être arrachée.

M. Moty insiste sur la nécessité, dans les cas analogues à celui que vient de rapporter M. Demoulin, de ne pas suturer les plaies du canal rachidien. Il ajoute que beaucoup de ces blessés ont de la méningite cérébro-spinale sans grands symptômes.

M. Demoulin partage cette opinion, qui est aussi celle de M. Netter, qui a bien étudié ces cas de méningite séreuse.

Nous arrivons aux présentations : M. Richelot montre une malade dont l'histoire est quelque peu troublante : cette femme, d'une cinquantaine d'années, a été laparotomisée en mai 1900, par M. Doyen, qui a trouvé une **tumeur diffuse de la cavité pelvienne**, tellement adhérente et généralisée, qu'il n'a pas cru pouvoir l'enlever et qu'il a refermé le ventre. M. Richelot est appelé, en juillet 1900, auprès de cette malade qu'il trouve pâle, exsangue, cachectique, avec l'utérus fixe et englobé dans un magma diffus inextricable. Il diagnostique une tumeur épithéliomateuse diffuse, déclare qu'il n'y a rien à faire et porte un pronostic fatal à brève échéance. M. Wlaëff lui demande de traiter cette malade par son sérum. M. Richelot n'y voit pas d'inconvénient. Deux ans après, M. Wlaëff conduit cette malade à M. Richelot qui ne la reconnaît pas et la trouve dans un excellent état général avec un utérus petit, souple, mobile et une tumeur grosse comme le poing au niveau de l'ovaire droit, avec beaucoup d'ascite. Cette tumeur est devenue aujourd'hui très attaquable. Tel est le fait présenté par M. Richelot et qui soulève de la part de M. Quénu les plus expresses réserves sur le diagnostic de cancer.

M. Segond fait observer, avec beaucoup de raison, qu'il ne faudrait pas conclure trop vite en présence de ce fait. Il a observé lui-même une malade dont voici l'histoire en deux mots : une jeune femme est laparotomisée par Péan qui lui enlève une tumeur maligne de l'ovaire droit. Elle guérit et a un enfant. Trois ans après, M. Segond trouve une tumeur récidivante de l'ovaire gauche, la lui enlève non sans trouver des adhérences et non sans une opération laborieuse. Elle guérit. Un an après récidive diffuse et inopérable. Toute intervention paraît inutile. Cette malade est soumise aux injections de sulfate de quinine et aujourd'hui elle semble guérie. De ces faits extraordinaires, incompréhensibles, il ne faudrait pas conclure hâtivement à l'efficacité de tel ou tel moyen, ni laisser pénétrer dans l'esprit des

malades, pas plus que dans celui du chirurgien, des espérances qui ne tarderaient pas à être déçues.

Cette conclusion est sans doute fort sage. Mais il n'en est pas moins vrai que des faits de ce genre sont bien difficiles à expliquer d'une façon satisfaisante.

La discussion se poursuivra, dans la prochaine séance, sur cette question.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 21 AU 26 AVRIL 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 21 AVRIL, à une heure. — 1er, *Salle Vulpian* (1re série) : MM. Lannelongue, Sébileau et Legueu ; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Reclus, Poirier et Gosset ; — *Salle Béclard* (3e série) : MM. Retterer, Rieffel et Cunéo.

2e, *Salle Pasteur* : MM. Gley, Broca (André) et Legry ; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Lejars et Walther ; — (2e série) : MM. Terrier, Delens et Broca (Aug.) ; — (2e partie) : MM. Hayem, Teissier et Bezançon ; — M. Gaucher, suppléant.

MARDI 22 AVRIL, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Méry et Hanriot.

1er, *Salle Vulpian* (1re série) : MM. Schwartz, Poirier et Rieffel ; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Quénu, Gley et Thiéry.

2e, *Salle Charcot* : MM. Rémy, Langlois et Desgrez ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Pozzi et Faure ; — (2e série) : Le Dentu, Berger et Marion ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Vaquez ; — M. Gouget, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin ; — M. Guiart, suppléant.

MERCREDI 23 AVRIL, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Hayem, Blanchard et Legry.

1er, *Salle Richet* (1re série) : MM. Kirmisson, Rémy et Rieffel ; — *Salle Béclard* (2e série) : MM. Reclus, Sébileau et Cunéo ; — M. Hanriot, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Lannelongue, Delens et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Wurtz ; — M. Walther, suppléant.

JEUDI 24 AVRIL, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Launois et Guiart.

4e (ancien régime), *Salle Richet* : MM. Proust, Richaud et Thoinot.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Salle Charcot* : MM. Raymond, Ménétrier et Renon ; — (ancien régime), *Salle Vulpian* : MM. Hutinel, Charrin et Jeanselme.

1er, *Salle Thouret* (1re série) : MM. Retterer, Poirier et Rieffel ; — (2e série), *Salle Pasteur* : MM. Berger, Quenu et Thiéry ; — M. Achard, suppléant.

VENDREDI 25 AVRIL, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Brissaud, Hanriot et Tessier.

1er, *Salle Vulpian* (1re série) : MM. Poirier, Gosset et Rieffel ; — (2e série), *Salle Richet* : MM. Reclus, Sébileau et Cunéo.

2e, *Salle Béclard*) : MM. Gauthier, Gley et Retterer ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Mauclaire et Broca (Aug.) ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Delens et Lejars ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Wurtz et Thoinot ; — M. Widal, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Broca (André), suppléant.

SAMEDI 26 AVRIL, à une heure. — 1er, *Salle Richet* (1re série) : MM. Poirier, Retterer et Langlois ; — *Salle Trousseau* (2e série) : MM. Pozzi, Quénu et Thiéry ; — M. Ménétrier, suppléant.

3e (2e partie, ancien régime), épreuve pratique : MM. Hutinel, Dupré et Launois.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Raymond, Dupré et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Achard et Vaquez ; — M. G. Ballet, suppléant.

5e (1re partie), *Beaujon* : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray ; — (2e partie) : MM. Proust, Méry et Charrin ; — M. Jeanselme, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Potocki.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — ÉPREUVE ORALE. — Séance du 11 avril 1902. — Questions : « Appareil ligamenteux de l'articulation de la hanche. — Symptômes des fractures du col du fémur. » — MM. Autant, 16 + 23 = 39 ; Saillant, 15 + 20 = 35 ; Hébert, 14 + 19 = 33 ; — de Lacombe, 13 + 20 = 33 ; Cauchois, 11 + 21 = 32 ; Dobrowitch, 12 + 19 = 31 ; Sourdille, 13 + 17 = 30 ; Perreaux, 12 + 16 = 28 ; Delille, 9 + 17 = 26 ; Lejentel, 9 + 15 = 24.

Séance du 12 avril 1902. — Questions : « Anatomie de la trompe utérine. — Symptômes de la grossesse normale à terme. » — MM. Beaufumé, 13 + 22 = 35 ; Jeannel, 15 + 17 = 32 ; Deglos, 13 + 18 = 31 ; Tixier (Léon), 13 + 18 = 31 ; Poupardin, 12 + 16 = 28 ; Coutela, 11 + 15 = 26 ; Zenker, 10 + 16 = 26.

L'Association des médecins de la Seine, fondée en 1833, par Orfila, en faveur des membres malheureux de la profession médicale, a tenu, hier dimanche, sa 70e assemblée générale annuelle, sous la présidence de M. Brouardel.

Le secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 78 996 francs, dont 16 255 fournis par les cotisations, 5 853 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru 9 sociétaires, 53 veuves ou familles de sociétaires, enfin 38 autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, 2 pensions viagères de 1 200 fr. chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 47 500 francs. Une somme de 22 929 francs a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau pour le prochain exercice ; ont été élus : président, M. Brouardel ; vice-présidents, MM. Guyon et Fernet.

Comptes rendus du Congrès de Moscou (1897). — Les comptes rendus du Congrès international de médecine de Moscou sont enfin mis en vente, à Paris, à la librairie C. Naud. Ceux de nos confrères qui, ayant participé à ce Congrès, n'ont pas encore retiré les volumes auxquels ils ont droit, sont invités à le faire dans le plus bref délai en accompagnant leur demande de 0 fr. 85 pour Paris et 2 fr. 75 pour la province pour frais d'envoi.

Pour les acheteurs non participant au Congrès, la collection des huit volumes coûtera 18 francs, expédiée franco.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 44. — JEUDI 17 AVRIL 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 17 AVRIL 1902. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

LA MORT SUBITE PAR INHIBITION

D'après M. F. Poirault (1).

En médecine légale, on a coutume de dire que la mort est subite lorsqu'elle survient en quelques secondes, quelques heures et même quelques jours chez des individus jouissant d'une bonne santé ou atteints de maladies dont les symptômes ne laissaient pas prévoir une terminaison aussi immédiate. La mort subite est donc une mort précédée de circonstances rapides et imprévues. A l'autopsie des individus morts de cette façon, on trouve le plus souvent des lésions caractéristiques (coronarite, aortite, etc.). Mais, dans d'autres cas, on ne trouve absolument aucune lésion appréciable : on dit alors qu'il y a eu *mort par inhibition*.

Les faits d'inhibition mortelle sont peu fréquents, et lorsqu'on a éliminé ceux qui ne sont ni absolument complets ni concluants, il n'en reste qu'un tout petit nombre, que M. Poirault a colligés avec soin. Les parties du corps humain dont la contusion peut provoquer la mort subite sont surtout les organes génitaux, le larynx et l'abdomen.

Pour ce qui a trait aux contusions des *organes génitaux* de la femme, une première question intéressante pour le médecin légiste est celle de la mort subite par inhibition dans l'avortement criminel. Les professionnelles de l'avortement ont le plus souvent recours, comme l'on sait, à la ponction ou au décollement des membranes de l'œuf. Bien que l'un et l'autre de ces procédés soient des plus dangereux, c'est surtout le décollement qui s'accompagne le plus fréquemment de mort subite. C'est au décollement que s'adressait une avorteuse célèbre, la fille Thomas, condamnée à l'occasion d'un décès qui survint pendant des tentatives d'avortement. L'opération, le plus souvent, n'occasionnait aucune douleur locale, mais « il arrivait parfois qu'elle provoquait un état de malaise général, des troubles indiquant une perturbation profonde des fonctions du système nerveux. Sur les 72 clientes de la femme Thomas qui ont été examinées, il en est six qui, pendant l'injection ou quelques minutes après, ont été prises de défaillances, de lipothymie, d'étourdissements, de vomissements, état qui a duré en général plusieurs heures, pour disparaître ensuite sans laisser de traces » (Vibert). Dans un cas même, ainsi qu'il vient d'être dit, la mort survint subitement au cours de l'opération sans qu'aucune lésion nécropsique ne soit venue expliquer l'issue fatale.

Le plus souvent, dans ces cas, l'inhibition mortelle a été provoquée par une injection intra-utérine, mais cette condition n'est pas indispensable, et l'injection vaginale suffit parfois à provoquer la mort subite, comme il ressort des observations de Vibert, Lorain, etc. On a même quelques exemples de mort subite survenue à la suite de toucher vaginal, ce qui montre bien que, pour déterminer l'inhibition, le traumatisme n'a pas toujours besoin d'être violent ou douloureux.

Les traumas des organes génitaux mâles (contusion des testicules) peuvent également déterminer la mort subite, mais dans des cas beaucoup plus rares.

Le *larynx* est aussi une région favorable au développement des phénomènes d'inhibition traumatique. On doit admettre que, dans quelques cas de strangulation opérée avec la main, la mort survient par action réflexe et non par asphyxie. Plusieurs fois, en effet, on a noté une perte de connaissance immédiate. Expérimentalement, P. Bert a provoqué la mort immédiate d'un canard en resserrant brusquement sa trachée. Folk et Hoffmann ont produit l'arrêt subit de la respiration en comprimant les larynx de chiens trachéotomisés. Taylor cite le cas d'une femme qui fut étranglée dans son magasin par un apprenti dans un temps si court et si silencieusement que son mari, qui n'était séparé d'elle que par une mince cloison, n'entendit ni bruit ni désordre pendant que le meurtre se commettait. La mort, dans ce cas, était due à une action réflexe et non à l'asphyxie (Vibert).

Dans la pendaison, il peut y avoir souvent perte de connaissance immédiate, antérieurement à tout commencement d'asphyxie : c'est le cas des pendus blancs, dont la mort est avec raison attribuée à une syncope. Cette syncope doit évidemment être attribuée à l'anémie cérébrale brusque, à la compression des nerfs vagues et des nerfs laryngés, mais elle relève aussi, pour une certaine part, de l'irritation des terminaisons nerveuses du larynx. Ne sait-on pas qu'un simple coup, même très léger, porté sur cet organe, peut provoquer une mort subite?

Les traumatismes de la *région épigastrique* ont été plusieurs

(1) Th. de Paris, 1900.

fois suivis de mort subite, mais des observations assez nombreuses permettent de penser que, si les contusions du larynx, des organes génitaux et de l'abdomen sont celles qui provoquent le plus souvent la mort par inhibition, toutes les régions du corps peuvent, sous l'influence d'un traumatisme, être le point de départ de phénomènes inhibitoires mortels. On a vu des cas de mort subite à la suite d'opérations très légères sur le voile du palais, le pharynx ou les fosses nasales, à la suite d'une opération de bec de lièvre, de la dilatation du sphincter anal. Plusieurs fois aussi, la ponction des kystes hydatiques du foie a été suivie de mort immédiate.

Il n'est pas absolument nécessaire qu'il y ait traumatisme pour qu'il y ait inhibition, et d'autres phénomènes peuvent être le point de départ de l'action réflexe dont résulte la mort. Telle est, dans quelques cas, la submersion, l'ingestion de boissons froides, la compression du thorax et de l'abdomen chez les enfants nouveau-nés, la lithiase biliaire, etc. Enfin certains individus ont un système nerveux si impressionnable qu'une simple émotion suffit à les tuer. On dit que Sophocle, Denys le Tyran, Pitt, succombèrent à l'annonce d'une nouvelle imprévue. Le grave Valère-Maxime raconte que Xerxès et le poète Philémon moururent par suite d'un rire excessif.

Quel est, dans tous ces cas, le mécanisme de la mort?

L'inhibition, démontrée expérimentalement par les travaux de Weber, de Cl. Bernard, Pflüger, Morat, etc., a été définie ainsi par Brown-Séquard : un acte en vertu duquel une propriété ou une activité disparaît soudainement ou très rapidement, à distance d'un point irrité du système nerveux, grâce à une influence spéciale, exercée par l'irritation transmise de ce point à la partie ou aux diverses parties de l'organisme où cette disposition se manifeste.

Il y a donc dans toute inhibition trois actes distincts : l'irritation d'un point de l'organisme à distance de la région où l'inhibition se produit; la transmission de l'irritation à cette partie; la cessation d'une fonction. L'inhibition peut être périphérique ou centrale. L'arrêt du cœur, la *syncope cardiaque*, peut relever d'une irritation périphérique : excitation des pneumogastriques, — d'une irritation centrale : piqûre du bulbe, — ou être le résultat d'un réflexe dont les origines peuvent varier : surface cutanée, muqueuse intestinale (expérience de Goltz) ou gastrique (Neumann). Il n'est pas jusqu'aux impressions morales qui n'agissent sur l'appareil modérateur du cœur : en somme, l'arrêt du cœur peut succéder à toute irritation vive et subite du pneumogastrique.

La *syncope respiratoire* peut, elle aussi, être provoquée par l'excitation du pneumogastrique (Traube). L'excitation de ce nerf ou du laryngé supérieur entraine souvent une mort subite, non accompagnée de mouvements convulsifs et attribuable nullement à l'asphyxie, mais à l'inhibition (P. Bert).

L'arrêt vasculaire, enfin, est encore un phénomène d'inhibition. L'irritation de nerfs sensitifs divers produit de la vaso-dilatation à distance. Cette vaso-dilatation n'étant qu'une paralysie vaso-motrice, on voit qu'il y a analogie complète entre ce mécanisme et celui de l'arrêt du cœur.

A la description des syncopes cardiaque et respiratoire, Brown-Séquard ajoute celle de la *syncope par arrêt des échanges gazeux*. Ce sont ces trois syncopes qui, par leur association, expliquent la mort rapide par inhibition. Dans les cas de contusion des organes génitaux de la femme, il y a irritation des nerfs sensitifs de l'utérus et action à distance sur la dixième paire. Dans les traumatismes du larynx, l'irritation provient du nerf laryngé supérieur. La mort subite consécutive aux chocs de l'abdomen est due peut-être à l'irritation des muqueuses digestives ou de la séreuse péritonéale.

Diverses circonstances favorisent d'ailleurs l'inhibition. Celle-ci est plus fréquente dans l'âge adulte; elle s'observe surtout à la suite de chocs violents et douloureux, chez les individus affaiblis, nerveux ou en train d'accomplir certains actes physiologiques, tels que la digestion. En somme, comme le dit M. Poirault, l'inhibition ne se produit chez un individu qu'en vertu d'un état psychique particulier auquel viennent s'ajouter des conditions physiologiques variables, dont la plus importante semble être la période digestive. Ces différentes matières, intéressantes en soi, présentent une importance médico-légale de premier ordre. Le médecin-légiste, lorsqu'une autopsie est négative et que les circonstances de la mort sont bien connues, est autorisé à invoquer le mécanisme de l'inhibition. L. B.

VIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(TOULOUSE 1902)

COMMUNICATIONS DIVERSES

1° **Pathologie générale.** — *Sur la tension superficielle des liquides de l'organisme humain.* — M. H. FRENKEL (de Toulouse). La recherche de la tension superficielle des urines ayant déjà permis à l'auteur, en commun avec M. Cluret, de tirer des conclusions générales d'un certain intérêt, il poursuit aujourd'hui cette même recherche sur d'autres liquides organiques. Ses examens sont relatifs à la tension superficielle du sérum sanguin, des liquides d'œdèmes, des épanchements de la plèvre, du péricarde, du péritoine, de la tunique vaginale des testicules, du contenu gastrique.

Comme pour l'urine, la présence des acides biliaires dans le sérum en abaisse la tension de surface, mais cet abaissement est moins important que pour l'urine provenant du même malade. Les liquides d'œdème peuvent avoir une tension plus élevée que celle du sérum, mais elle reste toujours inférieure à celle de l'eau. La tension de surface des épanchements pleuraux, péricardiques, péritonéaux est plus faible que celle des liquides d'œdème, tandis que le liquide d'hydrocèle est analogue à ce point de vue à l'anasarque. Enfin, le contenu gastrique, soit dans les cas de rétention, soit à la suite d'un repas d'épreuve, a une tension de surface souvent, mais pas constamment, très basse, ce qui tient tantôt à la présence de bile, tantôt aux acides gras, tantôt à l'alcool ou à d'autres substances qui abaissent fortement la tension.

De la teneur en chlorure de sodium des tissus et des divers liquides de l'organisme dans la pneumonie. — M. BAYLAC (de Toulouse) rappelle les très intéressants travaux de MM. Achard et Loeper sur le défaut d'élimination des chlorures dans la pneumonie, qui serait dû au passage et à la fixation de ces chlorures dans les tissus.

Il a constaté qu'il n'y avait pas d'accumulation de chlorures dans le sang. Ils ne sont augmentés ni dans l'expectoration, ni dans les tissus des pneumoniques.

En présence de ces résultats, M. Baylac a étudié comme M. Achard l'élimination des chlorures dans les urines après injection supplémentaire de 12 grammes de chlorure de

sodium. Il a pu voir que l'augmentation des chlorures dans l'urine était à peine sensible dans les urines des premières vingt-quatre heures, qu'elle était au contraire très notable dans les urines des quatre à cinq jours qui suivent l'injection, de sorte que l'on retrouve dans ces urines la presque totalité des chlorures ingérés.

Il semble donc qu'à l'état pathologique, l'élimination des chlorures se fasse d'une manière moins brusque, moins rapide, mais elle n'en est pas moins réelle si elle est plus lente.

Dans ces conditions, M. Baylac se demande si l'alimentation des pneumoniques ne joue pas un certain rôle dans l'hypochlorurie urinaire : le régime lacté, auquel sont soumis la plupart des pneumoniques, est en effet très pauvre en chlorure, 2 grammes de chlorure par litre de lait.

Note sur la cryoscopie du sérum sanguin chez l'homme et quelques animaux. — **M. BAYLAC** singale la différence des résultats obtenus par les auteurs dans leurs recherches sur la cryoscopie du sérum sanguin. Il l'attribue à la différence des procédés employés.

Il croit que le point de congélation du sérum varie suivant que le sérum a été obtenu à l'aide d'un saignée ou avec des ventouses sacrifiées, normal dans le premier cas, abaissé à — 0,80 dans le second.

Il ne croit pas possible de baser le diagnostic et le pronostic de l'urémie et les divers états pathologiques sur les variations du point de congélation du sérum sanguin.

Il ajoute que la teneur du *sérum en chlorure de sodium* est aussi à peu près invariable.

Il a retrouvé la même constance du point cryoscopique et de la teneur en chlorure de sodium chez les animaux (bœuf, mouton, cheval et porc).

Il termine en disant que la composition du sang tend à se maintenir relativement fixe, qu'il s'agisse de sujets normaux ou de sujets atteints d'affections diverses, d'urémie par exemple.

Notions nouvelles sur la pathologie générale de la tuberculose fournies par l'étude des angiodermites tuberculeuses. — **M. LEREDDE.** Les travaux récents qui ont doublé le domaine de la tuberculose cutanée doivent intéresser, plus encore que les dermatologistes, tous les médecins qui s'occupent de tuberculose.

M. Leredde signale donc les faits suivants :

1° *Tuberculoses bénignes de la peau disséminées curables spontanément* (lichen scrofulosorum). — Or, nous ignorons jusqu'ici l'existence de bronchites, d'entérites, de manifestations viscérales dues aux bacilles de Koch et spontanément curables. Le lichen scrofulosorum montre qu'elles existent au niveau de la peau.

2° *Angiodermites tuberculeuses.* — Il existe des infections, lupus érythémateux, acnitis folliclis, érythème induré, qui dans leur forme typique n'ont pas la structure tuberculeuse et ne donnent pas la tuberculose par inoculation au cobaye. Entre ces affections (angiodermite tuberculeuse) et les lésions tuberculeuses les plus classiques, existent toutes les transitions.

3° *Angiodermites tuberculeuses familiales.* — Parmi ces maladies, il faut citer l'angio-kératome de Mibelli, car c'est une maladie familiale atteignant des frères et des sœurs. Or le lupus érythémateux peut être une maladie familiale.

4° *Pseudo-rhumatisme tuberculeux chez les malades atteints d'angiodermite tuberculeuse.*

Sur les abcès de fixation. — **M. ARNOZAN.** Dans son service de l'hôpital Saint-André, l'auteur a pratiqué un certain nombre d'injections d'essence de térébenline pour provoquer des abcès de fixation suivant la méthode de M. le professeur Fochier. La proportion des succès obtenus est peu élevée, mais il faut tenir compte de ce fait que le traitement n'a été appliqué qu'aux malades dont le pronostic semblait extrêmement grave et dont l'affection résistait aux traitements classiques.

Sur 13 bronchopneumonies très menaçantes, on a obtenu 8 guérisons, sur 10 fièvres typhoïdes compliquées de broncho-pneumonies, d'accidents puerpéraux, etc., 6 guérisons, quelques-unes tout à fait inespérées. L'injection d'essence de térébenthine est donc une ressource des plus importantes que le praticien aurait tort de négliger ; elle est d'ailleurs, comme l'a dit M. Fochier, un excellent moyen de pronostic, la guérison étant presque toujours assurée quand il se produit au point d'injection une réaction inflammatoire franche et rapide.

Le mode d'action de ce traitement est plein d'obscurité. M. Arnozan s'est demandé si le pus de ces abcès n'était pas pour les poisons une voie d'élimination et pour commencer par un poison facile à déceler on a choisi d'abord l arsenic. Des lapins ont reçu par la voie gastrique des doses quotidiennes de cacodylate de soude et une injection de térébenthine. Quand les animaux meurent ou qu'on les tue, on trouve dans le pus des abcès une proportion d'arsenic beaucoup plus considérable que dans le foie. L'arsenic s'élimine donc par la voie des abcès et peut-être il en est de même d'autres poisons. Malheureusement il n'est pas possible de généraliser, car le cuivre par exemple est loin de suivre la même voie.

L'hyperleucocytose par l'application de vésicatoires. — **M. CARRIEU** (de Montpellier). A la fin de la pneumonie, l'application de vésicatoires fait monter le nombre de globules blancs de 8000 à 12000 ; cette méthode thérapeutique peut donner ainsi d'excellents résultats dans certaines formes de maladies infectieuses avec nombre de globules blancs insuffisant.

De la staphylococcie. — **M. BOINET** (de Marseille). L'objet de cette note est de résumer un certain nombre de cas qu'on peut ainsi grouper : 1° staphylococcie pure suivie de mort après manifestations bucco pharyngées ayant donné des cultures de saphylocoques sans bacille de Lœffler (5 cas). 2° angines à staphylocoques (avec ou sans croup) suivies de guérison (11 cas) ; 3° staphylococcies à point de départ varié (1 cas de staphylococcie pseudo-typhoïde avec abcès parotidien) ; 4° association du staphylocoque et du bacille de Lœffler, 17 cas qui se repartissent ainsi : 5 fois avec le bacille long dont 3 décès et 2 guérisons, 5 fois avec le bacille moyen et guérison, 4 fois avec le bacille court et guérison. Plus graves sont les associations simultanées du bacille diphtérique avec le staphylocoque et le streptocoque, 2 morts sur 3 cas.

Des épanchements chyliformes. — **M. BOINET** (de Marseille). Dans trois cas d'épanchements chyliformes (ascite avec cancer de l'estomac, ascite avec péritonite tuberculeuse), l'opalescence n'était due ni a la présence du chyle en nature ni à la transsudation par diapédèse du contenu des fins chylifères ni à la présence de filaires ; elle relevait (examen de M. Jousset) de l'existence de la graisse et des corps voisins

de la graisse qui proviennent des produits résiduaux inflammatoires (fibrines, leucocytes), épithéliaux ou néoplasiques.

Intoxication aiguë et chronique par l'alcool et l'absinthe chez le chien, le lapin et le cobaye, par injection sous-cutanée et par ingestion. — MM. BALLET et FAURE. L'intoxication aiguë détermine les accidents convulsifs ou comateux suivant la dose d'alcool. L'intoxication chronique ne détermine pas chez ces animaux les altérations d'organes si fréquentes chez l'homme mais possède une grosse influence sur la descendance et parce que les portées comprennent moins de petits et parce que ces petits succombent souvent très rapidement et en totalité au milieu de convulsions.

(*A suivre.*) R. CESTAN.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(15 AVRIL 1902)

M. Javal fait une intéressante communication accompagnée d'expériences sur les curieuses propriétés d'un nouveau métal, le **radium**, découvert et étudié par M. et M[me] Currie. Ce métal émet dans l'obscurité une lumière qui lui est propre, qui n'est pas la phosphorescence et qui se distingue également des rayons de Rœntgen, quoique présentant avec ces derniers une certaine analogie. Les rayons du radium traversent, comme les rayons X, les corps opaques et produisent des effets physiologiques. M. Currie pense que ces propriétés pourraient être utilisées pour reconnaître si le nerf optique chez les aveugles est absolument atrophié et si, par suite, on doit perdre tout espoir de leur faire recouvrer la vue. M. Javal cite plusieurs observations desquelles il résulte que certains aveugles peuvent percevoir la lueur émanant du radium; chez d'autres, au contraire, toute sensibilité visuelle est éteinte et le radium ne produit aucun effet. Cette substance est encore d'une extrême rareté; on la prépare sous forme de chlorure et il n'en existe pas encore un gramme dans le monde entier.

M. Vallin soumet de nouveau à l'académie l'une des conclusions modifiées de son rapport sur la **peste**. Voici cette conclusion :

« Tout navire ayant touché à un port infecté ou suspect, sera tenu de procéder à la destruction des rats avant tout déchargement, même en l'absence de malades à bord.

Il ne pourra être remis en service, avant qu'une visite minutieuse ait permis de constater que cette destruction est complète. »

Après un échange d'explications entre MM. Brouardel, Chantemesse et Vallin, cette conclusion est adoptée par l'Académie.

M. Robin appelle l'attention de l'Académie sur une erreur qui persiste encore dans l'esprit de bien des médecins. Nous voulons parler de l'**antisepsie interne**. Après les succès éclatants de l'antisepsie chirurgicale, il était naturel de penser que l'antisepsie interne pourrait également rendre des services. Il n'en est rien; il faut en prendre son parti et considérer la faillite de l'antisepsie médicale comme un fait acquis. S'il était besoin de le démontrer de nouveau, l'intéressante observation que nous apporte M. Robin serait bien faite pour ratifier cette démonstration.

Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, qui entre dans son service pour des accidents de syphilis secondaires. En dehors de la syphilis, cette malade ne présente aucune tare ni personnelle, ni héréditaire. Elle est soumise à un traitement intensif par le mercure, tantôt sous forme d'injections sous-cutanées, tantôt sous forme de pilules de sublimé. Elle prit ainsi 0g75 centigrammes de préparations mercurielles dans l'espace d'une quinzaine de jours. Trois semaines après son entrée à l'hôpital, cette malade fut prise d'une fièvre typhoïde qu'elle a contractée dans le service, fièvre typhoïde grave à allure hautement infectieuse, et qu'aucune médication, y compris les bains froids, ne parvenait à atténuer. Elle eut diverses complications, une éruption pemphygoïde, une *phlegmatia alba dolens* qui apparut au bout de vingt jours et elle succomba le vingt-deuxième jour à des accidents infectieux.

A l'autopsie, outre les lésions de la fièvre typhoïde, on trouva du mercure dans la rate et le foie. Voilà donc une malade qui, étant saturée de mercure, contracte la fièvre typhoïde et succombe à l'infection du bacille d'Eberth que le mercure n'a pas seulement empêchée mais semble plutôt avoir aggravée. On a proposé de donner des sels de mercure, le calomel entre autres, dans le traitement de la dothiénentérie. C'est là, on le voit, une grave erreur. Que dans le bocal du laboratoire, le mercure ait semblé avoir une action destructive sur le bacille d'Eberth, c'est possible; mais en clinique, entre le bacille et le mercure il y a la vie.

A la suite de cette communication, M. Chantemesse fait remarquer, avec juste raison, combien il est pénible de constater que la malade, qui fait l'objet de cette observation, ait contracté la fièvre typhoïde dans une salle d'hôpital. Il serait temps qu'on prît à l'égard de la fièvre typhoïde les mêmes précautions qu'à l'égard des autres maladies infectieuses transmissibles.

M. Richelot fait une communication sur la **gastro-entérostomie par le procédé en Y**, appliquée aux dyspepsies rebelles. Il se déclare partisan du procédé de gastro-entérostomie en Y préconisé par Roux (de Lausanne), et signale deux faits cliniques intéressants.

L'atonie de l'estomac et le rétrécissement simple du pylore, dit-il, sont venus à propos nous consoler des résultats assez maigres obtenus par les opérations palliatives contre les cancers inopérables. Ils ont paru à quelques-uns matière si séduisante, que leur enthousiasme n'est pas resté contenu dans de justes limites.

M. Richelot veut seulement parler de ces dyspepsies graves que nul régime, nulle médication ne peuvent guérir, où l'atonie de l'estomac, la coarctation du pylore, spasme pur ou sténose confirmée, quelquefois un ulcère simple, amènent des douleurs violentes et une émaciation progressive. L'abouchement de l'estomac avec une anse du jéjunum, en faisant un nouveau pylore, favorise l'évacuation des aliments et met au repos la paroi stomacale.

Mais il ne s'agit pas seulement de faire une bouche artificielle au viscère; il faut lui donner un bon pylore, bien placé et fonctionnant à souhait. Du côté de l'intestin grêle, on est fixé depuis longtemps : seul, un opérateur inexpérimenté, voulant faire vite, prendrait une anse quelconque pour la souder à l'estomac; nous savons que, pour les besoins de la digestion, il faut choisir la première anse du jéjunum, dont la recherche est facile. Du côté de l'estomac, il a paru d'abord très simple de passer au-devant du côlon transverse et d'aborder l'organe par sa face antérieure, mais l'orifice nouveau n'est pas assez déclive et le côlon peut être comprimé; nous sommes d'accord, aujourd'hui,

pour faire la gastro-entérostomie postérieure. La grande courbure et la face postérieure de l'estomac sont attirées sans beaucoup de peine par la voie rétro-colique, et l'abouchement au niveau du « sac prépylorique » assure l'évacuation rapide. Tel est le procédé de von Hacker, le plus usité, mais non le plus parfait. Tout marche bien, sans doute : on relève le gros intestin, on effondre le mésocôlon transverse dans un large espace où il n'y a pas de vaisseaux, on saisit l'estomac qui vient sans mauvaise grâce à la portée du chirurgien; la première anse du jéjunum est prise à son tour et les deux organes sont amenés au contact; puis on fait une anastomose latérale. C'est ici le point litigieux : l'anastomose latérale offre au contenu de l'estomac deux routes à suivre indifféremment, et permet aux aliments de refluer dans le duodénum, à la bile de couler dans l'estomac. Le plus souvent, ils prennent la bonne direction, mais il semble que le hasard seul en décide; il y a eu des échecs dont l'autopsie a révélé la cause, d'autres où celle-ci n'a pu être que soupçonnée. Ce que voyant, les chirurgiens ont imaginé diverses modifications, pour éviter les plis, les éperons et les coudes. Ne vaut-il pas mieux remplacer franchement l'anastomose latérale par une meilleure implantation de l'intestin, qui imite merveilleusement un vrai pylore et prévient à coup sûr le *circulus viciosus?* Tel est le but que me paraît atteindre le procédé en Y, dont l'idée peut remonter à Socin ou à d'autres, mais dont le véritable promoteur est Roux (de Lausanne).

Le côlon relevé, le méso effondré, l'estomac mis en place et l'anse du jéjunum choisie, l'intestin grêle est sectionné entre deux clamps serrés doucement; la section est faite à bonne distance du duodénum, afin qu'il n'y ait aucune gêne pour opérer et, plus tard, aucun tiraillement. Pour séparer les deux bouts l'un de l'autre, on prolonge l'incision sur le mésentère, à l'endroit le mieux choisi pour qu'elle soit un peu longue, sans intéresser l'arcade artérielle de premier rang. Puis le bout supérieur, coiffé de gaze, est relégué provisoirement vers le côté gauche de l'abdomen, et le bout inférieur approché de l'estomac, dans la région prépylorique. C'est en ce point que la paroi stomacale est incisée et que l'orifice jéjunal y est implanté perpendiculairement. Faut-il ensuite fixer à la paroi stomacale, par trois ou quatre points espacés, les bords de la large ouverture mésocolique, pour l'empêcher d'étrangler ultérieurement l'intestin? C'est là, suivant M. Richelot, un détail de minime importance.

Le nouveau pylore ainsi constitué, le bout supérieur du jéjunum est décoiffé et, par une suture identique à la précédente, implanté perpendiculairement sur le bout inférieur, à l'opposé de son bord mésentérique, à une certaine distance de l'estomac. Ce second abouchement, qui demande une incision moins longue que celle du nouveau pylore, représente une grosse ampoule de Vater, par où la bile coulera naturellement dans l'intestin grêle sans pouvoir refluer vers l'estomac. L'opération est terminée.

M. Richelot a pratiqué deux fois la gastro-entérostomie en Y.

M. Richelot rapporte en détail deux observations concernant des malades arrivés à un état très grave et presque cachectiques et qui ont été tous deux très rapidement débarrassés de tous leurs accidents par cette opération.

En terminant, M. Richelot fait connaître la raison pour laquelle il donne la préférence au procédé en Y sur tous les autres procédés.

M. Piéchaud (de Bordeaux) relate l'observation d'un enfant atteint d'**abcès intra-thoracique ancien**, compliqué de vomiques répétées, et guéri par la thoracotomie suivie de résection costale.

PRATIQUE MÉDICALE

L'extrait du Guaco et son application en thérapeutique.

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. le docteur Butte a fait une communication des plus intéressantes sur l'action physiologique et thérapeutique de l'extrait de Guaco.

Le Guaco est une liane, originaire du Mexique. M. Butte a réussi à extraire de cette plante une substance active, soluble, en présence des alcalins. L'étude de son action physiologique a permis à notre confrère de découvrir ses remarquables propriétés dont les applications sont déjà fécondes dans de nombreuses affections où la thérapeutique était restée jusqu'à ce jour à peu près impuissante.

L'injection de l'extrait de Guaco détermine sur le système nerveux des animaux en expérience, des phénomènes remarquables; de faibles doses suffisent pour amener l'insensibilité des nerfs mixtes, au point que la faradisation du bout central du nerf sectionné ne donne plus lieu à aucun phénomène; la paralysie motrice survient ensuite, mais les muscles ne cessent pas de réagir à l'excitation faradique. Avant d'arriver aux doses capables de produire ce résultat, on constate toujours la perte du pouvoir sensitif des nerfs mixtes. C'est cette propriété physiologique qui a été mise à profit en thérapeutique par notre confrère.

M. Butte a expérimenté l'extrait de Guaco dans les affections dont les symptômes semblaient devoir être influencés par les propriétés de la plante, et notamment dans celles où il était indiqué d'obtenir une diminution de la sensibilité.

Les résultats qu'il a obtenus dans les névralgies en général, et particulièrement sur celles survenant au cours des affections grippales, ont été des plus remarquables. Dans l'immense majorité des cas, les douleurs, qu'il se soit agi de névralgies intercostale, faciale, ou sciatique, ont été rapidement atténuées. Certaines névralgies rebelles ont disparu au bout de vingt-quatre heures. On sait que si quelques névralgies cèdent plus ou moins facilement à la quinine, à l'antipyrine, etc., il en est qui font le désespoir du malade et du médecin, il n'était donc pas inutile de posséder une arme de plus dans les cas où l'on a épuisé toutes les ressources thérapeutiques connues.

A côté des névralgies, il est d'autres affections qui pour être moins douloureuses n'en torturent pas moins péniblement les malades, il s'agit des affections prurigineuses de toute nature : eczémas prurigineux, prurigo de Hébra, prurit généralisé, prurit sénile, prurit ano-vulvaire, urticaire, etc. Or celles-ci ont été très heureusement influencées par l'emploi du Guaco intus et extra, et le médicament a donné sous ce rapport à notre confrère les résultats les plus remarquables. Le traitement a été employé dans tous les cas, soit sous forme de bains, de lotions ou d'applications de compresses humides, soit à l'intérieur sous forme de pilules, sirop ou autrement. Dans presque tous les cas les malades ont vu disparaître rapidement les symptômes qui constituaient un des tourments de leur existence.

En résumé, nous possédons dans le Guaco un médicament symptomatique d'une énergie et d'une efficacité remarquable, qui trouvera son *indication dans toutes les affections douloureuses* à forme névralgique, particulièrement dans les névralgies des nerfs périphériques, en second lieu *contre le symptôme démangeaison*, quelle que soit son origine,

lésion externe, eczéma, prurigo, ou dyscrasie traduisant ses effets du côté de la peau comme dans le cas de prurit chez les diabétiques, les arthritiques ou les brightiques.

Ce sont là des résultats qu'il importait de signaler à l'attention des médecins.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Aperçu historique sur les ferments et fermentations normales et morbides (1), par M. le docteur Roussy.

Depuis une dizaine d'années, l'attention s'est portée sur les diastases et l'on s'est mis à fouiller avec soin tous les détails de leur histoire. A l'heure actuelle, nous commençons à posséder des notions aussi nombreuses que précises sur cette variété de ferments, mais il n'existe encore aucun travail complet sur ce sujet, et, « d'autre part, il semble que l'on se fait une idée trop étroite des *ferments* et des *fermentations* et qu'on enferme leur *histoire* dans des limites trop restreintes. »

C'est donc à l'étude des ferments que M. Roussy consacre son livre intéressant, qu'il divise en plusieurs parties étroitement solidaires, malgré l'apparence. Dans une première partie, il fait ressortir le *délaissement* dans lequel sont plongés « ceux qui se consacrent corps et biens, à la recherche des vérités scientifiques, au progrès de la science, les *volontaires du progrès de la science*, comme il convient de les appeler ». Il adresse en leur faveur un éloquent appel aux riches. Dans les autres parties, M. Roussy embrasse toute l'*histoire des ferments et des fermentations*, « depuis Noé, Abraham, etc., jusqu'à l'année 1900. » Puis il essaye de dégager quelques notions tantôt des brouillards épais de la vieille métaphysique ontologique, tantôt du dogmatisme biologique encore hésitant, élaboré sous la féconde influence de l'esprit scientifique successivement soufflé de toutes parts par les génies scientifiques et philosophiques. Les fermentations panaire, vineuse, putride, digestive, nutritive, spermatique, etc., sont successivement passées en revue. L'auteur conclut, de ses recherches sur la *pathogénie de la fièvre* et sur la *nature des diastases*, à l'existence d'un ferment chimique, spécial à chaque cellule vivante « arme de vie pour cette unité vivante, arme de mort à l'égard des autres unités vivantes concurrentes ou ennemies ou les autres corps capables de lui nuire ». Livre singulier, livre curieux, que liront avec plaisir tous ceux qui s'intéressent aux idées générales, que consulteront avec fruit les bibliophiles et les érudits.

L. B.

LE DOCTEUR RENDU

L'un des plus dignes représentants de notre profession, le docteur Rendu, vient de succomber à une longue et douloureuse affection.

Clinicien consommé, maître respecté et toujours écouté avec fruit, praticien habile et dévoué à tous ses malades, à ceux de l'hôpital comme à ceux de la ville, travailleur inlassable, le docteur Rendu, sous une enveloppe un peu rude, cachait un cœur chaud, un esprit fin et avisé, un caractère droit, une fermeté absolue dans ses opinions scientifiques comme dans ses convictions religieuses.

Médecin de l'hôpital Necker, professeur agrégé, membre de l'Académie de médecine, secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux, médecin de la Bibliothèque nationale, Rendu apportait dans toutes ces fonctions le même zèle, la même ardeur, et il trouvait encore moyen de répondre toujours exactement aux exigences d'une nombreuse clientèle et de multiples consultations. Comme le regretté professeur Potain, dont il rappelait par certains côtés la noble figure, il était souvent appelé au chevet de confrères malades, auxquels il prodiguait avec libéralité sa science et son dévouement. Mais c'est surtout à la Société médicale des hôpitaux, dont il était l'âme, qu'il apportait le fruit de sa longue expérience et de ses travaux, travaux toujours marqués au coin de la plus sagace et de la plus rigoureuse observation clinique.

Il est peu de médecins qui aient su, au même degré que lui, sans se départir de la plus stricte dignité, gagner et conserver jusqu'à la fin la pleine confiance de nombreux clients, qui, tous, étaient devenus ses amis. Aussi laissera-t-il derrière lui de profonds et unanimes regrets. Il restera pour ses confrères et ses élèves un des modèles les plus parfaits de science et de conscience professionnelles, d'abnégation et d'honorabilité.

Puisse le souvenir pieux qu'il laissera dans le cœur de tous ceux qu'il a secourus apporter quelque soulagement à sa famille justement éplorée.

Dr A. B.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — Epreuve orale. — Séance du 14 avril 1902. — Questions : « Artère vertébrale. — Symptômes du mal de Pott dorso-lombaire. » — MM. Maurice Camus, 15 + 20 = 35 ; Fernand Lévy, 14 + 20 = 34 ; Agasse-Lafont, 9 + 24 = 33 ; da Sylva Paranhos, 10 + 23 = 33 ; Viteman, 13 + 19 = 32 ; Mlle Mouroux, 11 1/2 + 20 = 31 1/2 ; MM. Beaudoin, 13 + 17 = 30 ; Leenhardt, 13 + 16 = 29 ; Lerembourg, 11 + 15 = 26.

Facultés de médecine. — *Lyon.* — M. le docteur Bordier, agrégé, est chargé d'un cours de physique médicale pendant la durée du congé accordé à M. Monoyer.

Toulouse. — M. le docteur Audebert, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, d'un cours de clinique obstétricale.

Écoles de médecine. — *Angers.* — Un concours s'ouvrira le 15 octobre 1902 devant l'École de médecine d'Angers pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Conférences de gynécologie. — M. le docteur Richelot, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, reprendra le 20 avril, à neuf heures et demie, ses consultations et conférences de gynécologie du dimanche matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Conférence internationale pour l'unification de la formule des médicaments héroïques. — Cette conférence dont l'Académie royale de médecine de Belgique a pris l'initiative, se réunira à Bruxelles le 15 septembre prochain. L'Allemagne, l'Angleterre, l'Autriche-Hongrie, la Bulgarie, le Danemark, l'Espagne, les Etats-Unis, la France, le grand-duché de Luxembourg, la Grèce, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal, la Russie, la Serbie, la Suède-Norwège, la Suisse et la Turquie ont adhéré à l'idée d'une entente pour donner une composition uniforme aux médicaments héroïques d'un usage international.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

(1) In-8°. — Prix : 7 francs. — Paris, J. Rousset.

N° 45. — SAMEDI 19 AVRIL 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 19 AVRIL 1902. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — ÉPREUVE ORALE. — Séance du 16 avril 1902. — Questions : « Muscles et tendons de la patte d'oie. — Symptômes de la rougeole normale. » — MM. L. Guillaume, 14 + 23 — 37; Picot, 14 + 18 = 32; Bloch, 18 + 13 = 31 ; Roland, 12 + 19 = 31 ; G. Cottard, 11 + 18 = 29; Heller, 12 + 17 = 29; Lafosse, 14 + 15 = 29; Claude, 12 + 16 = 28; Mahoudeau, 10 + 15 = 25; Gros-Dévaud, 8 + 15 = 23.

Séance du 17 avril 1902. — Questions : « Artères du pied. — Symptômes et complications des oreillons. » — MM. Capette, 16 + 21 = 37; Lebar, 14 + 22 = 36; Dehérain, 15 + 20 = 35; Thaon, 15 + 19 = 34; Verliac, 14 + 20 = 34; Flourens, 15 + 18 = 33; Dromard, 13 + 17 = 30; Landowski, 12 + 17 = 29; Ribot, 11 + 17 = 28 ; Brissy, 10 + 17 = 27.

Écoles de médecine. — *Amiens.* — Un concours s'ouvrira, le 27 octobre 1902, devant la Faculté de médecine de Lille, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine d'Amiens.

Marine. — M. le médecin de première classe de la marine Tribondeau a été nommé, pour cinq ans, à compter du 20 avril courant, à l'emploi de professeur d'histologie normale et de bactériologie à l'École principale du service de santé de la marine à Bordeaux, en remplacement de M. Le Dantec.

M. le médecin principal Le Dantec est maintenu à l'Ecole de Bordeaux jusqu'au 1er août 1902, pour mettre son successeur au courant du service.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Belmin (de Paris).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

M. CADET. Contribution à l'étude clinique de l'ostéite déformante de Paget. — M. CANDEGABE. Des néoplasmes prérotuliens. — M. DIONIS DU SÉJOUR. Contribution à l'étude des contusions profondes du thorax. Les déchirures pulmonaires en dehors des fractures de côtes. — M. DE MONTILLE. Contribution à l'étude des hernies adhérentes inflammatoires et de leur traitement. — M. CHARDIN. Des éventrations consécutives aux contusions de l'abdomen. — M. PITOIS. Essai de classification étiogénique des balano-posthites. — M. DEGRAIS. Des rayons chimiques et de leur emploi dans la thérapeutique des affections cutanées (traitement du lupus par l'appareil Finsen). — M. DOUSSETT. Le dispensaire anti-tuberculeux. — M. LEJEUNE. L'enseignement de l'hygiène dans les écoles et les lycées. — M. CHOMET. Dilatation aiguë du cœur au cours du rhumatisme polyarticulaire aigu. — M. LÉPINAY. Contribution à l'étude des lésions du lobe frontal en dehors de la région motrice. — M. GAUTHIER. Fractures du calcanéum par écrasement. — M. COUSSIEU. Contribution à l'étude de la bactériologie des otites moyennes aiguës. — M. RENOUARD. Contribution à l'étude de l'hallux valgus. — M. CROIXMARIE. Contribution à l'étude des phlébites. Leur traitement par la mobilisation précoce. — M. DELAHOUSSE. De la ruptures des varices vulvaires au moment de l'accouchement. — M. MÉRET. Opération césarienne conservatrice et opérations mutilatrices complémentaires de la gastro-hystérectomie. — Mlle DELPORTE. Étude médico-psychologique sur les altérations du caractère chez l'enfant. — M. LEQUYER. De l'évolution de la pneumonie franche chez les tuberculeux. — M. SAISON. Les dermatoses considérées dans leurs rapports avec les dyspepsies. — M. COULLOCH. De l'emploi du tannigène dans les diarrhées. — M. PIGARD. Ictère émotif. — M. HOUDEVILLE. Contribution à l'étude des accidents du travail dans l'air comprimé. — M. ROUSSEAU. Contribution à l'étude de la cystocèle inguinale. — M. MÉNARD. Traitement des inflammations pelviennes. — M. LELONG. De l'hémorragie rétro-placentaire d'origine traumatique. — M. LASSALLAS. Contribution à l'étude de l'amputation sus-condylienne de la cuisse par la méthode ostéoplastique fémoro-rotulienne de Gritti. — M. RADAFINE. Etude sur l'alcoolisme à Madagascar avant la conquête française. — M. PIED. La Sicile. Études climatologiques et médicales. — M. VAGNER. Première pratique médicale de la loi sur les accidents du travail (jurisprudence, statistique). — M. BLANCHET. Contribution à l'étude des névroses intestinales. — M. CARAES. La phlébite des membres, complication de l'infection blennorragique. — M. FARCY. Etude sur le purpura secondaire. — M. HERVY. Contribution à l'étude des foyers inflammatoires juxta-articulaires du genou. — M. FORESTIER. Contribution à l'étude de l'antéflexion congénitale de l'utérus. De son traitement par la dilatation et le curetage. — M. DENTILLAC. Etude sur la splénomégalie dans les différentes périodes de la syphilis acquise. — M. CHAZET. Contribution à l'étude du traitement des fractures de la rotule. — M. VERGEZ. Contribution à l'étude des occlusions intestinales en rapport avec la grossesse et le travail. — M. LAUNAY. Les relations nosologiques de la chorée des femmes enceintes. — M. SAYOL. L'enseignement secondaire classique dans ses rapports avec la médecine. — M. RENOU. Complication rare de la fièvre typhoïde (pylo-phlébite suppurée). — M. VILLARET. Etude sur des urines de goutteux.

REVUE GÉNÉRALE

Les courants d'émigration et l'expansion de la lèpre.

Par M. E. Jeanselme.

I

Maladie exclusivement humaine, sans attache avec le sol, la lèpre suit l'homme dans toutes ses migrations, sous toutes les latitudes, bien différentes, par ses allures et sa mobilité, du paludisme, maladie tellurique, qui diffuse rarement au delà de ses foyers d'origine. Les limites du domaine géographique de la lèpre ne peuvent donc pas être fixées d'une manière immuable. L'histoire nous apprend que l'évolution de cette maladie à travers les âges a présenté de nombreuses alternatives de régression et d'expansion; et ce que nous observons de nos jours prouve aussi que la carte de la lèpre, pour être exacte, doit subir des remaniements incessants. Marchant dans l'ombre de l'homme, la lèpre se déplace avec lui. Ses arrêts, ses retours offensifs sont commandés par les grands faits politiques et économiques qui déplacent les centres de l'activité humaine.

II

A l'origine des temps modernes, les trois principaux foyers d'endémie lépreuse étaient la côte occidentale de l'Afrique, l'Inde, et la Chine méridionale. Je me propose de démontrer dans cette étude que les nombreux courants d'émigration partis de ces foyers primordiaux ont eu pour résultat la création de foyers secondaires.

Au XVI[e] siècle, la lèpre commençait de rétrocéder en Occident, quand les Espagnols et les Portugais firent la conquête du Nouveau-Monde. La lèpre avait-elle existé chez les aborigènes avant l'arrivée des blancs? A-t-elle été importée en Amérique par les compagnons de Christophe Colomb? C'est là un problème historique qui n'est pas encore résolu. Aucun document précis n'a été produit en faveur de l'une ou l'autre de ces hypothèses, et l'examen des poteries précolombiennes ne fournit aucun argument décisif. Ce qui est certain, c'est qu'au lendemain de la conquête, Fernand Cortez fut obligé d'ouvrir au Mexique une léproserie.

L'immense domaine conquis était situé en majeure partie sous les tropiques, il ne pouvait donc pas être exploité directement par des blancs. De là ces nombreuses cargaisons de noirs, déversées pendant des siècles par les vaisseaux négriers dans les plantations du nouveau continent. Les nègres furent si nombreux dans les Antilles que la race autochtone, celle des Caraïbes, s'est éteinte. Dans les contrées où la race aborigène a été refoulée, mais non pas détruite, aux Guyanes par exemple, on a fait la remarque qu'elle est encore indemne de la lèpre, tandis que les noirs, les métis et les blancs sont très éprouvés par cette maladie. Il n'est donc pas douteux que les Nègres de la côte occidentale de l'Afrique, très sujets à la lèpre dans leur pays d'origine, ont importé, ou tout au moins provoqué une recrudescence notable de ce fléau dans toute l'Amérique latine.

III

La côte orientale de la Chine, depuis Shanghaï jusqu'à Canton, est à la fois l'une des contrées les plus peuplées du globe et l'un des foyers les plus actifs d'endémie lépreuse. Des courants continus d'émigration, conséquence obligée du surpeuplement et de son corollaire la misère, ont rayonné à diverses époques de cet immense réservoir d'hommes sur tout l'Extrême-Orient, le Pacifique, l'Australie et l'Amérique.

De temps immémorial, les Chinois se sont infiltrés dans la presqu'île indo-chinoise. Ils ont joué un rôle capital dans l'histoire de l'Annam, du Laos, du Siam et de la Birmanie qu'ils ont imprégnés de leur civilisation. Tous ces royaumes, soumis pendant des siècles à l'hégémonie chinoise, ont recouvré après bien des vicissitudes leur liberté politique, mais ils restent encore aujourd'hui les tributaires de l'Empire du Milieu au point de vue économique. Toutes les transactions commerciales sont concentrées dans la main des Chinois; ce sont ceux qui font la prospérité des grandes villes de l'Extrême-Orient et qui sont les intermédiaires indispensables entre les indigènes et les colons européens.

La population chinoise dans l'Indo-Chine française s'accroît de jour en jour. Elle est évaluée à 100000 âmes au Tonkin, à 5000 sur la côte d'Annam, à 60000 en Cochinchine. Les Chinois représentent 11 p. 100 de la population totale du Cambodge. Ils forment des groupes compacts au cœur ou au voisinage des grandes villes; Cholon, situé aux portes de Saïgon, est une cité en grande majorité chinoise. Dans cette agglomération, comme dans toutes celles où l'élément chinois prédomine, la lèpre fait de nombreuses victimes (1). Du reste l'immigration chinoise gagne les bourgades les plus petites, créant de nouveaux foyers de lèpre dont le développement est facile à suivre au milieu de populations clairsemées. J'ai rapporté récemment l'histoire d'une petite épidémie d'origine chinoise qui a fait au Laos, dans le village de Ban Hat Sao, cinq victimes sur une soixantaine d'habitants dans l'espace de vingt ans (2). Au Siam, la race chinoise est si nombreuse et si puissante qu'elle s'est unie aux représentants des plus hautes classes et même à la famille royale. A Bangkok, la capitale (600000 habitants environ), il y a 200000 Chinois qui ont édifié une cité aux rues étroites et dallées, faite à l'image des villes de la côte de Chine.

En Birmanie, les Chinois qui ont pour concurrents les immigrants hindous ont envahi les gros centres tels que Mandalay et Rangoun.

Mais c'est assurément dans les établissements du Détroit (Straits Settlements) que la densité de la population chinoise atteint son maximum. La ville de Singapour, quoique aux mains des Anglais, est une véritable colonie chinoise (122000 Chinois sur 150000 habitants). A Poulo Pinang et dans les plantations de la province de Wellesley, la plupart des coolies sont de race chinoise. Or la lèpre est si répandue parmi ces immigrants, en dépit des lois rigoureuses qui s'opposent à l'introduction de lépreux étrangers dans la colonie, que le gouvernement anglais a créé, dans l'île de Jérajak, une léproserie spécialement affectée aux Chinois. Elle contenait 270 internés lors de mon passage.

IV

Quel que soit le milieu où les hasards de l'émigration transportent le Chinois, il s'y adapte mieux qu'aucune autre race. D'une endurance peu commune, il peut travailler sous toutes les latitudes et accepte au besoin les tâches les plus rudes et les plus meurtrières. Ses qualités en font un agent

(1) Il y aurait 264 lépreux dans la ville et l'arrondissement de Cholon, d'après la statistique officielle. Ce chiffre ne comprend que les indigents et les mendiants, il est donc beaucoup au-dessous de la vérité.

(2) *Presse méd.*, 1901.

auquel les gouvernements européens doivent presque nécessairement s'adresser pour mettre en valeur leur domaine colonial. Aussi les Hollandais et les Espagnols ont souvent recours à lui. Ces derniers avaient aux Philippines, à la veille de la guerre hispano-américaine, 50 000 Chinois. Depuis des siècles, un important courant d'émigration s'est établi de la côte chinoise vers l'archipel indo-malais où de nombreux coolies chinois travaillent dans les plantations et dans les mines de Java, de Sumatra et de Bornéo. Or, de l'avis des observateurs autorisés, l'établissement de tout nouveau centre chinois est suivi, à brève échéance, de l'apparition ou de la recrudescence de la lèpre dans la région (1).

A l'hôpital indigène de Batavia, sur 29 lépreux, on compte 24 Chinois et 5 indigènes seulement. Dans la ville de Soerabaya, capitale de la portion orientale de Java, il y a 264 lépreux, la plupart Chinois.

Sur la côte occidentale de Sumatra, dans la résidence de Lampong, la maladie sévit également parmi les Chinois.

Sur la côte orientale de Sumatra, à Delis, la lèpre se montre presque exclusivement sur les Chinois qui travaillent dans les plantations de tabac (184 lépreux, dont 170 Chinois).

Dans toute la région, la lèpre augmente partout où les terres sont mises en culture, et l'accroissement de la population chinoise est toujours suivie d'une recrudescence de la lèpre. Une léproserie pour 100 malades a été ouverte en 1890 à Médan par l'association des planteurs de tabac qui forcent leurs coolies chinois à s'y rendre s'ils deviennent lépreux. En outre, deux asiles où le séjour est volontaire ont été fondés par de riches Chinois. Car les liens de solidarité entre jaunes, sur terre étrangère, sont très étroits. L'un de ces asiles est à Médan, l'autre à Tandjoeng Poera, au nord de Médan.

Dans la résidence de Riow, comme à Deli, les Chinois qui travaillent dans les plantations sont à peu près seuls atteints. En l'absence de lois interdisant l'entrée de la colonie aux étrangers malades, les Chinois lépreux viennent en grand nombre de Singapour et de Pinang pour se soustraire à l'internement. Les Chinois avaient fondé à Riow une léproserie qui fut fermée en 1895 à la suite de pertes pécuniaires.

Dans la résidence de Banka, de nombreux cas de lèpre ont été relevés sur les coolies chinois. A Tandjoeng Poeni, existe un asile où les Chinois lépreux sont astreints au séjour forcé.

A Pontinak, capitale du district occidental de Bornéo, il y a aussi quelques lépreux, pour la plupart chinois. Dans le département de Montrado, presque tous les lépreux sont des Chinois ou des descendants de Chinois nés à Bornéo. C'est presque une certitude, dit M. J.-M.-H. van Dorsen, médecin en chef de Bornéo occidental, que la cause principale des nombreux cas de lèpre observés dans le département de Montrado est l'immigration considérable de Chinois qui, depuis plus d'un siècle, viennent chercher fortune dans les mines d'or. A Singkawang (département de Montrado), le nombre des lépreux parmi les Chinois est évalué à 1 p. 100. La population chinoise de Pamangkat, village situé à l'embouchure de la Sambas, est très éprouvée par la lèpre.

(1) Dès 1627, la lèpre est signalée aux Indes néerlandaises par Jacob Bontius. Elle paraît avoir été importée par les Chinois et les Hindous. A cette époque, elle était inconnue parmi les autochtones, les Dajaks, les Alfoeren, etc. — Dans son *Voyage autour du monde* pendant les années 1766-69, Bougainville dit au sujet des Chinois :

« Ceux-ci sont les courtiers de tout le commerce intérieur de Batavia, où leur nombre passe aujourd'hui celui de 100000. C'est aussi à leur travail et à leurs soins que les marchés de cette grande ville doivent l'abondance qui y règne depuis quelques années. »

V

Dans la Mélanésie et la Polynésie, il y a de nombreux foyers de lèpre qui ont été créés ou exacerbés à une époque récente par l'immigration chinoise.

L'une de ces épidémies, la plus étudiée sinon la mieux connue, est celle des îles Hawaï ou Sandwich. Bien qu'elle soit d'origine récente, la vingtième partie de la population native est atteinte. Les premiers cas rapportés sont discutables et ont été observés par des personnes étrangères à la médecine.

Les notions précises concernant la lèpre dans cet archipel ne remontent pas au delà de 1861, époque à laquelle Doirron, au cours de ses tournées vaccinales parmi les natifs des environs de Honolulu, constate plusieurs cas « d'une maladie ressemblant à la lèpre ». En 1863, dans son rapport annuel sur l'hôpital de la reine, Hildebrand attire l'attention « sur la rapide extension de cette nouvelle maladie appelée *Ma'i Pake* par les natifs », laquelle, ajoutait-il, est « la vraie lèpre d'Orient ».

En 1865, un « Act to prevent the spread of leprosy » autorise le bureau de santé à faire interner tout lépreux susceptible de propager la maladie (art. 3).

Les lépreux furent isolés sur la presqu'île de Kalawao, dans l'île de Molokaï. Il y en eut jusqu'à 1213 en 1890. Environ trente à quarante blancs ont été internés depuis l'ouverture de la léproserie. Un certain nombre ont quitté les îles Hawaï pour se soustraire à l'incarcération.

Telles sont les phases principales de cette épidémie hawaïenne dont la brutale soudaineté a étonné le monde. Vers le même temps, des flots d'immigrants s'abattaient sur cet archipel. La première importation de coolies chinois date de 1851, 180 furent débarqués dans les îles cette année même et 100 l'année suivante. En 1866, le nombre des Chinois était de 1200, en 1878, il était de 6000. En 1880, leur influence était devenue si grande que le gouvernement hawaïen alarmé fit passer une loi pour restreindre cette immigration.

Depuis 1868, des convois de Japonais arrivèrent à diverses reprises aux îles Hawaï ; à partir de 1884 commença une infiltration systématique de Japonais qui atteignait le chiffre formidable de 24000 en 1895.

Entre temps, des masses d'immigrants plus ou moins considérables pénétraient dans l'archipel, venant des régions les plus diverses, mais toutes infectées de lèpre : des Canaques (originaires des îles du Pacifique (1868), des Portugais de Madère et des Açores (1878), des natifs de différents groupes d'îles de la mer du Sud, des Fidji, de la Nouvelle-Zélande, des Nouvelles-Hébrides, mais principalement des îles Gilbert (1878-1884), des Norwégiens et des Suédois [1880 (1)].

Bien que la preuve rigoureuse fasse défaut, on garde l'impression, dit Arning, que le facteur essentiel dans cette épidémie a été l'introduction de l'élément chinois dans la

(1) D'après le recensement de 1896, il y avait, aux Iles Hawaï, 31019 indigènes, 24407 Japonais, 21616 Chinois, 15191 Portugais, 3086 Américains, 8485 métis, etc.

population hawaïenne. Cependant, malgré cette assertion dont on ne peut dénier la valeur, puisque l'auteur a résidé longtemps à Honolulu, on ne peut rejeter la conclusion de J. Ashburton Thompson, à savoir que la lèpre — si elle a été importée aux îles Hawaï — a été convoyée par plusieurs races, outre les Chinois, et que cette épidémie doit être classée scientifiquement comme « unobserved ».

VI

La découverte des mines d'or en Australie date de 1851. Aussitôt les Chinois affluent dans les placers. Dix ans plus tard, on en compte 42000 dans la colonie de Victoria et 12000 dans la Nouvelle-Galle du Sud. Ils se répandirent aussi dans les autres territoires, mais en nombre moindre (1). J. Ashburton Thompson, auquel j'emprunte ces chiffres, pense qu'en Australie la transmission de la lèpre aux blancs est liée à l'immigration chinoise. Dans la colonie de Victoria, la présence de Chinois lépreux fut reconnue officiellement en 1858, on en comptait 31 en 1866. Dans la Nouvelle-Galle du Sud, c'est en 1856 qu'on signale le premier cas de lèpre sur un Européen, on en connaissait au moins une quinzaine en 1881. Au Queensland, pays où l'on cultive la canne à sucre, ce ne sont pas seulement les Chinois, mais aussi des Canaques originaires des îles de la mer du Sud qui ont contribué à l'importation de la lèpre. Ces insulaires commencèrent à travailler dans les plantations en 1863, il y en avait 1543 en 1868 et 11000 en 1881.

Avant la période des immigrations, la lèpre n'avait pas été observée chez les Australiens autochtones. Ceux-ci ne sont pourtant pas réfractaires à cette maladie. On a récemment rapporté quelques cas isolés de lèpre sur des sauvages australiens, notamment au voisinage de Maryborough (25° lat. S. — 154° long. E. de Greenwich), à Port-Darwin (13° lat. S.), sur la rivière Mac Arthur qui débouche sur la côte occidentale du golfe de Carpentarie, et sur la rivière des Alligators. Dans ces territoires du Nord, la lèpre a pu être importée par les Chinois à une date postérieure à 1872 ou par les Malais (2).

VII

La lèpre avait été introduite à diverses reprises dans l'Amérique du Nord, longtemps avant l'arrivée des Chinois, d'abord par les Espagnols dès le début de la conquête, puis par les esclaves noirs, plus tard par les Français établis au Canada et à la Louisiane, enfin par les Norvégiens aux Etats-Unis (3). Mais, à l'époque contemporaine ce sont encore les Chinois qui ont joué, ici comme ailleurs, le rôle principal dans la propagation de la lèpre.

Jusqu'à la date relativement récente où l'entrée des jaunes aux États-Unis fut interdite, des agents d'émigration ont recruté des coolies sur la côte orientale de la Chine. Chaque semaine des transports contenant chacun 4 à 500 émigrants jetaient sur la côte occidentale de l'Amérique une multitude de malheureux attirés par l'appât du gain. D'après le recensement de 1890, il y avait à cette date 25000 Chinois à San Francisco. La lèpre était probablement inconnue dans la capitale de la Californie avant cette invasion de jaunes qui se poursuivit pendant plus d'un demi-siècle. Elle se montra d'abord parmi les immigrants chinois et s'accrut au point de nécessiter l'internement. Dans l'espace de six ans, 33 Chinois gravement atteints furent contraints d'entrer dans un hôpital spécialement affecté aux lépreux. Si l'on considère, dit James C. White, que ces cas étaient tout à fait frappants, on peut évaluer le nombre des cas légers au triple de ce chiffre. Les cas découverts dans l'État de Californie depuis l'origine de l'endémie jusqu'en 1894 a été de 158. Beaucoup de Chinois lépreux furent rapatriés par leur parents ou par leurs amis. Grâce aux mesures de rigueur, il n'y avait plus que 26 lépreux dans cet État en 1896 (1).

Dans l'Orégon, où la population chinoise est très dense, quelques cas de lèpre ont été découverts parmi les immigrants et « deported ».

Au Canada, la lèpre prend depuis quelques années une légère extension parmi les Chinois résidant dans la Colombie anglaise. En 1894, Graham (de Toronto) comptait 7 cas, dont 1 seul chez un blanc. Les malades ont été mis en quarantaine dans l'île Dorsey, près de City of Victoria.

VIII

Dans la seconde partie du XIXe siècle, l'abolition de l'esclavage a causé de graves perturbations économiques dans les colonies situées sous les tropiques. Le nègre, devenu libre, se refusant au travail, les planteurs durent chercher une autre main-d'œuvre pour cultiver leurs terres. De nombreux coolies hindous et chinois remplacèrent les noirs dans les plantations des Guyanes et des îles à sucre : les Antilles, la Réunion et Maurice. Dans ces contrées, l'émancipation des noirs a donc eu pour conséquence indirecte et inattendue une aggravation de l'endémie lépreuse. Du reste, les Chinois paraissent n'avoir tenu qu'un rôle assez effacé dans cette recrudescence ; l'influence nocive des Hindous, qui d'ailleurs furent importés en beaucoup plus grand nombre, semble avoir été prépondérante (2).

---

(1)

	Tasmanie.	Australie occident.	Australie méridion.	Queensland.
Recensement de 1881..	844	145	321	11000
— 1891..	943	917	288	8522

(2) Dans les colonies de la Nouvelle-Galle du Sud (1990), de Queensland (1892), de Victoria (1893), l'internement des lépreux est obligatoire.

(3) Épidémie du Nouveau-Brunswick. — Depuis 1815, la lèpre a continuellement existé dans les établissements français situés sur la rivière de Miramichi, près de la baie des Chaleurs, dans le golfe du Saint-Laurent : les premiers cas apparurent chez les descendants d'une femme née en Normandie, à Saint-Malo. En 1882, 150 lépreux environ avaient été traités au lazaret de Tracadie. Le nombre des malades vers 1896 était de 33.

Épidémie de la Louisiane. — En 1758, la lèpre fut introduite dans cette région par les Acadiens bannis du Nouveau-Brunswick. Elle prit une telle extension qu'un hôpital spécial fut fondé pour elle à la Nouvelle-Orléans en 1785. La lèpre attira de nouveau l'attention en 1866, époque à laquelle elle apparut à Vermillon-Parish sur une femme dont le père était venu du sud de la France. Elle mourut en 1870 et ultérieurement quatre de ses enfants et un neveu devinrent lépreux. De ce foyer, la maladie a gagné divers districts de la Louisiane et a affecté des sujets originaires de la région ou immigrés. Il y avait environ une centaine de lépreux dans cet Etat en 1896.

Epidémie de la Caroline du Sud. — Un foyer limité à Charlestown et les environs apparut en 1847. Jusqu'en 1882, 16 cas avaient été observés par Geddins. La lèpre commença dans une famille de juifs allemands.

J'aurai l'occasion de rapporter plus loin l'épidémie de la Nouvelle-Scandinavie.

(1) Dans ce nombre, sont compris quelques blancs venus des îles Hawaï pour se soustraire à la séquestration dans la presqu'île de Kalawao. Dans l'Utah, il y a aussi quelques lépreuses hawaïennes résidant à Salt-Lake-City.

(2) Je rappelle que les statistiques officielles accusent 130000 lépreux dans l'Inde anglaise.

Dans la Guyane anglaise, l'élément hindou par rapport à la population totale est dans la proportion de 37 à 891 et il est généralement admis que les coolies venus de l'Inde anglaise ont contribué à l'accroissement de la lèpre.

La liste des admissions à l'asile des lépreux de Demarara est très suggestive (1).

Dans la colonie hollandaise de Surinam, dans les Indes occidentales, l'accroissement parallèle de l'élément hindou et chinois d'une part, de la lèpre d'autre part, a été également constaté.

A la Trinidad, le pourcentage des lépreux par rapport à la population totale augmente rapidement. Sur l'ensemble des lépreux en 1891, 37,78 p. 100 étaient originaires de la colonie, des 62,22 p. 100 restants, 45,56 p. 100 étaient des natifs de l'Inde. Il est donc prouvé que la recrudescence de la lèpre dans cette île est due à l'importation continue de nouveaux cas par les Hindous immigrants. On peut estimer, dit Numa Rat, que la moitié du nombre des cas est d'origine extérieure.

Ce qui est vrai pour la Trinidad, l'est aussi pour les autres îles de la mer des Antilles. L'intensité de la lèpre y est liée à la survenue d'immigrants provenant de foyers lépreux, tels que les Portugais, les Indiens, les Africains et les Chinois. A la Dominique où l'élément étranger est insignifiant, la lèpre est fort peu répandue. A Saint-Christophe, où il y a eu des Indiens, et où il y a maintenant un grand nombre de Portugais, la lèpre a pris une extension remarquable.

De même, à Maurice, un grand nombre de lépreux sont de provenance hindoue.

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur ce qui précède, nous voyons que dans les temps modernes les grands faits politiques et économiques qui ont provoqué des courants d'émigration sont : la conquête de l'Amérique, la traite des noirs, l'abolition de l'esclavage, l'exploitation de vastes régions jusque-là inexplorées et la découverte des mines d'or. Trois races, affligées par la lèpre, ont surtout contribué à disséminer cette maladie :

Les Nègres, qui l'ont diffusée dans toute l'Amérique latine ;

Les Chinois, qui l'ont importée ou réimportée dans la Péninsule indo-chinoise, la Malaisie, l'Australie, la Californie et l'archipel hawaïen ;

Les Hindous, qui ont aggravé l'endémie lépreuse, régnant avant leur arrivée, dans les Indes occidentales, les Guyanes, les îles Maurice et de la Réunion, enfin les possessions anglaises sud-africaines.

IX

Pour que la lèpre se transmette d'homme à homme, il faut qu'un ensemble de conditions, soumises à un déterminisme très étroit, soient réalisées. Ainsi s'explique pourquoi la lèpre n'a pris qu'une faible extension en Australie et dans l'Amérique du Nord, tandis qu'elle a décimé avec une rapidité surprenante la population hawaïenne.

(1) De 1891 à 1897, il a été reçu dans cet établissement :

Natifs de la Guyane anglaise	219
— des îles des Indes occidentales	25
— de l'Afrique	14
— de l'Inde	389
— de la Chine	11
— de Madère (Portugais)	22
Total	680

Malheureusement ces causes adjuvantes, sans lesquelles la contagion ne peut se produire, sont encore inconnues. Cependant l'étude des épidémies permet de préciser les circonstances de milieu qui accroissent ou diminuent le pouvoir extensif de la maladie.

1° *Quand la lèpre est importée dans une contrée où la race blanche et la civilisation européenne prédominent, elle fait en général peu de progrès.*

Sur le continent australien et dans l'Amérique du Nord, le climat a permis aux Européens de vivre, de travailler et de se multiplier. Les autochtones ont peu à peu disparu devant l'envahisseur blanc par un mécanisme qui se réalise chaque fois que l'Européen entre en contact avec des races de couleur sous un climat qui lui permet de conserver son activité physique et intellectuelle. Il faut remarquer que la propreté corporelle, la plus essentielle des règles de la prophylaxie privée, crée en quelque sorte un isolement relatif de l'individu vivant en milieu infectieux. Or les Anglo-Saxons qui ont colonisé ces vastes territoires ont apporté de la mère-patrie le souci de l'hygiène.

L'Européen, dans ces colonies de peuplement, peut prendre une compagne de sa race et fonder une famille, la cohabitation avec l'indigène n'a donc pour ainsi dire pas existé.

Bien plus, les immigrants de couleur ont été parqués soit dans des plantations ou des bâtiments spéciaux au voisinage des exploitations minières, soit dans un quartier spécial quand ils affluaient dans une grande ville, comme San Francisco par exemple.

Au contraire, quand l'énorme masse d'immigrants vint s'abattre sur les îles Hawaï, à partir du milieu du XIXe siècle, ils se répandirent partout sans entrave et se mélangèrent à la population. Celle-ci d'ailleurs ne montrait aucune répugnance pour la lèpre, ce qui a rendu à peu près inefficaces les mesures de coercition. Beaucoup d'indigènes, si l'on en croit des témoins oculaires, cherchaient même à contracter la maladie pour être envoyés à l'établissement d'isolement et vivre sans travailler (1).

2° *Tous les immigrants entachés de lèpre ne sont pas dangereux au même degré pour la population blanche.*

Dans la colonie du Queensland par exemple, des Canaques et des Chinois furent importés en nombre considérable dans le même temps. Mais tandis que les premiers étaient surtout destinés au travail des plantations, les Chinois

(1) M. le docteur Meyer a vu une demi-douzaine d'indigènes mangeant dans la même écuelle avec un lépreux atteint d'une forme tuberculeuse à la période d'ulcération. Tous plongeaient leurs doigts dans la pâte poisseuse et les suçaient. Ce médecin causant avec ces indigènes obtint de l'un d'eux la réponse suivante : « Appelez-vous cela une mauvaise maladie? Moi, je dis qu'elle est bonne. Si je la prends, quoi alors ? J'irai au Settlement et je ne travaillerai plus. » (Do you call it a bad disease? I say it is good. If I catch it, what then? I shall go to the Settlement and work no more.)

Le docteur Swift, alors médecin-résidant à l'établissement d'isolement, écrivait en 1892, au Bureau de santé : « Qu'il soit bien compris (car je peux le prouver) qu'être un lépreux est un *desideratum*, sinon en dehors, du moins dans le Settlement. » (Let it be understood (for I can prove it) that tobe a leper is a desideratum, if not on the-outside it is so at the Settlement.)

Ce même médecin dit encore en parlant des « Kokuas », c'est-à-dire des indigènes non atteints de lèpre qui accompagnent les internés au Settlement, en qualité d'aides ou de serviteurs : « Laissez-moi établir que je puis, en un certain temps, fournir 20 à 25 Kokuas se soumettant à l'inoculation dans l'intention de contracter la maladie, à seule fin d'être dotés des privilèges et pourvus des rations alimentaires données aux vrais lépreux. »

exerçaient pour une part notable des métiers qui les mettaient en contact direct ou indirect avec l'élément blanc. Ils étaient boys, cuisiniers, blanchisseurs, tailleurs, maraichers, etc. On conçoit donc que les chances de transmettre la lèpre aient été beaucoup plus multipliées pour les Chinois que pour les Canaques. Et si les cas reconnus chez les blancs ont été exceptionnellement rares, il faut attribuer cette apparente immunité à l'observance scrupuleuse de l'hygiène privée et de la propreté individuelle.

En arrivant dans un pays où les règles de l'hygiène sont généralement répandues, les immigrants s'y conforment en partie en quelque sorte inconsciemment, et peu à peu la lèpre se raréfie parmi eux. Cette maladie n'est pas commune chez les Chinois nés en Californie de parents venus de la côte de Chine. Même remarque a été faite au sujet des Hindous issus à la Trinidad de parents immigrés de l'Inde anglaise. Dans le même ordre d'idées, nul exemple n'est plus topique que celui des Norvégiens qui sont venus s'établir aux Etats-Unis dans le Minnesota, le Wisconsin et le Dakota, dans le cours des cinquante dernières années. Ces immigrants se sont multipliés au point qu'ils forment aujourd'hui la majeure partie de la population de ces Etats et que le territoire qu'ils occupent porte le nom de Nouvelle-Scandinavie. Or l'enquête personnelle faite par A. Hansen en 1888 a établi que le nombre de lépreux immigrés de Norvège dans les Etats du Nord de l'Union avait été de 160, dont 13 seulement survivaient à la date de l'enquête. De tous les descendants de lépreux norvégiens qu'il a vus, et il les a vus *jusqu'aux arrière-petits-enfants*, pas un seul n'était devenu lépreux. Il faut donc conclure avec le savant léprologiste que si l'immigration norvégienne n'a pas propagé la lèpre dans l'Amérique du Nord c'est que sur le nouveau Continent les conditions d'existence sont tout autres que dans l'ancienne patrie. La propreté est plus grande, les demeures plus spacieuses; chaque habitant possède un lit et même une chambre individuelle (1).

3° *Quand des immigrants de race blanche, indemnes de lèpre, s'établissent en pays lépreux, ils s'infectent rarement.*

Vivre longtemps au milieu des indigènes, et à la manière des indigènes, paraît être la condition essentielle pour contracter la lèpre. Aussi s'observe-t-elle de préférence chez les missionnaires et les religieuses; plus rarement chez les colons. Elle est, par contre, tout à fait exceptionnelle parmi les troupes coloniales et les fonctionnaires qui prennent un contact moins intime avec la population indigène.

Ce que je viens de dire se vérifie dans toutes les colonies : dans l'Inde anglaise, la Birmanie, l'Indo-Chine française, les Indes néerlandaises, les possessions sud-africaines de l'Angleterre, etc. Seule, la Nouvelle-Calédonie fait exception. Dans cette île, la lèpre a pris, en quelques années, des proportions effrayantes parmi les blancs. Mais les conditions spéciales auxquelles sont soumis les Européens dans cette colonie expliquent cette apparente anomalie. En 1883, on reconnaît officiellement, pour la première fois, que la population indigène est contaminée (2). En 1888, M. Forné signale le premier cas observé sur un Européen. En 1894, M. Grall relève 37 cas sur des blancs, enfin en 1898 M. Auché compte 132 cas parmi la population blanche. Quant aux indigènes, ils sont littéralement décimés par le fléau. D'après l'estimation de M. Forné, le nombre de natifs atteints de la lèpre était, en 1888, de 4000 sur un total de 25000 indigènes. Il y a, en Nouvelle-Calédonie, environ 22000 individus de race blanche qui appartiennent à trois catégories distinctes :

Savoir :

Population libre..	Environ	7000.
Population pénale.	Condamnés aux trav. forcés.	10504.
	Relégués	4095.

Si l'on s'en rapportait aux statistiques administratives, on serait porté à croire que la lèpre est rare parmi la population libre. Mais les chiffres officiels : 13 lépreux sur 7000 blancs, sont beaucoup au-dessous de la vérité; car la plupart des malades, craignant d'être internés, se sont soustraits à l'enquête. Ce sont les habitants de la brousse ou les fonctionnaires mobiles, c'est-à-dire ceux qui font pour ainsi dire vie commune avec l'indigène, qui ont été les plus éprouvés. Au contraire, les troupes d'occupation, les colons-commerçants de Nouméa, qui n'ont aucun contact avec les tribus contaminées, sont restés jusqu'ici indemnes.

Dans la population pénale, les relégués qui sont privés de toute communication avec les indigènes n'ont pas fourni un seul cas de lèpre. Pareillement, aucune des femmes de la population pénale n'a été atteinte, immunité qui s'explique probablement par ce fait que la femme, presque toujours mariée à un concessionnaire, vit loin des populations canaques.

Mais parmi les forçats, encore au bagne ou libérés, qui sont en rapport intime et journalier avec les Canaques, la lèpre sévit avec violence.

Nul exemple ne saurait mieux prouver la contagiosité de la lèpre.

X

Il ne peut être question d'apporter des entraves aux relations de peuples à peuples, en vue de restreindre l'extension de la lèpre. Arrêter l'immigration dans les colonies d'exploitation serait préparer un désastre dont la portée serait incalculable. Comme effets immédiats de cette mesure, les plantations cultivées par les Hindous resteraient improductives et les grandes villes de l'Extrême-Orient qui doivent leur prospérité commerciale aux Chinois déclineraient rapidement.

Toutefois, chaque gouvernement a le devoir d'exercer sur les courants d'immigration une active surveillance et de repousser impitoyablement tous les lépreux qui tentent de s'introduire sur son territoire.

Les pays d'origine anglo-saxonne ont reconnu l'utilité de ces mesures. Aux Etats-Unis, le règlement quarantenaire concernant la lèpre dit : « Les navires arrivant en quarantaine avec la lèpre à bord ne devront pas recevoir la libre pratique avant que le lépreux avec son ou ses bagages ne soit débarqué du navire à la station de quarantaine. Si le lépreux est un étranger et fait partie de l'équipage, et si le navire est d'un port étranger, ledit lépreux sera retenu en quarantaine, aux frais du navire, jusqu'à ce que le navire en partance le reprenne (1). »

(1) Il faut remarquer combien cette extinction progressive de la maladie, grâce aux bienfaits de l'hygiène, est contraire à l'hypothèse de la lèpre héréditaire.

(2) Au dire des Canaques, la lèpre existait en Nouvelle-Calédonie dès 1865.

(1) *Quarantine Regulations concerning leprosy promulgated by the United States Treasury*, 1894.

L'ordonnance des Établissements du Détroit (1899) contient les dispositions suivantes :

ART. 11. — Un lépreux qui n'est pas originaire de Settlement ne doit pas être débarqué dans l'un des ports de la colonie, et le patron ou la personne en charge du navire qui permet ou omet de prévenir le débarquement de toute personne qu'il sait ou a des motifs raisonnables de supposer être un lépreux sera condamnable sur preuve devant une cour de deux magistrats, à une amende n'excédant pas cinq cents dollars (1 250 francs).

ART. 12. — Chaque lépreux ainsi débarqué, comme cidessus dit, peut être envoyé à l'asile des lépreux par une autorisation de la main du gouverneur et peut y être détenu pour telle période qui sera désignée par cette autorisation.

ART. 13. — Chaque lépreux ainsi débarqué, comme cidessus dit, peut être amené devant un magistrat qui peut interroger ce lépreux et tous autres témoins sous serment touchant le lieu d'où il a été amené dans le Settlement et peut faire transporter ce lépreux au lieu d'où il a été amené en telle façon que le gouverneur le décidera, et les frais convenables occasionnés par ce transfert seront supportés et payés par le patron ou autre personne en charge du navire (1).

Des précautions analogues sont prises contre le débarquement des lépreux à l'île Saint-Christophe et à l'île Antigua [Antilles anglaises (2)].

L'article 39 de la loi de Natal « for the Prevention of the disease of Leprosy, 1890 » stipule que les immigrants indiens ou noirs atteints de la lèpre qui auraient été introduits dans la colonie pourront être renvoyés dans leur pays d'origine.

Dans les Indes néerlandaises, aucune disposition n'est prise à l'égard des immigrants lépreux; et cela ne doit pas surprendre puisque le gouvernement des Pays-Bas ne reconnaît pas la lèpre comme une maladie contagieuse (3).

Les colonies françaises sont également désarmées contre la lèpre de provenance extérieure. J'ai insisté ailleurs sur le rôle du Chinois comme agent de propagation de la lèpre dans l'Indo-Chine française. Il serait pourtant facile d'agir efficacement puisque les Chinois entrent en Indo-Chine, pour la plupart, par la voie maritime. Ces immigrants sont tenus, d'après les règlements en vigueur, de se faire inscrire dès l'arrivée dans la colonie pour obtenir une carte de séjour; ils sont même soumis à la vaccination obligatoire. Il serait donc possible de leur faire subir une visite médicale et d'éliminer les lépreux. Ceux-ci seraient immédiatement réembarqués aux frais du navire qui les aurait débarqués (1).

Pour compléter ce système de défense, et pour atteindre les Chinois lépreux qui ont déjà pénétré dans la colonie, il serait utile d'exercer une surveillance médicale sur les agglomérations chinoises, sans recourir à des procédés vexatoires. Pour grandes que soient les difficultés et les charges qu'entraînerait l'application de ces mesures, j'ai la ferme conviction que les efforts tentés seraient largement compensés par les résultats obtenus. Car tout ce qui concourt à l'assainissement d'une colonie accroît sa vitalité et décuple sa valeur économique.

(1) *The Lepers Ordinance*, 1899.

(2) *An Act to provide for the care and maintenance of indigent lepers and to prevent the dissemination of leprosy*, Antigua, 16 mai 1896. Art. 19.

An Ordinance... for the prevention of the spread of the disease (*Leprosy*), Saint-Christopher-Nevis, oct. 1890. Art. 14.

(3) « La lèpre doit être considérée comme non contagieuse. Les malades ne peuvent pas être contraints à se rendre dans un établissement destiné aux lépreux ou à demeurer dans des lieux spéciaux. » *Décision gouvernementale du 29 septembre* 1865.

« Dorénavant il ne sera plus reçu, au compte de l'État, de lépreux dans les établissements destinés à ces malades. Lorsqu'il surgira de nouveaux besoins pour soigner des lépreux il devra y être pourvu par la bienfaisance privée. » *Décret du* 15 *septembre* 1870. DE FREYTAG, *Recueil voor den civiel Geneeskundigen dienst in Nederlandsch-Indië*, Batavia 1895 (en hollandais). Ces règlements surannés étaient encore en vigueur à Java, lors de mon passage (1900).

(1) Pour enrayer les progrès de la lèpre importée en Algérie par les Espagnols des provinces de Valence et d'Alicante, MM. Gémy et Raynaud ont demandé au gouverneur général de sanctionner les deux propositions suivantes :

A. Les émigrants reconnus atteints de la lèpre seraient invités à se rapatrier. En cas de refus, leur expulsion serait prononcée.

B. Les lépreux étrangers, actuellement domiciliés en Algérie et notamment à Alger, seraient invités, lorsqu'ils sont porteurs d'ulcérations qui sont des agents très actifs de la contagion, à se faire hospitaliser jusqu'à cicatrisation complète de leurs lésions ouvertes. En cas de refus, ils seraient également expulsés.

M. Arning, à la conférence internationale de Berlin (1897), a demandé qu'un contrôle soit établi au point de départ de l'émigration; que ce contrôle se poursuive, sous la garantie du consulat des pays de destination, au port de rassemblement et d'embarquement, et qu'il se termine au port de débarquement.

VIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[TOULOUSE 1902] (*fin*)

COMMUNICATIONS DIVERSES

2° Pathologie des organes. — A. TUBE DIGESTIF. — *Lithiase intestinale.* — M. BOINET. Dans six cas de lithiase intestinale chez la femme, une seule fois, une malade (observée par le docteur Chassy) était atteinte de goutte et les manifestations goutteuses alternaient avec les débâcles de sable intestinal. Chez toutes ces malades, la lithiase intestinale a été précédée d'entéro-colite muco-membraneuse avec stase des matières fécales et constipation et paraissait liée à ce que l'on a appelé le catarrhe lithogène dans lequel la stase, les lésions de la muqueuse, l'excès de matières mucoïdes ont favorisé le dépôt de phosphate et de carbonate de chaux.

L'insuffisance hépatique traduite par les troubles dans l'élimination de certains médicaments. — M. DÉLÉAGE. Ces troubles ont une intensité et une gravité proportionnelles à l'état anatomique et fonctionnel du foie, ainsi qu'à la nature et à la quantité de substances absorbées et non éliminées. L'auteur rapporte par exemple deux observations, l'une de syphilis scléro-gommeuse du foie, l'autre de cirrhose hypertrophique; or ces deux malades présentèrent de graves accidents d'iodisme avec des doses minimes d'iodure de potassium; deux autres malades, atteintes de lithiase biliaire, eurent avec 25 centigrammes d'antipyrine des manifestations cutanées érysipéliformes de la face.

L'insuffisance hépatique sans ictère au cours de la pneumonie. — M. PICOT. Elle se rencontre dans le tiers des cas de pneumonie et se manifeste par l'hypertrophie du foie, la réaction de Hay étudiée dans le *Journal de pathologie générale* par M. Frenkel et par M. Chauffard, par la glycosurie et l'albuminurie, par des troubles mentaux, consistant en un délire tranquille, professionnel. Le pronostic est variable, l'insuffi-

sance pouvant dans certains cas entraîner la mort par état comateux. Au surplus, il ne paraît pas lié forcément à l'étendue des lésions pulmonaires, car la forme grave avec délire peut apparaître quand la pneumonie est en voie de résolution. A l'autopsie on constate de la congestion du foie et même de la dégénérescence graisseuse aiguë de ses cellules; le rein est d'ailleurs lui-même altéré. Très rarement, on peut retrouver des pneumocoques dans le foie; les toxines microbiennes doivent donc jouer un rôle important en se localisant sur un foie de résistance amoindrie par des affections antérieures (dyspepsie, alcoolisme, etc.).

L'hépatisme. — **M. GLÉNARD.** C'est une insuffisance très légère, se traduisant par les maladies dites de la nutrition (dyspepsie, dermatose, ptoses viscérales, migraine, etc.), troubles qui sont bien caractérisés par une dyscrasie acide, due à l'insuffisance des oxydations par ralentissement de la nutrition. **M. GASTOU** insiste sur les relations de cet état avec certaines dermatoses, hypofonctionnement du foie dans les dermatoses desquamatives ou bulleuses, hyperfonctionnement au contraire dans les dermatoses aiguës papuleuses, très prurigineuses et eczématiformes. Mais le terme d'hépatisme paraît s'appliquer à un état constitutionnel déjà bien étudié par le professeur Bouchard; aussi préfère-t-on lui substituer, **M. TEISSIER**, celui de troubles hépatiques par défaillance ou par surmenage du foie, **M. MONGOUR**, celui de troubles hépatiques par hyperpragie ou par méiopragie, **M. FAURE**, celui d'hyper ou d'hypofonctionnement.

M. FAURE rapporte *un cas d'épilepsie mortelle d'origine hépatique.*

B. Cœur et vaisseaux. — *Le diagnostic de l'aortite abdominale.* — **M. TEISSIER.** Dans cette affection les battements de l'aorte abdominale sont modifiés par l'intensité de la respiration; dans les grands mouvements respiratoires, il y a une sorte de bigémination du pouls. A l'état normal la pression de l'artère pédieuse est inférieure de 2 centimètres de mercure à celle de la radiale, or dans l'aortite abdominale, elle lui devient égale et même supérieure de 2 à 5 centigrammes de mercure. Enfin les malades font avec facilité une grande hyperthermie et souvent due à des phénomènes locaux; ainsi, après une fatigue, ces sujets présentent une température beaucoup plus prononcée au niveau du rectum que dans la bouche ou l'aisselle.

Un cas d'endocardite aiguë au cours d'une dysenterie. — **M. GILS.** A l'autopsie, infiltration de la mitrale avec petits foyers de suppuration et myocardite diffuse.

M. BOINET rapporte *trois cas de symphyse cardiaque.*

C. Système nerveux. — *Les affections parasyphilitiques et leur traitement mercuriel.* — **M. LEREDDE.** Le tabes et la paralysie générale se rencontrent peut-être exclusivement sur les syphilitiques; ces affections paraissent curables par le traitement mercuriel à condition qu'il soit précoce et intensif, et consiste en injections solubles ou insolubles.

M. LEMOINE. L'emploi du benzoate de mercure à hautes doses ($0^{gr}04$ à $0^{gr}05$ centigrammes par jour) m'a donné d'excellents résultats dans le traitement du tabes et de la paralysie générale. Certes, ces maladies sont le plus souvent d'origine syphilitique, mais l'alcoolisme chronique et l'arthritisme sont des conditions nécessaires pour l'évolution de la syphilis, vers le tabes ou la paralysie générale.

M. CASSAET. Avec des doses suffisantes de mercure, j'ai pu, non seulement arrêter la paralysie générale, mais aussi la guérir.

M. LÉPINE. J'emploie des doses très élevées de mercure, dans le traitement du tabes, mais il existe parfois une sorte d'idiosyncrasie pour la variété de traitement à employer, certains malades sont améliorés par les frictions et d'autres par l'huile biiodure, à la dose quotidienne de $0^{gr}06$.

M. LEREDDE. Le choix du sel a peu d'influence; la dose est tout.

M. HENRIJEAN. Les bons effets du calomel sont dus à la régularité de sa résorption.

M. LEREDDE. J'estime, au contraire, que cette résorption du calomel est très irrégulière et se fait, au début, d'une manière massive.

M. PITRES. Sur 350 observations personnelles de tabes, j'en ai trouvé 87, soit 35 p. 100, concernant des sujets âgés de plus de cinquante ans, parmi lesquels 32 malades, qui ont vu leur tabes débuter réellement entre cinquante et soixante-dix ans. Or, la syphilis, très fréquente dans le tabes de l'adulte (76 p. 100), est moins commune dans le tabes à début tardif (50 p. 100) et même assez rare dans le tabes ayant débuté après la soixante-cinquième année (33 p. 100). Ce tabes sénile, qui atteint surtout les artérioscléreux, a une évolution rapide, sans cette période sensitive prétabétique parfois si longue, dans le tabes de l'adulte. Il se pourrait donc qu'il existât une variété de tabes sénile non syphilitique.

Quant à la valeur du traitement mercuriel vers l'évolution du tabes, je n'ai point obtenu des résultats très favorables. J'ai employé successivement les frictions et les injections de biiodure gaiacolé. Les malades ont bien accusé une certaine amélioration, mais jamais la rétrocession des signes objectifs. Au surplus, nous savons que, quel que soit le traitement appliqué, les tabétiques ressentent, au début, une certaine amélioration. Je n'ai pas employé, il est vrai, les doses élevées de M. Lemoine et de M. Lépine; c'est un essai à tenter et nous serons bientôt fixés sur la valeur du traitement intensif.

M. BALLET. Je m'associe entièrement aux idées exprimées par M. Pitres: dans tous les cas, je ne donne plus l'iodure de potassium aux paralytiques généraux, car j'ai de fâcheux résultats; je suis tout disposé à tenter la mercurialisation à hautes doses. En réalité, les observations de paralysies générales, guéries par le traitement mercuriel, sont peu convaincantes; car, dans le cours de cette affection peuvent se produire des accalmies passagères.

Les tics. — **M. MEIGE.** Il faut mettre, dans un cadre à part, le *tic douloureux de la face*, le *tic psychique* qui ne se traduit extérieurement par aucun signe. Le vrai tic reconnaît deux éléments: l'un psychique, l'autre moteur. C'est soit une fonction normale (clignement de l'œil, par exemple), soit une fonction nouvelle qui répondaient, au début, à un but, mais qui persistent malgré la disparition de ce but initial, malgré leur caractère absurde ou même préjudiciable à l'individu. Or, cette persistance ne peut s'installer que grâce aux imperfections mentales de l'individu. En effet, les caractères du tic sont: le besoin prémonitoire, la répétition de l'acte et enfin la satisfaction consécutive à l'accomplissement de l'acte.

M. PITRES. Je suis heureux de voir les tics ainsi différenciés des spasmes, en particulier du spasme du sterno-

cléido-mastoïdien, faussement dénommé torticolis mental.

M. MEIGE. L'existence d'un torticolis mental n'implique pas la non-existence d'un torticolis simplement spasmodique. Au surplus, le qualificatif de mental, donné par M. Brissaud, veut indiquer, non qu'il s'agit dans l'espèce d'une maladie mentale, mais que le torticolis se développe à l'occasion d'imperfections mentales, parmi lesquelles l'aboulie partielle tient le premier rang.

M. DESTARAC. On a créé la confusion en voulant absorber le torticolis spasmodique de Duchenne au profit du torticolis mental. Le tic est un mouvement systématisé ayant un sens, or quelle systématisation peut-on trouver dans le torticolis spasmodique?

Sur la myopathie. — MM. MARIE ET SOREL. Après une série de considérations générales relatives aux formes, à la symptomatologie et au diagnostic des myopathies, les auteurs résument leur travail portant sur onze observations (type scapulo-huméral, type pseudo-hypertrophique) dans les conclusions suivantes :

1° Le résultat du traitement électrique des myopathies est toujours nul même si on le prolonge des mois, ce caractère est à rapprocher de l'amélioration rapide que l'on observe pour d'autres amyotrophies aux réactions électriques semblables, sans réaction de dégénérescence.

2° Le traitement électrique peut même devenir dangereux si l'on emploie un mode de courant donnant un travail musculaire énergique (faradisation rythmée, étincelles).

3° L'absence d'amélioration par tout traitement, l'aggravation même dans certains cas doivent être considérés comme un signe distinctif des myopathies.

M. DESTARAC rapporte l'observation de deux cas de *béribéri* et présente trois malades atteints de *paralysie spasmodique familiale.*

D. PATHOLOGIE INFANTILE. — *Nouveaux résultats de la pratique du tubage sans surveillance continue.* — MM. BÉZY ET ESCAT, depuis l'année 1895, ont pratiqué chez l'enfant 71 tubages dont 45 à l'hôpital au service des contagieux de la clinique infantile de la Faculté et 26 dans la clientèle.

Or la mortalité pour cette deuxième série s'élève seulement à 11 p. 100. Ces résultats sont donc les plus encourageants, ils ont d'autant plus de valeur que les auteurs pratiquent toujours le tubage sans surveillance permanente, c'est-à-dire sans laisser auprès du petit malade un aide exercé à la pratique du tubage.

Variot affirme dans son traité que la mortalité des enfants intubés à l'hôpital et soumis à une surveillance constante peut osciller entre 25 et 50 p. 100; or la statistique de MM. Bézy et Escat est beaucoup plus favorable et ils n'admettent pas que le tubage même sans surveillance permanente puisse encore compter des détracteurs.

M. BÉZY, *à propos de la protection de l'enfance*, appelle l'attention du Congrès sur deux points :

1° Il résulte de l'enquête à laquelle se sont livrés deux de ses élèves, MM. Auxion et Esparbès, que bien souvent des enfants n'ont à leur disposition que 6 et même 4 mètres cubes d'air dans leur chambre à coucher, sans ventilation.

2° L'exercice illégal de la médecine infantile par certaines sages-femmes et certains pharmaciens, fait souvent des victimes. M. Bézy demande par suite que le Congrès veuille bien émettre un vœu pour que les créations récemment instituées en vue de la protection de l'enfance tâchent de faire disparaître un semblable état de choses.

Le Congrès adopte ce vœu à l'unanimité.

Le Congrès décide qu'il tiendra sa prochaine session en 1904, à Paris, sous la présidence de M. le professeur Jaccoud, et choisit comme objets de rapport : 1° les formes cliniques de l'obésité; 2° la tension artérielle dans les maladies; 3° les injections hypodermiques des sels de mercure.

R. CESTAN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des polynévrites (1), par M. le docteur PERRIN.

Depuis la thèse de Mme Déjerine-Klumpke, l'article de M. Babinski, les leçons cliniques de M. Raymond, le domaine des polynévrites s'est considérablement étendu, en même temps que leurs limites devenaient plus nettes : séparée nettement de la poliomyélite ou affection de la moelle, la polynévrite a pu être définie une affection due à des lésions sinon exclusives, du moins prédominantes des nerfs, affection que caractérise « la marche extensive des troubles moteurs et sensitifs, les signes locaux de névrite en rapport avec une cause générale, la multiplicité des nerfs atteints et enfin la tendance manifeste de l'affection à guérir sous réserve de complications et des dangers de l'envahissement de certains nerfs ». Mais si la symptomatologie de la polynévrite est, à l'heure actuelle, à peu près définitivement fixée, il n'en est pas de même de ses relations nosologiques : est-ce une affection primitive du nerf ou une lésion consécutive à l'altération de sa cellule d'origine?

C'est à exposer les notions actuellement acquises et à résoudre les problèmes encore discutés que M. Perrin vient de consacrer sa thèse. A l'aide d'observations personnelles, et en tenant compte des plus récents travaux, l'auteur étudie d'abord la *séméiologie* des polynévrites et traite successivement des troubles généraux, moteurs, sensitifs, les réactions électriques, etc. Parmi les formes cliniques, il distingue des formes moyennes, des formes suivant la prédominance motrice ou sensitive, des variétés suivant l'âge des malades, suivant l'extension ou la cause de la paralysie, des formes récidivantes. Des *agents étiologiques*, les uns ne jouent que le rôle de causes occasionnelles — intoxications et infections — les autres préparent le terrain au développement de la maladie. Au point de vue *anatomo-pathologique*, les lésions névritiques : névrite wallérienne, névrite périaxile sont d'abord clairement exposées. Puis vient la discussion des lésions médullaires, que M. Perrin considère comme consistant le plus souvent en une chromatolyse centrale, périnucléaire, lésion qui survient, comme on sait, à la suite de l'invasion ou de la section expérimentale d'un nerf périphérique. Conformément à cette théorie, l'auteur admet qu'il existe des lésions primitives du nerf, des névrites primitives, tout en laissant une place aux névrites préparées par une altération légère de la cellule d'origine. L'*étude diagnostique, pronostique* et *thérapeutique* termine l'ouvrage.

Il faut louer M. Perrin d'avoir tenu à exposer les idées actuelles sur les polynévrites en y ajoutant l'apport de nombreux faits personnels et d'avoir fait suivre son ouvrage d'un index bibliographique très important et très soigné.

L. BABONNEIX.

(1) In-8°, 248 p. Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 46. — MARDI 22 AVRIL 1902. 75e ANNÉE. MARDI 22 AVRIL 1902. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DU RÊVE AU DÉLIRE

Par M. Lucien Lagriffe, ancien interne des hôpitaux de Toulouse.

Le mot délire a en pathologie une signification très générale qui permet de réunir sous un même vocable toutes les modifications morbides des fonctions psychiques. Cependant un point de vue pratique a fait restreindre quelque peu la portée de ce terme et cela depuis une époque assez ancienne puisque nous en trouvons en quelque sorte l'origine dans une scission contre laquelle s'éleva avec juste raison A. Foville et qui faisait distinguer les délires en vésaniques et non vésaniques. Tous les délires en effet appartiennent à la folie. Mais la coutume veut que cette appellation soit spécialement réservée à un ensemble de « dyspsychies », qui empruntent à des causes plus particulières et surtout plus particulièrement connues toute une série de caractères qui en modifient l'allure générale et le pronostic. De telle sorte que la division en délires vésaniques et délires non vésaniques nous paraît avoir été conçue surtout à un point de vue administratif parce que ceux-ci plus passagers, plus curables sont essentiellement des maladies d'hôpital, tandis que ceux-là toujours lents dans leur évolution et leur marche, souvent incurables, sont des maladies d'asile et nécessitent par conséquent une application de la loi de 1838.

Mais au point de vue médical la distinction est mauvaise, parce qu'il est bien probable que la cause prochaine des psychoses est toujours la même, que ces affections sont toutes du ressort de l'intoxication; or justement aujourd'hui on nomme surtout délire les perversions psychiques d'ordre toxique dont l'origine est plus nettement aperçue parce que très proche et les délires sont, si on le veut bien, les psychoses dues aux intoxications aiguës, intoxications aiguës agissant sur un cerveau dont la prédisposition est moins accentuée dans le sens vésanique qu'il ne l'est pour les autres psychoses.

Cependant tous ces faits se tiennent, le delirium tremens est de même nature que la démence alcoolique, il ne viendrait à personne l'idée de les séparer entièrement dans la pathologie générale, il faut néanmoins tenir compte des différences qui les séparent. C'est pourquoi, dans un essai de classification qui sera publié prochainement, M. le professeur Rémond (de Metz) et moi nous avons réuni sous la dénomination de *polio-encéphalites* les complexus morbides qui traduisent l'insuffisance des cellules cérébrales et nous avons placé là dans le groupe des insuffisances cellulaires passagères : la manie et la mélancolie, puis les délires au milieu desquels prend place le delirium tremens, alors que nous avons renvoyé la démence alcoolique avec les autres démences dans le paragraphe qui comprend les *encéphalites totales*.

Ce n'est pas que nous voulions rapprocher plus qu'il n'a été fait jusqu'ici les états maniaques et mélancoliques des délires aigus, nous les distinguons au contraire puisque nous pensons que dans les formes manie et mélancolie l'adultération sanguine est minimale, la prédisposition cellulaire maximale, proportion qui est inverse dans les délires aigus. Ce n'est pas non plus que nous apercevions une différence énorme entre les états délirants aigus et les états délirants chroniques, mais à toute une série de points de vue il est nécessaire de distinguer par exemple le subdélire de la période d'état de la fièvre typhoïde à symptômes fugaces, légers, passagers et curables des psychoses post-typhoïdiques ou des folies survenant au cours des névroses constitutionnelles.

En raison peut-être de leur pronostic favorable, même en l'absence de tout traitement, des conditions plus médicales de leur éclosion, les délires dont nous voulons parler sont peu connus, mal étudiés; ils n'ont pas été assez souvent rapprochés les uns des autres, les chaînons qui les relient semblent n'avoir pas été saisis, c'est pourquoi nous avons cru utile de tenter ici une synthèse, une mise en ordre de faits épars et en apparence dissociés.

Nous croyons cela d'autant plus utile qu'un certain nombre de petits faits qui rentrent dans le cadre des délires sont trop souvent négligés qui permettraient cependant aux observateurs de se procurer des renseignements précieux sur la résistance et l'intégrité de la cellule cérébrale, parce que ces petits faits sont des délires élémentaires et qu'ils constituent en quelque sorte les *petits signes du psychisme*.

C'est ainsi que, pour ne prendre qu'un fait, le cauchemar dont l'importance anamnestique est si appréciée par les aliénistes est une des formes élémentaires du délire et c'est avec raison qu'ici même, il n'y a pas un an, MM. Vaschide et Piéron (Contribution à la séméiologie du rêve, *Gaz. des hôpit.*, 1901, nos 59-95) attiraient l'attention du public médical sur

la valeur séméiologique du rêve. Avec raison, parce que nous pensons que le rêve, même sans cauchemar, est un léger phénomène morbide. Il est l'indice que certains groupes cellulaires ne participent pas au repos, il montre que le sommeil n'est pas total, et sa valeur pathogénique augmente avec son intensité et sa netteté, lorsqu'il franchit les divers échelons qui le conduisent au cauchemar. Comme nous voyons toujours exister un lien étroit entre le cauchemar et bien des états morbides, en raison aussi, comme nous le verrons des phénomènes qui l'accompagnent, nous sommes en droit de dire que le cauchemar est l'expression d'une intoxication.

Pour revenir au rêve nous croyons que tous ceux dont nous conservons le souvenir ont été suivis immédiatement de passage à l'état de veille. Peut-être est-il jusqu'à un certain point possible de considérer comme normaux ceux qui se produisent à l'heure habituelle du réveil en en faisant l'expression d'un réveil partiel et progressif, mais tous ceux qui interrompent le sommeil à une heure inhabituelle revêtent un certain caractère d'anomalie, ils ne produisent un tel résultat que parce qu'ils sont douloureux et douloureux souvent par l'intensité de joie qu'ils procurent.

Le rêve est en effet toujours le résultat d'un sentiment de gêne déterminé par une excitation et dans le sommeil, repos organique, toute excitation assez forte pour être aperçue doit être considérée comme anomale, sauf évidemment certaines excitations externes qui ne sont qu'un pur accident. Nous devons ajouter en effet que nous ne pouvons voir dans le rêve le résultat de l'automatisme de certains centres supérieurs, ne pouvant pas admettre d'automatisme au point de vue scientifique. Pour concevoir le rêve nous demandons donc deux conditions : en premier lieu une excitation, purement accidentelle si elle est extérieure au rêveur, anomale, c'est-à-dire morbide si interne, et, en deuxième lieu, un état particulier des centres nerveux qui, sans qu'il soit nécessaire de le considérer comme exprimant une prédisposition marquante, constitue néanmoins l'indice, si léger soit-il, d'une hyperexcitabilité cérébrale. Ce qui le prouve, c'est à un degré à peine plus accusé, ce qu'on a appelé l'hallucination hypnagogique, qui ne survient jamais que chez les sujets fatigués, et dans un cas plus particulier encore, le rêve érotique avec pollution, qui est spécial à ceux que nous appellerons les *fatigués sexuels* et surtout les masturbateurs qui tous présentent de la faiblesse irritable.

Le rêve présente deux caractères remarquables qui nous permettent de le rapprocher des psychoses : c'est d'abord l'hallucination de la vue, signe presque pathognomonique des délires d'intoxication, c'est ensuite le mécanisme de l'association des idées qui s'y fait suivant la voie la plus simple. Comme l'a fort bien dit M. Wundt (*Eléments de psychologie physiologique*, traduits par Rouvier) : « La conscience qui apparaît au cours du sommeil est une conscience troublée, en ce sens que : 1° les représentations reproduites ont un caractère hallucinatoire, c'est pourquoi l'assimilation des représentations sensorielles externes occasionne en général non pas des perceptions sensorielles normales, mais des illusions ; que 2° l'aperception est modifiée de sorte que l'appréciation des souvenirs de la conscience se montre essentiellement altérée. »

Avec Wundt, Weisse (*Psychologie und Unterblichkeitslehre*, publiée par R. Seydel, Leipzig, 1869, p. 199), Spitta (*Die Schlafund Traumzustände der menschlichen Seele*, Tubingue, 1878), a priori nous ne croyons pas pouvoir admettre que l'homme rêve toujours.

Par conséquent entre l'état normal de l'individu psychiquement sain et les états primaires qui constituent les délires nous sommes disposé à admettre toute une série d'intermédiaires, dont les premiers sont les rêves dont nous venons de parler, puis les cauchemars qui nous conduisent insensiblement aux délires aigus en passant comme nous le verrons par cette forme atténuée qu'est le délire des maladies infectieuses.

Les vieux auteurs, ceux qui par une accumulation patiente de faits patiemment observés nous ont légué une nosographie sur laquelle nous vivrons longtemps encore, sinon toujours, ont décrit le cauchemar; mais depuis Grisolle (*Traité de pathologie interne*, t. II) nous n'en trouvons plus trace, pas même dans les traités de pathologie générale les plus récents. Seule la psychiatrie en apprécie la valeur morbide, mais moins encore au point de vue clinique qu'au point de vue évolutif. Si cette valeur n'est pas méconnue, elle est au moins négligée.

Cependant le cauchemar est presque, à lui seul, toute une maladie avec ses phénomènes concomitants : l'angoisse, la sueur, peut-être même toujours la fièvre, avec ses résidus : toujours de la fatigue, des urines rares et chargées, quelquefois de la céphalalgie. Il apparaît comme plus pathologique encore, si l'on envisage les conditions au cours desquelles il prend naissance : excès de table, de veilles, de femmes, lésions organiques du cœur, du foie, de l'estomac, de l'intestin, etc. La sueur dans le cauchemar n'est pas le résultat d'une activité exagérée, car l'activité y est souvent nulle, mais elle est une des conséquences de l'intoxication, par l'intermédiaire peut-être de la fièvre. On tient grand compte en clinique du rêve terrifiant, zoopsique de l'alcoolique, mais le rêve terrifiant est de même nature, c'est un cauchemar, qui cède au régime lacté prolongé.

Dans le travail traité plus haut, MM. Vaschide et Piéron ont noté l'importance du rêve, ou plutôt, si nous en croyons leurs exemples, du cauchemar, au point de vue séméiologique, non seulement pour la prévision d'une détermination morbide prochaine, mais encore pour sa localisation; or il n'y a là rien d'étonnant, l'aperception d'une excitation déterminant toujours un report à la périphérie. Mais allant plus loin, nous élevons le cauchemar au-dessus du rôle de témoin, car quand il ne fait pas partie intégrante de la maladie qui commence, il est la maladie elle-même. Le cauchemar est nocturne et tous les délires d'intoxication sont surtout les délires nocturnes parce qu'à ce moment la somme des produits de déchet circulants est plus forte qu'à tout autre, l'organisme contenant non seulement les principes toxiques, cause principale du phénomène morbide, mais encore tous les produits de désassimilation, souvent incomplètement oxydés, qui sont le résultat de la digestion des grands repas de la journée qui vient de finir.

Le cauchemar est donc un délire toxique élémentaire, rien ne lui manque pour cela, il est essentiellement onéirique et nocturne.

Comme le rêve nous a conduit au cauchemar, le cauchemar va nous conduire au somnambulisme qui est un rêve actif au cours du sommeil, sommeil d'ailleurs pas toujours très profond, constitué parfois par un simple état second, c'est-à-dire avec demi-conscience; circonstance qui est la transition toute trouvée nous conduisant à l'association : rêve actif au cours de la veille, c'est-à-dire délire propre-

ment dit. N'est-ce pas une pareille conception qui a fait écrire à Calmeil : « Il n'est pas rare de voir le délire monomaniaque emprunter au cauchemar ses principaux éléments. »

Nous sommes donc arrivé à ces délires que les anciens auteurs ont appelés non vésaniques, le délire des pyrexies.

Ici encore, comme pour le cauchemar, silence presque complet des auteurs contemporains. Ils se contentent de signaler le fait en le caractérisant par des qualificatifs tellement toujours les mêmes qu'ils semblent se copier les uns les autres. C'est un symptôme que l'on note sèchement, comme on écrit le chiffre qui traduit la température, sans faire suivre d'aucun commentaire, et cependant que de degrés, que de modalités intéressantes !

Au premier plan, c'est la *rêvasserie*, le soir ou la nuit dans un état de somnolence peu accusée, un léger soliloque composé de phrases réunies par un lien très simple, souvent l'allitération, phrases ayant trait aux choses qui entourent le malade, ou aux phénomènes qui ont pu le frapper dans la journée. Le malade tranquillement couché, les yeux mi-clos comme s'il était atteint de ptosis, présente quelquefois comme unique phénomène moteur de la carphologie, que nous regardons avec Chomel (*Eléments de pathologie générale*), comme un phénomène d'origine psychique. En résumé, rêve en état second, en demi-sommeil, véritable hypnagogisme. Il s'agit bien d'un rêve, car le symptôme se dissipe dès qu'on excite l'attention du malade, soit en lui parlant fort, soit tout simplement en le touchant ; le malade se souvient alors à peine des derniers mots qu'il vient de prononcer. Cette rêvasserie fébrile est fréquente chez les enfants où elle survient à l'occasion de la moindre des infections ; chez l'adulte elle n'apparaît guère qu'au cours des infections profondes, surtout chez les femmes, dans le typhus, la variole, la diphtérie, ou de maladies plus légères chez ceux qui sont plus prédisposés.

A un degré plus élevé, le réveil est complet. Quelquefois tout d'un coup, d'autres fois progressivement par étapes insensibles depuis la chute du jour, le malade perd son calme, il se découvre continuellement en marmottant entre ses dents des mots incompris, ou bien en proie à un délire professionnel, il se lève pour aller reprendre ses occupations, veut quitter l'hôpital, se dit guéri, mais oublie de s'habiller. Ce sont là des malades qu'il faut attentivement surveiller, parce que leurs actes délirants ont trop souvent une conséquence fatale (suicide involontaire des malades qui prennent une fenêtre pour une porte ; complications, refroidissement, arthrites, hémorragies ou perforations intestinales dans la fièvre typhoïde, mort subite par myocardite). C'est le *subdélire*.

Enfin dans une forme plus accentuée encore, l'agitation est violente, continue, entretenue et accompagnée par des hallucinations terrifiantes de la vue, excitation motrice, cris, actes de violence, incohérence apparente : c'est bien là l'image de la *confusion hallucinatoire* du délire alcoolique et du delirium tremens, sauf l'étiologie spéciale. Le fond de l'humeur est généralement triste, le malade a peur, il prend les soins dont on l'entoure pour des actes de malveillance et pour peu que cet état psychique dure, il y a tentative de systématisation, surtout dans le sens de la persécution ; la forme mégalomaniaque est plutôt rare. Dans tous les cas ces délires intenses s'accompagnent de lésions cérébrales apparentes : teinte hortensia de la substance grise, piqueté hémorragique, œdème cérébral et ventriculaire (Raymond), réaction phagocytique autour de cellules nerveuses plus ou moins dégénérées. Ces formes sont souvent passagères, mais il est arrivé parfois (Krafft-Ebing) que des folies chroniques ont succédé au délire des maladies aiguës et avec de telles altérations cérébrales on comprend pourquoi, consécutivement à ces délires, puissent aussi succéder la faiblesse d'esprit, l'imbécillité et la démence.

On voit par conséquent que, dans les pyrexies, il y a autre chose que les rêvasseries et le délire léger et tranquille que se contentent de signaler les auteurs les plus complets.

Nous allons voir que, comme dans les maladies infectieuses, dans les intoxications proprement dites, les phénomènes délirants suivent la même gradation et partant du rêve aboutissent à la confusion hallucinatoire.

Il est surtout une intoxication au cours de laquelle nous voyons se succéder très nettement ces différents états, qui est par conséquent une preuve nouvelle des faits que nous avançons, c'est l'alcoolisme ; l'alcoolisme subaigu et chronique qui part du rêve, aboutit à la confusion hallucinatoire, va plus loin encore jusqu'à la démence en passant par toutes les gammes du délire qui n'est plus suivant l'idée classique qu'un rêve en action. Le délire est d'abord exclusivement nocturne : rêves, cauchemars de plus en plus terribles et effrayants sur lesquels nous n'insistons pas, parce que tout le monde les connaît ; puis les actes incohérents nocturnes parfois extrêmement graves, allant du simple bris de mobilier, jusqu'aux actes de violence contre l'entourage et à l'assassinat, comme peut être le cas de Brierre (voir *La Revue*, ancienne *Revue des Revues*, n° 1, janvier 1902). Ensuite le délire devient vespéral et nocturne, enfin il est total, c'est-à-dire diurne, vespéral et nocturne. La régression se fait dans le même sens et le retour du sommeil est un signe fidèle de guérison.

Comme forme absolument constituée, nous avons le trouble délirant qui, combiné aux troubles moteurs d'ordre périphérique, forme le complexus morbide que depuis les travaux de Korsakow on nomme la psychose polynévritique. La psychose polynévritique est très souvent d'origine éthylique, « les prodromes en sont les cauchemars effrayants et la zoopsie, » et dans le syndrome pleinement constitué, « la succession incohérente des idées ne peut se comparer qu'aux séries d'idées qu'on rencontre dans les rêves » (Chancellay, *La psychose polynévritique*, th. de Paris, 1901) ; et la psychose polynévritique, qui est, nous le répétons, une association clinique, se rencontre aussi au cours des états puerpéraux, gravidiques (Korsakow, Froment, Desmons, Joffroy), de l'arsénicisme (Reynold, *Confusional insanity*), du saturnisme (encéphalopathie saturnine).

Dans l'encéphalopathie saturnine, nous voyons le délire survenir la nuit, après avoir été précédé d'insomnie, de rêves hallucinatoires pouvant déterminer des réveils en sursaut avec saut du lit, fuite, mouvements occasionnés par des hallucinations et des illusions de la vue, quelquefois tellement terrifiantes que le malade peut se porter à des actes de violence contre les personnes ou les objets environnants, ou en venir au suicide.

Un phénomène du même ordre que ceux auquels nous venons de toucher est l'insomnie du vieillard qui accompagne si souvent chez lui la confusion mentale et doit être mise sur le compte d'intoxications favorisées par les lésions artérielles et les troubles circulatoires. Tous ceux qui ont été à même d'observer dans les hospices de vieillards connaissent ces faits, forme la plus atténuée de la démence sénile. Après quelques instants de sommeil, le malade trou-

blé, se lève, fait ses besoins par terre, ne retrouve pas son lit, prononce des paroles incohérentes, réveille ses voisins, veut s'habiller et se trompe de vêtements. Au matin, tout disparaît. Ce sont là, parfois, plus que des artério-scléreux, ce sont des cardiaques (myocardite) ou des urémiques et les phénomènes qu'ils présentent ne sont pas d'autre nature que ceux qui ont été réunis autrefois sous la dénomination de folie cardiaque et de folie brightique. Mais ici la maladie causale est tellement atténuée, les phénomènes délirants sont tellement larvés que les liens qui réunissent ces divers symptômes passent inaperçus et sont la source d'erreurs thérapeutiques malheureuses : la plus heureuse pour eux est d'être évacués sur un asile; mais bien souvent ils meurent pour avoir été gorgés de morphine, de chloral ou autres hypnotiques qui accélèrent la venue d'une imperméabilité rénale définitive, ou bien les moyens de contention favorisent les hypostases, et leur fin est rendue plus naturelle sous le masque d'une broncho-pneumonie.

On voit qu'en somme, entre le rêve et le délire de rêve, entre le délire de rêve et le délire proprement dit, il n'y a que des différences de degré. Nous n'avons pas la prétention de chercher à élever le rêve à la hauteur de ces signes de la dégénérescence dont on a tant abusé, ni de vouloir avancer les frontières de la folie. Les exemples que nous avons pu choisir, montrent en effet que la cause efficiente, le facteur intoxication, prend dans l'espèce une importance beaucoup plus grande que la cause prédisposante, le facteur dégénératif.

Mais les anciens qui avaient bien observé ont accordé aux rêves une valeur que nous devons leur reconnaître, en partie du moins, en élaguant tout ce qu'il y avait de superstitieux et de divinatoire dans leurs interprétations. Si les songes n'apportent point le remède comme l'ont pensé les Égyptiens et les Grecs, ils annoncent parfois la maladie, puisque nous avons dit qu'ils peuvent en faire partie intégrante, leur place reste donc marquée, au moins, dans les *Prorrhétiques* : « Les rêves chez les *phrénétiques* sont évidents » (Prorrhétiques. Livre Ier, S. 5. *Hippocrate*, traduction Daremberg).

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(18 avril 1902)

Au début de la séance, M. le président Du Castel prononce l'allocution suivante :

« Mes chers collègues,

Vous connaissez tous le malheur qui m'oblige à prendre la parole au commencement de cette séance : Rendu n'est plus.

Je ne tenterai pas de faire, aujourd'hui, l'éloge de notre collègue devant ceux qui l'ont connu, je craindrais trop qu'ils me reprochent d'être au-dessous du bien que chacun pense : je vous demanderai seulement la permission de rappeler en quelques mots ce que fut pour notre Société celui que nous venons de perdre.

Reçu premier externe des hôpitaux de Paris en 1867, interne en 1868, médaille d'or en 1873, Rendu était nommé médecin des hôpitaux au mois de juin 1877. Il s'affirma d'emblée un des membres les plus actifs et les plus brillants de notre Société. La fréquentation journalière des malades des hôpitaux, à qui il ne mesura jamais son temps et ses soins, une clientèle qu'un dévouement sans bornes et une réputation incontestée de clinicien de premier ordre avaient faite particulièrement nombreuse, fournissaient à notre collègue un vaste champ d'étude. La netteté de son esprit, la sûreté de son observation, l'érudition qu'une puissance de travail exceptionnelle lui avait permis d'acquérir, le conduisaient à découvrir maint fait nouveau, à apprécier facilement la valeur exacte de ceux qu'annonçaient les autres observateurs. Grâce à ses qualités maîtresses d'observation, il pouvait fournir une note originale à la plupart de nos discussions, apporter à notre Société cette série d'observations et de découvertes qui enrichissent nos Bulletins et dont il était heureux de nous offrir la primeur, faire à l'hôpital des conférences cliniques où médecins français et étrangers se pressaient pour entendre l'enseignement d'un des élèves aimés de Potain, devenu maître à son tour.

Rendu avait une affection profonde pour notre société : la plupart des compagnies savantes étaient heureuses de le posséder dans leur sein; dans les conversations intimes, il déclarait volontiers que la nôtre était sa préférée; son esprit clinique en goûtait les discussions, empreintes de l'esprit sage et pratique de notre Ecole française; sa camaraderie de bon aloi se réjouissait de retrouver les amitiés franches, scellées au moment de l'internat, les sympathies qui unissent ici maîtres, élèves, collègues.

C'est surtout depuis qu'il était devenu, en 1890, notre secrétaire général que chacun put mesurer l'affection et le dévouement de Rendu pour notre Société. Tous ici admiraient leur secrétaire général. Et cependant, ceux qui ont eu le bonheur de faire partie avec lui de votre bureau peuvent seuls apprécier à quel point il se dépensait pour nous; on peut dire qu'il nous a donné une partie de sa vie.

Rendu rêvait notre Société grande; pour arriver à ce résultat, il ne marchanda jamais sa peine, surtout depuis que sa situation de secrétaire général lui permettait de faire davantage. C'est grâce aux efforts incessants de notre collègue (chacun parmi nous se plaît à le proclamer), que la Société médicale des hôpitaux est devenue une des sociétés scientifiques les plus actives, les plus brillantes; si notre collègue nous eût été conservé, nul doute qu'il ne l'eût rendue plus florissante encore.

Si Rendu aima profondément notre Société, je ne crains pas d'affirmer que celle-ci ne fut pas ingrate. La Société médicale des hôpitaux était fière d'avoir un secrétaire général aux qualités exceptionnelles et chacun avait pour lui une vive affection. Cette affection s'est affirmée dans tout son éclat à la nouvelle de la maladie de notre cher collègue; depuis lors, un voile de deuil couvrait nos séances et la tristesse de tous proclamait notre reconnaissance.

Aujourd'hui, le nombre considérable des membres qui s'étaient rendus aux funérailles indiquait à quel point chacun tenait à venir témoigner son admiration et son attachement pour celui qui a tant fait pour nous. Notre affluence montrait une fois de plus à sa famille quelle estime, quelles affections savait éveiller celui qui vient de disparaître.

Rendu était une des gloires les plus pures du corps médical, le modèle idéal des médecins des hôpitaux; c'était un savant et un caractère. Son nom restera la personnification d'une intelligence éclairée et large, de la loyauté inaltérable, du dévouement sans bornes, du désintéressement le plus généreux. Ce nom n'est, heureusement, pas appelé à disparaître par la mort de celui qui sut, malgré sa modestie, lui donner un si brillant éclat : Rendu laisse des fils à qui il a su, malgré sa courte existence, imprimer ces qualités fortes qui faisaient l'admiration de tous. Pour qui connaît ces fils, il n'est pas douteux que quelqu'un d'eux ne vienne bientôt prendre place dans nos rangs : ce sera une légère atténuation à la perte que nous venons de faire. » (*Applaudissements.*)

A la suite de cette allocution, et bien que le règlement ne le comporte pas, la séance a été levée en signe de deuil, sur la proposition du président.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(16 AVRIL 1902)

M. Routier revient sur la question des **fibromes compliquant la grossesse** soulevée dans la dernière séance par M. Quénu. Comme ce dernier, M. Routier estime qu'il ne faut intervenir que dans les cas d'accidents et non pour le seul fait de la coexistence d'un fibrome et d'une grossesse. En effet on a vu bien souvent des femmes atteintes de fibromes devenir enceintes et accoucher à terme. Il est des cas dans lesquels, à la suite d'une grossesse, le fibrome se met à grossir et à gêner les malades. Dans un cas de ce genre, M. Routier, après que la grossesse et les couches eussent été terminées, a pratiqué l'ablation du fibrome. Dans quatre cas, M. Routier est intervenu au cours de la grossesse pour enlever un fibrome et conjurer des accidents menaçants. La première fois, il s'agissait d'une jeune femme qui, en 1889, fut amenée à Laënnec étouffant et souffrant beaucoup. Elle était enceinte de six mois et portait, en outre, un énorme fibrome implanté sur la face supérieure de l'utérus. M. Routier put enlever ce fibrome en conservant l'utérus. La grossesse suivit son cours et l'accouchement se fit à terme. En 1898, M. Routier suivit la même conduite chez une femme enceinte qui portait un gros fibrome hémorragique, donnant lieu à des pertes sanguines incessantes. Dans un troisième cas, il s'agissait d'une femme enceinte de sept mois et portant, sur le fond de l'utérus, une volumineuse tumeur que M. Routier prit pour un kyste tordu sur son pédicule. C'était un fibrome de 3 kilogs 1/2 que M. Routier put enlever. Malheureusement la malade accoucha quelques heures après d'un enfant vivant et succomba peu de temps après subitement par embolie.

En résumé, M. Routier se rallie complètement aux conclusions de M. Quénu et pense, avec lui et avec les accoucheurs, que le chirurgien ne doit intervenir, dans les cas de fibromes compliquant la grossesse, qu'en présence d'accidents mettant en péril la vie de la femme.

La discussion revient sur l'intéressante observation que M. Richelot a présentée dans la dernière séance et ayant trait à une femme atteinte d'un cancer abdominal qui a été singulièrement amélioré après un traitement par le sérum de Wlaëff.

M. Legueu s'associe aux réserves formulées par MM. Quénu et Segond, d'autant plus que des améliorations analogues à celle qu'a constatée M. Richelot peuvent se produire spontanément. Il en fournit comme exemple le cas d'une jeune femme qui était atteinte d'un cancer pelvien. M. Legueu fit une laparotomie exploratrice; il trouva un néoplasme étendu avec des adhérences, des kystes et des végétations étendues qui rendaient toute opération radicale impossible. Il s'abstint donc. Dix-huit mois après, il revit cette malade dans un état sensiblement identique. Elle n'avait rien perdu. Cette fois, M. Legueu refit la laparotomie et parvint à enlever la tumeur. La malade resta deux ans sans récidive. Elle a maintenant de l'ascite qui se reproduit après les ponctions. Si cette malade avait été soumise à un traitement par un sérum quelconque, on n'aurait pas manqué d'attribuer à ce sérum l'amélioration de cette malade et la prolongation de son existence.

M. Delorme fait observer qu'il serait très dangereux de s'appuyer sur un fait unique comme celui de M. Richelot pour tirer une conclusion quelconque en faveur de tel ou tel traitement. Il faudrait un bloc de preuves et non pas un cas unique pour tirer cette conclusion, qui serait vraiment trop hâtive et n'aboutirait qu'à de cruelles déceptions.

M. Richelot répond à ses collègues qu'ils prêchent un converti : comme eux, il déclare qu'il ne faudrait pas s'aventurer d'après un seul cas. M. Richelot ne croit pas à un sérum curatif du cancer. Il croit même qu'il n'y en aura jamais. Mais il peut y avoir des sérums capables de relever les forces des malades, d'augmenter leur résistance. Ce n'est pas une malade guérie qu'a présentée M. Richelot. Elle a encore sa tumeur et de l'ascite. Mais cette malade était cachectique, moribonde, inopérable. Il est incontestable qu'elle a été remise sur pied et qu'elle est devenue opérable.

Il y a, du reste, des variétés très différentes dans ces tumeurs malignes végétantes épithéliales de l'ovaire. M. Richelot a opéré incomplètement une malade atteinte d'un de ces cancers; il ne lui a pas été possible de ne pas laisser quelques végétations. Il croyait à une récidive locale. La récidive se fit dans le côté opposé. Nouvelle intervention, la malade va bien depuis deux ans. Récemment, M. Richelot a remis entre les mains de M. Wlaëff une malade atteinte d'un cancer du col de l'utérus, ayant envahi le vagin. Attendons les résultats.

M. Poirier conseille à M. Richelot de faire faire l'examen histologique d'une parcelle de ce cancer du col. Il ajoute qu'il croit à l'action reconstituante de certains sérums, mais non à leur action spécifique.

M. Nélaton présente une malade à laquelle il a refait un nez très présentable, et s'appuyant sur un bon squelette formé par un **dédoublement de l'os frontal**. Le procédé opératoire pratiqué, dans ce cas, par M. Nélaton est des plus ingénieux et le résultat obtenu vraiment très satisfaisant.

Suit un rapport de M. Picqué sur trois observations de **troubles psychiques post-opératoires** adressées par M. Marcopoulos (de Constantinople). M. Picqué rappelle la longue discussion qui a eu lieu sur ce sujet à la Société de chirurgie et dont le résultat très intéressant a été l'introduction officielle de la chirurgie dans les asiles d'aliénés.

M. Terrier communique une observation qu'il intitule ainsi : **rétrécissement de l'angle formé par l'union du côlon transverse avec le côlon descendant, colo-colostomie, résultat excellent.**

Il s'agit d'une femme qui lui a été envoyée pour une lésion mal déterminée de l'intestin. Les symptômes dominants étaient une constipation opiniâtre et des douleurs abdominales presque constantes avec des crises paroxystiques.

Il y avait aussi un peu de colite pseudo-membraneuse. A l'examen, on sentait un léger empâtement à l'angle du côlon transverse et du côlon descendant et une dilatation du côlon transverse. Il n'y avait rien ailleurs; l'état général était assez bon. L'appétit était conservé, mais la malade mangeait peu parce qu'elle souffrait dans le côté gauche après chaque repas. M. Terrier pensa qu'il devait y avoir un obstacle au niveau de l'angle du côlon transverse et descendant. Il fit la laparotomie médiane sous-ombilicale, trouva quelques adhérences et, se portant vers le côté gauche, il trouva l'explication des symptômes. Il n'y avait pas de tumeur. La partie moyenne du côlon transverse était dilatée par des gaz et bas située. L'angle formé par le transverse et le descendant était très aigu; il en résultait une sorte d'obstruction anatomo-physiologique. La partie de l'intestin en amont était dilatée, tandis que la partie en aval était plutôt aplatie. M. Terrier aboucha alors le côlon transverse directement au côlon descendant, de façon à former un angle droit ou même un peu obtus. Il fit, en un mot, une colo-colostomie. Les suites de cette opération furent des plus simples et les résultats des plus satisfaisants. La

malade ne souffre plus, digère bien et n'a plus de constipation.

M. Terrier ne connaît pas d'observations analogues. Il rappelle les travaux de MM. Hagueneau et Glénard (de Lyon) sur le ligament suspenseur de l'angle du côlon transverse et du côlon descendant. Bien des cas de pseudo-obstruction se trouvent expliqués par cette disposition particulière. Mais il n'y a pas eu jusqu'ici de cas dans lesquels ait été pratiquée une opération analogue à celle qu'a faite M. Terrier. C'est ce qui fait l'intérêt de son observation.

M. Poirier fait observer qu'au point de vue anatomique la question soulevée par M. Terrier est très complexe et encore insuffisamment étudiée. Il regrette de n'avoir pas eu l'idée de pratiquer cette opération chez une jeune malade qui présentait cette disposition et qu'il aurait certainement sauvée s'il lui avait pratiqué la colo-colostomie si heureusement employée par M. Terrier.

M. Jalaguier présente un jeune malade atteint de fistule branchiale avec orifice à la partie supérieure du pilier droit du voile du palais.

M. Delorme a observé un cas analogue opéré avec succès.

M. Routier présente un énorme calcul rénal enlevé par la néphrotomie lombaire.

M. Chaput signale un cas de fistule rénale entretenue par la présence d'un énorme calcul qu'il a extrait.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 28 AVRIL AU 3 MAI 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 28 AVRIL, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Hayem, Blanchard et Rémy.

1er, *Salle Béclard* : MM. Poirier, Sébileau et Cunéo.

3e (2e partie, ancien régime), *Salle Vulpian* : MM. Fournier, Gaucher et Legry ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Lannelongue, Lejars et Walther ; — (2e série) : MM. Tillaux, Broca (Aug.) et Legueu ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Teissier et Bezançon ; — M. Delens, suppléant.

MARDI 29 AVRIL, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Chassevant et Gouget.

1er, *Salle Richet* : MM. Quénu, Retterer et Thiéry.

3e (2e partie, nouveau régime), *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Chantemesse, Dupré et Jeanselme ; — *Salle Charcot* (2e série) : MM. Raymond, Ménétrier et Thiroloix.

4e (nouveau régime), *Salle Broussais* : MM. Proust, Pouchet et Thoinot ; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Le Dentu et Faure ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Hutinel et Renon ; — (2e série) : MM. Joffroy, Achard et Renon ; — M. Vaquez, suppléant.

MERCREDI 30 AVRIL, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Hanriot et Legry.

1er, *Salle Pasteur* : MM. Retterer, Sébileau et Rieffel.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Kirmisson, Potocki et Cunéo ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Terrier, Reclus et Gosset ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Gaucher et Bezançon ; — M. Broca (Aug.), suppléant.

JEUDI 1er MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Hanriot et Thiroloix.

1er, *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Schwartz, Gley et Rieffel ; — *Salle Vulpian* (2e série) : MM. Le Dentu, Thiéry et Charrin.

2e (oral, 1re partie), *Salle Béclard* : MM. de Lapersonne, Rémy et Langlois.

3e (2e partie, ancien régime), *Salle Richet* (1re série) : MM. Cornil, Hutinel et Vaquez ; — *Salle Thouret* (2e série) : MM. Dieulafoy, Méry et Gouget ; — M. Guiart, suppléant.

4e (ancien régime), *Salle Charcot* : MM. Proust, Gilbert et Richaud.

VENDREDI 2 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Rémy et Tessier.

1er, *Salle Vulpian* : MM. Poirier, Lejars et Sébileau.

3e (2e partie ancien régime), *Salle Richet* : MM. Brissaud, Widal et Bezançon.

4e (nouveau régime), *Salle Béclard* : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz ; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Reclus et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Terrier, Walther et Legueu ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Netter et Legry ; — M. Rieffel, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich.

SAMEDI 3 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Gilbert, G. Ballet, et Guiart.

1er, *Salle Richet* (1re série) : MM. Poirier, Gley et Launois ; — *Salle Pasteur* (2e série) : MM. Berger, Quénu et Rieffel.

3e (2e partie, ancien régime), *Salle Béclard* : MM. Ménétrier, Achard et Renon ; — M. Retterer, suppléant.

5e (2e partie, 1re série) : MM. Hutinel, Charrin et Méry ; — (2e série) : MM. Raymond, Dupré et Jeanselme ; — M. Widal, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Potocki ; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — ÉPREUVE ORALE. — Séance du 18 avril 1902. — Questions : « Anatomie du nerf phrénique. — Symptômes et diagnostic de la colique de plomb. » — MM. Darré, 16 + 25 = 41 ; Chiray, 15 + 23 = 38 ; Morisetti, 13 + 23 = 36 ; Roussy, 14 + 20 = 34 ; Lavenant, 13 + 20 = 33 ; Darcanne, 12 + 19 = 31 ; Barthélemy, 12 + 16 = 28 ; Philibert, 12 + 16 = 28 ; Jacobson, 9 + 17 = 26.

— M. Sebileau, chirurgien des hôpitaux, est nommé chef du service d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Lariboisière.

M. le professeur Jaccoud et MM. les docteurs Tenneson et Audhoui sont nommés médecins honoraires.

M. le professeur Panas est nommé chirurgien honoraire.

Saint-Lazare. — MM. Bernheim, Mougeot, David, Baldenweck, Guilly et Ambrosi sont nommés internes ; MM. Houlié, Vermeil, Moreau et Gratier sont nommés internes provisoires.

Hôpitaux de province. — *Rouen.* — Un concours aura lieu, le jeudi 17 juillet 1902, à l'Hospice général, à trois heures et demie, pour la nomination d'un médecin-adjoint, sous la présidence d'un administrateur.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Dufour, du port de Rochefort, est désigné pour embarquer sur la *Zélée* (station locale de Tahiti).

Centenaire de l'Internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris. — Le comité du Centenaire adresse un dernier appel à tous les membres du corps médical pour leur demander de lui envoyer les documents pouvant aider à la rédaction du Livre du Centenaire.

Les souvenirs personnels ou traditionnels concernant le rôle joué par les internes dans les grands événements qui ont marqué le cours du siècle (révolutions, émeutes, coup d'État, grandes épidémies, guerre de 1870, guerre russo-turque, etc.) présentent un intérêt tout particulier et les collègues qui posséderaient des documents sur ces différentes époques sont instamment priés de les faire parvenir avant le 10 mai à M. le docteur Durand-Fardel, secrétaire général du Centenaire, 129, faubourg Saint-Honoré.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ch. Aymé, de Bulgnéville et Contrexéville (Vosges).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 47. — JEUDI 24 AVRIL 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 24 AVRIL 1902. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

THROMBOSE DE L'ARTÈRE POPLITÉE

PAR RUPTURE TRAUMATIQUE DES TUNIQUES MOYENNE ET INTERNE DE CE VAISSEAU

Par M. Victor Veau, ancien interne médaille d'or, prosecteur.

J'ai eu l'occasion de constater l'heureux résultat qu'a obtenu mon maître M. Ricard par l'amputation *tardive* dans un cas de thrombose traumatique de l'artère poplitée.

L'observation en est d'autant plus intéressante qu'il s'agit d'un médecin.

Observation. — Emile P..., quarante et un ans, docteur en médecine. Pas d'antécédents héréditaires et personnels. Exerce la médecine depuis seize ans sans aucune interruption.

Le 14 novembre 1900, un cheval attelé à des brancards trop courts est conduit par le malade; il s'emballe et renverse la voiture. A ce moment, le conducteur avait la jambe droite en dehors du véhicule, le pied reposant sur le marchepied.

La caisse de la voiture, en versant du côté correspondant, rencontre la jambe qui se trouve prise finalement entre le sol et le véhicule renversé.

Couché sur la route et sans aucun souvenir de la moindre douleur, le malade s'aperçut seulement que sa jambe droite ne se trouvait plus dans l'axe de la cuisse et qu'elle était portée en dehors. Il pria alors une des personnes accourues de prendre son pied et de le placer près de l'autre. Il perçut alors un craquement qui lui indiqua que la jambe avait repris sa position normale.

Reconduit chez lui sur un brancard, il pria un de ses confrères de venir immédiatement. La jambe et la cuisse furent immobilisées : deux grandes attelles, l'une interne l'autre externe, furent appliquées et serrées modérément.

Le malade n'éprouvait à ce moment que de l'engourdissement dans la plus grande partie de la jambe et surtout dans le pied. Par tous les moyens on chercha à réchauffer le membre engourdi : une piqûre de morphine fut faite.

15 novembre. Nuit bonne, pas de fièvre, pouls normal. Mais la sensation de froid persiste plus accentuée même que la veille. Après avoir enlevé les deux attelles on constate un œdème assez marqué, plus considérable sur le côté externe de la jambe. Il y a du liquide dans l'articulation du genou.

Le pied est devenu complètement insensible; la piqûre d'épingle n'est pas sentie ou ne détermine qu'une vague sensation. La face externe de la jambe a également perdu en partie sa sensibilité, la peau du pied est décolorée et présente quelques marbrures violacées.

16 novembre. Pouls à 100, température 37°5 et 37°8. Pas d'appétit, quelques nausées. Le pied reste froid et insensible; la peau en devient de plus en plus sèche et noircit, les battements de l'artère pédieuse ont disparu. Sur le côté postéro-externe de la jambe, se montrent de nouvelles phlyctènes, l'œdème persiste mais l'épanchement du genou n'est pas retrouvé. On place le membre dans une gouttière.

17 novembre. L'état général est le même que les jours précédents : les symptômes locaux sont plus accentués. Deux nouveaux confrères appelés en consultation sont d'avis qu'une intervention s'impose.

18 novembre. M. Ricard constate une tuméfaction peu marquée de la jambe et du pied, une gangrène en voie d'évolution dont il est impossible de préciser les limites, plus marquée cependant en dehors qu'en dedans. Il n'y a pas de douleur locale, l'état général est bon, la température à 37, M. Ricard refuse d'intervenir.

23 novembre. La température est montée progressivement et atteint 38°5, le pouls est à 120. Il y a eu quelques frissons et un peu de délire. La peau du pied est devenue noire et parcheminée. Les faces externe et postérieure de la jambe toujours œdématiées présentent de grosses phlyctènes qui sont ouvertes. Pansement à la gaze iodoformée.

Les jours suivants la fièvre tombe, l'état général redevient meilleur.

25 novembre. Le malade vient à Paris et entre chez les frères Saint-Jean-de-Dieu. Le voyage s'est effectué sans beaucoup de fatigue.

26 novembre. Pas de fièvre, la momification du pied est complète. A la jambe commence à se montrer un sillon qui sépare les parties vivantes des parties mortes. Pansement sec.

L'appétit revient, mais le sommeil est encore très léger; le malade éprouve des élancements dans la jambe.

3 décembre. Le pansement est taché et dégage une odeur désagréable; il est enlevé et remplacé par un pansement humide.

A partir de ce moment le sillon d'élimination s'accentue, la suppuration est assez abondante et les plaies de la jambe continuent à dégager une forte odeur. Lavage à l'eau oxygénée; pansement humide. L'état général reste bon; la température ne dépasse pas 37°3.

18 décembre. Une collection purulente se forme sur la face externe et inférieure de la cuisse, quelques centimètres au-dessous de la saillie des condyles, incision et drainage.

22 décembre. Suppression des drains : il ne s'écoule pas de pus.

28 décembre. La température commence à monter, elle atteint 38°5; le malade ressent des frissons le soir vers six heures. L'appétit disparaît et des vertiges se manifestent.

29 décembre. M. Launay constate que les muscles du mollet complètement sphacélés sont à peu près détachés. Ils sont enlevés : alors s'écoule une grande quantité de pus emprisonnée profondément.

Les jours suivants, toutest rentré dans l'ordre et la fièvre a disparu.

4 janvier. La suppuration est moins abondante, moins fétide; le pansement humide est remplacé par un pansement sec. La ligne de démarcation s'accentue, on remarque de gros bourgeons sur toutes les parties suivantes :

Le sillon d'élimination est très oblique : en dehors, il répond à la tête du péroné, et on aperçoit la plaie recouverte de bourgeons charnus. De ce point, la ligne descend en dedans et en arrière très oblique, presque verticale, et atteint la face interne de la jambe au niveau de la malléole interne. La peau saine répond exactement au tibia, une couche épaisse de tissu lardacé sépare l'os des téguments. Le sillon est très profond : la gangrène est humide au niveau de la partie supérieure de la jambe; elle devient sèche à partir de la portion moyenne.

19 janvier. Opération. M. Ricard se propose de faire l'opération le plus bas possible. Il espère pouvoir conserver un segment du tibia. Comme l'étroite languette de peau située sur la malléole interne lui semble superflue, il sectionne la peau saine à 10 centimètres au-dessus de cette malléole. Le lambeau cutané est disséqué de bas en haut et isolé du tibia; on suit avec soin le sillon d'élimination. Une artériole saigne au-dessous du soléaire, au niveau du point que devait occuper la tibiale postérieure; on place une pince; pas de ligature.

Quand les os ont été ruginés, un trait de scie est mené horizontalement au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia. Réunion par trois points profonds. Large drainage.

Le soir, douleur très violente au niveau du moignon. Piqûre de morphine.

20 janvier. Pas de fièvre; les douleurs ont en partie disparu; le pansement est intact. Les jours suivants, sensation de bien-être; léger suintement séro-sanguinolent. Pas de température.

Le 29 janvier, ablation des fils et des drains; amélioration rapide.

Le 3 février, il rentre chez lui et reprend peu à peu ses occupations.

Actuellement, le malade marche sur son moignon à l'aide d'un pied articulé et fait en moyenne de 3 à 5 kilomètres par jour.

Sur nos conseils, le docteur Merle (de Chalon-sur-Saône) a, dans sa thèse inaugurale (Th. de Paris, nov. 1901), étudié *L'occlusion de l'artère poplitée par rupture des tuniques internes et moyennes*. Il a réuni 18 observations.

La première remonte à 1823. John Lizars (1) observa une contusion de l'artère poplitée produite par un accident de voiture. Les muscles étaient à nu et l'artère poplitée, intacte en apparence, avait perdu ses battements. Amputation immédiate à la partie moyenne de la cuisse. Guérison.

Turner (2) : Luxation en avant du tibia produite chez un militaire par un saut de 30 pieds de haut. Le membre est immédiatement froid. Amputation de cuisse quelques heures après l'accident. L'artère est comme étirée. L'oblitération est due à des lambeaux des tuniques internes qui, séparés de la tunique externe, étaient irrégulièrement ramassés dans le vaisseau. Guérison.

(1) John Lizars. *Edimb. med. and surg. Journ.*, 1823.

(2) Turner. *Edimb. chir. Soc. Transact.*, t. VIII, part. I, p. 308; — Morel-Lavallée. *Luxations compliquées du tibia*, Th. de Paris, 1851.

Broca (1) : Une roue de voiture passe sur la partie inférieure de la cuisse d'un homme de quarante-trois ans. La gangrène commence par le pied et s'arrête à 12 centimètres de la rotule. Formation d'un abcès au point contus. Amputation de jambe au lieu d'élection trois semaines après l'accident. Mort de tétanos.

Lidell (2) observa un jeune homme de dix-neuf ans, dont le genou fut pressé par un timon de voiture. Tuméfaction du creux poplité, perte de la sensibilité de la jambe. On entendait dans l'artère poplitée un cliquetis sourd. Amputation immédiate au-dessus du genou. Guérison.

Knichynicki (3), dans un accident de voiture, luxation du tibia en avant, réduction immédiate et facile, pose d'un appareil plâtré. Le troisième jour, gangrène du pied. Mort.

Chavanis (4) a publié deux observations :

La première avait été prise dans le service de Richet, par Chandelux, en 1872. Contusion de la jambe provoquée par le passage d'une roue d'omnibus. Le lendemain, le pied est froid, non augmenté de volume, d'une couleur asphyxique, insensibilité absolue de la jambe. Mort par érysipèle gangréneux huit jours après. L'artère est comme froissée par les mors d'une pince; les tuniques moyennes et internes sont rétractées. Des caillots existent au-dessus et au-dessous du point contus.

La seconde provient du service de Gayet (1878). Accident de chemin de fer, plaie de la peau, pas de lésion des os. Le lendemain, violentes douleurs, refroidissement du côté malade. Pâleur de la jambe. Gangrène des orteils, puis crépitation gazeuse. Amputation de la cuisse. Mort rapide. Extérieurement, l'artère poplitée paraît saine, mais elle est obstruée par un caillot de quelques centimètres de hauteur. Les tuniques intérieures étaient nettement coupées sur toute la circonférence du vaisseau.

Terrier (5) au cours d'une discussion à la Société de chirurgie, sur les complications des fractures de la clavicule, rapporte brièvement l'observation d'une luxation du genou droit en avant. Quelques jours après la réduction, survint une gangrène du pied qui nécessita l'amputation.

Poncet (6) : Un camion pesamment chargé passe sur la cuisse d'un homme de cinquante et un ans et produit une fracture au-dessus du condyle. Vives douleurs dans le pied qui rapidement est froid et insensible, gangrène. Mort trois semaines après l'accident. L'artère poplitée, en apparence intacte, renferme un caillot de 6 à 7 millimètres.

Hutchinson (7) : Contusion du genou dans un accident de voiture. Le lendemain, gonflement de la jambe et refroidissement. En auscultant l'artère poplitée, on entendait un bruit semblable à celui d'une montre placée sous un oreiller. Amputation immédiate au tiers inférieur de la cuisse. Guérison. Section complète de la veine. Les tuniques moyenne

(1) Broca. Contusion de l'artère poplitée, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1862, p. 176.

(2) Lidell. *Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. III, p. 233.

(3) Knichynicki. *Allgem. Wiener Zeit.*, 1873, n° 6.

(4) Chavanis. *De l'obstruction artérielle consécutive aux traumatismes*, Th. de Lyon, janv. 1878.

(5) Terrier. *Bull. de la Soc. de chir.*, 4 oct. 1876, p. 687.

(6) Poncet. Th. de Lyon, 1873 (cité par Chavanis).

(7) Huthicnson. *Brit. med. Journ.*, 12 janv. 1872.

et interne de l'artère sont recroquevillées sur une hauteur d'un tiers de centimètre.

Chuquet (1) : Vieil alcoolique renversé par une voiture. Luxation en dedans du tibia, fracture du condyle externe. La jambe est pâle et plus froide. Amputation immédiate au tiers moyen de la cuisse. Mort. Vers la partie moyenne de l'artère poplitée existe une ecchymose ; à ce niveau existe un caillot. Un autre caillot probablement détaché de ce point a été arrêté au point de bifurcation du vaisseau.

Annandale (2) : Chute de 10 pieds de haut, luxation du tibia en avant, gonflement et ecchymose de la jambe. Grande sensation de froid. Gangrène. Sept jours après l'accident, amputation à la partie inférieure de la cuisse. Guérison. Rupture des tuniques moyenne et interne à 1 centimètre de la bifurcation.

T. Jungs (3) : Fracture du condyle interne du fémur par le choc d'une grosse pierre. La sensibilité du pied disparaît. Gangrène envahissante, huit jours après l'accident, amputation de la cuisse. La surface interne de l'artère est dénudée sur une hauteur de 1 centimètre, la veine est thrombosée.

Dieterlen (4) : Plaie contuse du genou sans fracture ni luxation. Dès le lendemain, insensibilité partielle des orteils et diminution très notable des battements de la pédieuse. Gangrène. Mort sept jours après l'accident. L'examen histologique (Darier) montre une abondante infiltration de sang entre les tuniques de l'artère. La tunique interne est recroquevillée et en voie de mortification.

Piéchaud (5) : Accident de machine ; luxation du tibia en avant. La jambe est froide et insensible en dehors, réduction facile : on ne sent ni la pédieuse, ni la tibiale postérieure. Pâleur persistante du pied et de la jambe, conservation de la chaleur. Trois semaines après, la pédieuse bat, mais la fémorale, dans son quart inférieur, est oblitérée, la poplitée est également transformée en un cordon dur. Cette observation tendrait à prouver que la circulation peut se rétablir par les anastomoses (principalement grande anastomotique).

Potherat (6) : Un homme de vingt-neuf ans entre dans le service de Trélat pour une gangrène du pied survenue après un traumatisme du genou. Peu après l'accident, le pied était devenu blanc, insensible et froid « comme glace », le lendemain il fut le siège de douleurs extrêmement violentes. Le malade entre dix-sept jours après l'accident : gangrène de tout le pied, couleur ecchymotique de la face externe du mollet et de la jambe. Accidents de septicémie : amputation de jambe à la partie supérieure ; les muscles profonds sont absolument cireux (7). Amputation de cuisse séance tenante. Guérison. Rupture de la tunique interne de l'artère, caillot de 3 à 4 centimètres.

(1) Chuquet. Écrasement de la jambe gauche, rupture des tuniques internes de l'artère poplitée. Amputation. Mort. *Prog. méd.*, 1877.

(2) Th. Annandale. Luxation de la tête du tibia en avant avec rupture des deux tuniques internes de l'artère poplitée, *The Lancet*, 26 nov. 1881, t. II, p. 903.

(3) T. Jungst. Gaugran nach Subcutaner violater Verlezung der Arterien intima, *Berlin. klin. Wochens.*, 1884, t. XXI, nº 15, p. 225.

(4) Dieterlin. Contusion de l'artère poplitée sans plaie des téguments, thrombose consécutive, *France méd.*, 1882, p. 854.

(5) Piéchaud. Luxation du genou en avant, oblitération de l'artère poplitée. Guérison. *Rev. de chir.*, 1883, p. 186.

(6) Potherat. Contusion artérielle, rupture de la tunique interne, oblitération, gangrène. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 298.

(7) Ce fait peut être rapproché de ce qui est rapporté dans mon observation ; il tend à démontrer que la circulation en retour se produit de préférence dans les plans superficiels, que les téguments sont moins malades que les os.

Picou (1) : Accident de voiture. Plaie contuse du genou. Deux heures après l'accident, apparaît à la cuisse de la crépitation gazeuse. M. Walther, vu l'état de choc, renonce à pratiquer l'amputation, se contente de débrider et faire passer en travers un gros tube à drainage. Le lendemain, sensation de fourmillement dans la jambe et le pied qui sont très pâles ; pas de pulsation de la pédieuse. Abolition de la sensibilité dans la zone du sciatique. La face interne du gros orteil est sensible, la face externe insensible. Gangrène humide jusqu'au tiers supérieur de la jambe. Vingt-cinq jours après l'accident, amputation de cuisse à la partie inférieure. Guérison. L'artère poplitée saine en apparence. Elle contient deux caillots : l'un immédiatement au-dessous des articulaires inférieures, l'autre à la bifurcation. L'examen histologique montre une rupture totale de la tunique interne. La paroi à ce niveau par l'adventice et l'épaisse tunique musculaire non modifiée.

N. Hertzog (2) : Violent traumatisme sur la face interne du genou. Le médecin croit à une simple contusion. Le surlendemain, le pied est complètement froid et insensible. Coloration jaune et verte depuis le milieu de la cuisse jusqu'au pied. Quelque temps après, une démarcation semble se dessiner au milieu de la jambe. Amputation de cuisse. Guérison. Juste au niveau de l'interligne, les tuniques internes et moyennes de l'artère sont déchirées circulairement et enroulées sur elles-mêmes.

En parcourant ces observations on voit que la gangrène du pied par thrombose de la poplitée peut compliquer tous les traumatismes du genou : contusion simple sans blessure des segments, contusions graves avec fracture ou luxation.

Au point de vue théorique, cette déchirure incomplète des tuniques de la poplitée est des plus curieuses. Mais ce n'est pas là un fait isolé. Pareilles lésions peuvent s'observer sur toutes les artères. Herzog en a réuni 61 observations.

Au point de vue pratique, dans la région qui nous occupe deux points doivent être étudiés spécialement : le diagnostic, le traitement.

Est-il possible de faire le *diagnostic* de rupture incomplète de la poplitée avant l'apparition de la gangrène ?

Le refroidissement du membre est un signe de la plus haute valeur qui s'observe toujours.

L'absence de battement dans le territoire de l'artère est aussi très important. Il faut se rappeler que cette absence de battement peut ne pas exister aussitôt après l'accident, car il est possible que la thrombose ne devienne complète que quelque temps après (cinq heures à trente-six heures).

La douleur vive du pied s'observe quelquefois, les auteurs allemands lui accordent une grosse importance diagnostique car elle serait moins sujette aux causes d'erreurs que les deux signes précédents.

L'anesthésie complète est mentionnée en dehors de toute lésion nerveuse.

La sensation de froid est presque constante.

La pâleur des téguments peut s'observer comme la teinte cyanosée.

(1) Picou. Contusion de l'artère poplitée, thrombose, gangrène. Amputation de cuisse. *Bull. de la Soc. anat.*, 1895.

(2) N. Hertzog. Ueber traumatische Gangrön durch Ruptur der inneren Arterienhäute, *Beit. z. klin. Chir.*, 1899, t. XXIII, p. 643.

Le gonflement est trop variable pour être un signe.

On a pu sentir un cordon induré formé par l'artère thrombosée quand le creux poplité n'était pas le siège d'une suffusion sanguine trop considérable.

Dans deux observations, l'auscultation relevait un bruit de cliquetis au niveau de l'artère.

Donc le chirurgien peut prévoir la thrombose de l'artère poplitée avant l'apparition de la gangrène au niveau du pied.

Quelle est l'*indication thérapeutique* en présence de cette gangrène occasionnée par la thrombose de l'artère poplitée?

L'expectation et l'expectation prolongée doit être la règle de conduite absolue de tout chirurgien.

Ce qu'il ne faut pas faire, c'est l'amputation précoce, car alors on s'expose à opérer trop haut ou trop bas. Tous les chirurgiens qui ont opéré dès les premières semaines ont fait une amputation de cuisse. Seul M. Ricard, qui opéra soixante-cinq jours après l'accident, fit une opération de jambe.

Ce qu'il faut faire, c'est favoriser la circulation en retour et éviter l'infection. On entourera le membre d'ouate, il sera placé dans la position horizontale. Dès l'apparition des phlyctènes on pansera avec un soin extrême. Quand la gangrène s'installera on redoublera de précautions. S'il se forme des abcès, soit au niveau du point contus soit à la cuisse, on les incisera et on drainera largement sans regarder la partie comme perdue, les régions infectées ne sont pas mortifiées. En cas d'odeur fétide on fera des pansements avec l'eau oxygénée.

On attendra toujours la formation du sillon d'élimination. De la sorte seulement on est sûr de ne pas aller au delà du mal lors de l'intervention.

Et lorsque ce sillon sera formé, l'amputation ne sera plus qu'une régularisation. On ne cherchera pas à faire d'amputation typique. On prendra ce qui restera de peau; on sectionnera les os le plus bas possible. On fera une amputation de jambe haute, on fera une désarticulation du genou, une amputation de cuisse fémoro-rotulienne, ne se laissant guider que par le sillon d'élimination.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(22 avril 1902)

La séance, ouverte à trois heures, a été levée à trois heures et demie, après quelques présentations et un bel éloge de Rendu prononcé par M. le président. Il n'y avait aucune communication à l'ordre du jour.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

du 17 avril 1902

L'attention des neurologistes est attirée depuis quelques années sur la **topographie des atrophies musculaires myélopathiques.** A une séance précédente, MM. Huet et Cestan avaient présenté une paralysie infantile localisée au groupe radiculaire inférieur du plexus brachial; aujourd'hui MM. Huet et Dupré montrent un nouveau cas qui complète en quelque sorte le cas précédent, c'est une **paralysie infantile localisée au groupe radiculaire supérieur du plexus brachial.** Le cas concerne une enfant de dix-neuf mois, prise il y a cinq mois de fièvre et bientôt d'une paralysie motrice du bras droit; la paralysie a abandonné bientôt certains muscles pour se cantonner définitivement sur d'autres, dans l'espèce ceux du groupe Duchenne-Erb, qui sont atrophiés et présentent la réaction de dégénérescence. Cette évolution, l'absence de douleurs au niveau de la nuque, l'absence de signe de Kœrnig permettent d'éliminer une lésion méningée; la topographie radiculaire de l'atrophie musculaire est donc bien sous la dépendance d'une lésion de myélite de la corne antérieure.

Il faut rapprocher de cette petite malade, une deuxième enfant présentée par MM. Raymond et Sicard. Ici encore on a observé une période prémonitoire fébrile, une paralysie des deux bras avec disposition radiculaire des troubles moteurs. La malade a-t-elle donc fait un foyer de paralysie infantile? C'est peu probable; les **troubles moteurs à disposition radiculaire sont plutôt déterminés chez elle par une méningite cérébro-spinale**, car d'une part avaient existé au début des douleurs de la nuque, d'autre part, le cyto-diagnostic a montré la formule des méningites bactériennes, c'est-à-dire au début une phase de polynucléose avec 80 polynucléaires pour 20 mononucléaires, ensuite une phase de mononucléose avec 70 mononucléaires pour 30 polynucléaires. Or on sait que le cyto-diagnostic est négatif dans les cas très purs de paralysie infantile. Ainsi apparaît l'utilité de la ponction lombaire pour différencier deux maladies souvent bien semblables au point de vue clinique, parfois peut-être même associées, la poliomyélite infantile et la méningite cérébro-spinale.

Une discussion s'élève de nouveau sur la **classification des tics et des spasmes** à propos de malades présentés les uns par MM. Marie et Guillain, l'autre par M. Meige. Les malades de MM. Marie et Guillain sont atteints de mouvements d'inclinaison de la tête analogues à ceux observés dans l'hyperkinésie du spinal, ou torticolis mental de Brissaud. Le malade de M. Meige présente au contraire un spasme clonique du trijumeau. C'est évidemment là tout autre chose qu'un tic et le terme de Trousseau: tic non douloureux de la face, a créé une confusion regrettable. Mais faut-il réunir le torticolis mental et la maladie des tics? M. Babinski rappelle à ce sujet qu'il a signalé des cas analogues comme figuration au torticolis mental et dus cependant à une irritation de la voie motrice. Des cas semblables ont été publiés par MM. Cestan et Guillain et par M. Destarac. Déjà la discussion a été amorcée au dernier Congrès de médecine de Toulouse (voir *Gaz. des hôpit.*, 1902, p. 449 et 450), nous remettrons à plus tard cette question intéressante au point de vue thérapeutique et pronostique, car cette classification des tics sera le sujet d'un rapport au Congrès de neurologie de 1902.

M. Sérieux rapporte l'observation d'une **paralysie générale ayant présenté de nombreuses hallucinations de l'ouïe.** Cette phase d'excitation alternait avec des phases de dépression survenant par ictus et pendant lesquelles il était possible de déceler d'abord de la **surdité corticale puis de la surdité verbale**: ces périodes de déficit duraient un ou deux jours; pendant l'une d'elles on a même pu constater une véritable aphasie sensorielle avec paraphasie et jargonaphasie. A l'autopsie, lésions ordinaires de la méningo-encéphalite diffuse, mais nettement prédominantes au niveau du lobe temporal. Cette localisation explique fort bien l'existence des hallucinations par une phase d'excitation et de la surdité par une phase de déficit. Cette topographie si spéciale des lésions avait donné à la paralysie générale une forme clinique un peu particulière que l'on peut décrire comme **paralysie générale à forme sensorielle.**

MM. Ernest Dupré et Jean Heitz apportent le cerveau d'une femme **atteinte de confusion mentale et de mélancolie à la suite d'un double abcès centro-ovalaire du lobe frontal droit**. Femme de quarante-cinq ans, sans antécédents éloignés. Grippe récente; dans la convalescence, changement de caractère, troubles de la mémoire, légère confusion mentale. Elle entre un mois après à l'hôpital, en état de dépression mélancolique, de confusion, d'amnésie; céphalée occipitale, fièvre irrégulière, alimentation difficile, prostration croissante, gâtisme, eschares. Dans les derniers jours, hémiparésie gauche, coma, mort en hyperthermie. Il n'y eut jamais ni convulsions, ni délire, ni phénomènes méningés.

L'évolution totale dura environ deux mois. A l'autopsie, bronchopneumonie des bases; aucune autre lésion que deux abcès indépendants, de la grosseur de petites noix, situés en pleine substance blanche du lobe frontal droit, au-dessus et en dehors de l'avant du corps strié, affleurant en arrière la partie antérieure de la zone de projection de la frontale ascendante et dans la profondeur de la deuxième frontale. Intégrité complète de la substance grise. Aucune lésion auriculaire.

Ce cas, intéressant par le caractère presque exclusivement psychopathique des réactions morbides, constitue un document de plus dans l'histoire pathologique du lobe frontal. L'apparition tardive de l'hémiplégie s'explique par l'extension du processus anatomique à la partie antérieure de la projection rolandique. L'étiologie des abcès est probablement grippale.

M. Anglade a appliqué sa méthode de coloration de la névroglie à l'étude de plusieurs cas d'**épilepsie indépendante de lésions évidentes de méningo-encéphalite** et mortes en état de mal. Les cellules corticales sont sur le même cerveau soit normales, soit en chromatolyse plus ou moins intense; ce qui ne permet pas d'établir une relation entre ces altérations et l'état de mal qui a emporté les malades. En outre, il existe une infiltration névroglique soit délicate au pourtour des vaisseaux, soit plus intense sous la forme de plaques scléreuses ou même de lésions rappelant celles de la paralysie générale.

M. Heveroch a étudié dans le service de M. Marie, à Bicêtre, les nerfs génito-cruraux et honteux de **tabétiques ayant présenté l'analgésie ou même l'atrophie des testicules**; il a constaté des lésions très évidentes de névrite, beaucoup plus marquées que celles que l'on peut constater sous le simple effet de l'âge, chez les vieillards par exemple.

M. Touche montre un malade fort curieux, qui a été opéré en 1894, par M. Monod, d'un **anévrisme de la sous-clavière droite par la ligature de la carotide et de la sous-clavière**. Or, à l'heure actuelle, cet homme présente une atrophie en masse avec main en griffe de la main droite avec anesthésie complète et troubles trophiques de la peau de ce même bras.

M. André Léri a trouvé à l'autopsie d'un homme de soixante-six ans ayant une **atrophie musculaire Aran-Duchenne** très prononcée datant de seize ans, une **atrophie de la musculature de tous les viscères**. Cette atrophie, atteignant uniquement la tunique musculeuse, s'est manifestée surtout par la formation d'innombrables hernies de la muqueuse à travers la musculeuse de l'intestin, de la vessie, du canal cholédoque : ces hernies, au nombre de 150 à 200, disséminées en chapelet sur le bord adhérent de l'intestin, atteignaient parfois le volume d'une très grosse noix et au fond de ces grosses hernies les coupes microscopiques ont montré l'intégrité absolue de la muqueuse (villosités intestinales, glandes, etc.), mais la disparition complète de la musculeuse. Outre ces hernies, dont la disposition paraissait nettement réglée par la disposition des vaisseaux, l'atrophie de la musculature lisse se manifestait encore par de vastes dilatations irrégulières, principalement au niveau de la fin du côlon descendant et de la grosse tubérosité de l'estomac, et par la formation de larges portions des organes musculo-membraneux complètement transparentes. L'organe le plus remarquable était le cœur qui, présentant deux petites hernies transparentes de son oreillette gauche, avait une oreillette droite dont la paroi était uniquement constituée par une mince membrane transparente laissant voir par l'extérieur toutes les colonnettes exclusivement tendineuses de la surface interne.

Jusqu'aux derniers mois une atrophie du cœur aussi considérable ne s'était manisfestée que par un peu d'arythmie; dans les derniers mois, le malade eut plusieurs crises d'angoisse respiratoire, tout à fait semblables aux crises d'asthme, crises vespérales ou nocturnes avec diminution du nombre des respirations et véritables pauses respiratoires; aussi M. Léri se demande si l'atrophie musculaire viscérale ne peut entrer en ligne de compte pour la symptomatologie des « crises bulbaires » des amyotrophiques et si cette atrophie, qui n'a jusqu'ici jamais été signalée, n'aurait pas été trouvée plus fréquemment si elle avait été plus fréquemment recherchée. M. Pierre Marie a constaté chez des amyotrophiques une constipation persistante qui n'est peut-être pas indépendante d'une amyotrophie intestinale. L'examen des centres nerveux sera publié ultérieurement.

MM. Brissaud et Marie pensent qu'on n'a peut-être, en effet, pas assez recherché les lésions des amyotrophiques en dehors des centres nerveux.

M. Gombault a examiné les viscères d'amyotrophiques sans rencontrer ces lésions viscérales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — Epreuve orale. — Séance du 21 avril 1902. — Questions : « Rapports de l'œsophage. — Symptômes et complications des fractures de côtes. » — MM. Desmarest, 17 + 22 = 39; Trémolières, 15 + 22 = 37; Foisy, 14 + 19 = 33; Vicart, 13 + 20 = 33; Algret, 12 + 20 = 32; Rendu, 14 + 18 = 32; Dubois, 13 + 18 = 31; Lutaud, 12 + 18 = 30; Blairon, 10 + 17 = 27; Reulos, 12 + 15 = 27.

Classement général des élèves internes et externes en médecine. — MM. les élèves internes et externes en médecine actvellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1902-1903, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 1er mai 1902) : ceux de deuxième, troisième et quatrième année, le samedi 26 avril, à trois heures; ceux de première année, et pour MM. les internes provisoires, le mardi 29 avril, à deux heures.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 15 mai 1902) : ceux de troisième année, le lundi 5 mai, à deux heures; ceux de deuxième année, le mardi 6 mai, à deux heures; ceux de première année, première moitié de la liste, le vendredi 9 mai,

à deux heures; deuxième moitié de la liste, le samedi 10 mai, à deux heures.

MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours; les externes ayant reconcouru seront appelés à leur numéro de classement dans la nouvelle promotion dont ils font partie.

Hospice de Brévannes et sanatorium d'Hendaye. — Le lundi 16 juin 1902, à midi, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3, un concours pour la nomination à trois places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise), et à deux places d'interne en médecine au sanatorium d'Hendaye (Basses-Pyrénées), pour entrer en fonctions le 1er juillet suivant.

Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat général de l'Administration (bureau du service de santé) de onze heures à trois heures, depuis le mardi 20 mai 1902 jusqu'au samedi 31 du même mois inclusivement.

Facultés de médecine. — *Nancy.* — M. le docteur Paris est chargé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, d'un cours de clinique des maladies mentales.

Exercices pratiques de diagnostic bactériologique, sous la direction de M. le docteur Fernand Bezançon, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie, et de M. le docteur Griffon, préparateur. — Une série d'exercices pratiques de bactériologie commencera le samedi 10 mai 1902.

Des conférences, suivies de travaux pratiques, auront lieu de deux à cinq heures, les mardis, jeudis et samedis.

Programme du cours. — Première leçon : Technique de la coloration des microbes; méthode de Gram. — Deuxième leçon : Technique de la culture des microbes et des inoculations. — — Troisième leçon : Analyse bactériologique du pus : microbes pyogènes aérobies, staphylocoque. — Quatrième leçon : Analyse bactériologique des crachats; pneumocoque, bacille de Pfeiffer, etc. — Cinquième leçon : Analyse bactériologique des crachats tuberculeux. — Sixième leçon : Tuberculose et pseudo-tuberculose. — Septième leçon : Analyse bactériologique des angines non diphtériques; streptocoque, bacille fusiforme. — Huitième leçon : Diagnostic de la diphtérie. — Neuvième leçon : Analyse bactériologique du sang. — Dixième leçon : Cytodiagnostic. — Onzième leçon : Analyse bactériologique des sérosités pathologiques pleurales et cérébro-spinales. Méningocoques. — — Douzième leçon : Bacille typhique et colibacille. — Treizième leçon : Séro-diagnostic. — Quatorzième leçon : Analyse bactériologique de la peste et du choléra. — Quinzième leçon : Diagnostic des microbes anaérobies. — Seizième leçon : Diagnostic bactériologique des infections de l'appareil génito-urinaire : gonocoque, bacille du chancre mou. — Dix-septième leçon : Diagnostic bactériologique des lésions microbiennes et parasitaires de la peau.

Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 60 francs. — Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundi, mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

Cours pratique sur les maladies de l'estomac (service de M. le docteur Alb. Mathieu). — MM. les docteurs Jean-Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux, assistant de consultation des maladies de l'estomac à l'hôpital Andral, et A. Laboulais, pharmacien de première classe, ex-interne des hôpitaux, commenceront, sous la direction de M. le docteur Alb. Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, un cours théorique et pratique sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac.

Le cours sera complet en vingt leçons et aura lieu au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, quatre fois par semaine, à cinq heures et demie du soir, et commencera le 12 mai prochain. Les travaux pratiques (examen du suc gastrique et autres procédés de diagnostic) auront lieu par série de cinq élèves, de quatre heures et demie à cinq heures et demie, avant le cours.

Pour les renseignements et l'inscription, s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, tous les matins de huit heures à midi.

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quinzième semaine,** 1107 décès, au lieu de 1068 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1065.

La fièvre typhoïde n'a causé que 4 décès, au lieu de 10 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 9; le nombre des cas nouveaux présente une diminution (33, au lieu de la moyenne 44).

La variole a causé 2 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 3; le nombre des cas nouveaux présente une diminution (19, au lieu de 32 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 21). A Londres l'épidémie variolique a causé pendant la quatorzième semaine 54 décès, au lieu de 61 pendant la semaine précédente; elle continue à frapper surtout les quartiers de l'est.

La rougeole, toujours fréquente au printemps, a causé 29 décès, au lieu de 22 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 32. La scarlatine 4 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 3 pendant la semaine précédente. La coqueluche, 19 décès, au lieu de 22 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 9. La diphtérie a causé 23 décès, au lieu de 13 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 8; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins (109) est inférieur à tous ceux des semaines précédentes, mais encore supérieur à la moyenne 67.

La diarrhée infantile a causé 43 décès de 0 à 1 an, au lieu de 27 pendant les deux semaines précédentes et au lieu de la moyenne 26.

En outre, 24 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 195 décès au lieu de 215 pendant la semaine précédente et au lieu de 204, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 14 décès (au lieu de la moyenne 18); bronchite chronique, 26 (au lieu de la moyenne 30); pneumonie, 38 (au lieu de la moyenne 52); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 117 (au lieu de la moyenne 104), dont 35 sont dus à la congestion pulmonaire et 67 à la broncho-pneumonie. En outre, 13 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 227 décès; la méningite tuberculeuse, 34; la méningite simple, 29; les tuberculoses autres que celles qui précèdent 16; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 43; les maladies organiques du cœur, 68; le cancer a fait périr 34 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 14 décès; la cirrhose du foie, 14; la néphrite, 26; enfin, 51 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Nines (de Ganges).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale, par le docteur G. Pouchet, professeur de pharmacologie et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. — Troisième série : *Antipyrétiques et antithermiques-analgésiques* (quinquinas et alcaloïdes). In-8° de 400 p. avec 33 fig. dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 48. — SAMEDI 26 AVRIL 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 26 AVRIL 1902. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Alimentation du nouveau-né.

Par M. Cyrille JEANNIN,
Interne à la maternité de Lariboisière.

Dans une leçon professée à la Clinique Tarnier, le 14 janvier 1899, M. le professeur Budin s'exprimait ainsi : « Actuellement, moins inquiets sur le sort des mères, les accoucheurs se livrent à une étude plus attentive des enfants : ils s'occupent d'eux avant la parturition, en surveillant l'hygiène de la femme enceinte, afin qu'elle parvienne à terme dans de bonnes conditions ; ils s'occupent d'eux au moment de l'accouchement proprement dit, pour qu'ils arrivent au monde bien développés, bien vivants; ils s'en occupent encore après leur naissance et pendant leurs deux premières années, afin de bien diriger leur alimentation. » Ce dernier point a une importance capitale : on connaît, en effet, l'effroyable proportion que les nouveau-nés fournissent à la mortalité : sur 1000 enfants qui naissent, il en meurt environ 200 dans la première année et 80 dans la seconde; et M. Bertillon remarque justement que cette mortalité de la première année égale celle des vieillards qui ont atteint et dépassé quatre-vingts ans ! Or les troubles digestifs sont la principale cause de cette léthalité du nouveau-né, ainsi que de la morbidité du premier âge : c'est dire les soins que l'on doit apporter à son alimentation et à son hygiène. Si l'on tient compte en outre des difficultés inhérentes aux habitudes et aux préjugés que le médecin aura à combattre chaque jour, on comprendra tout l'intérêt pratique de cette question.

Nous proposant de faire une Revue générale des données les plus récentes sur ce sujet, nous diviserons notre travail en trois chapitres : dans le premier, nous nous occuperons de l'alimentation et de l'hygiène du nouveau-né à terme; dans le deuxième, de l'alimentation et de l'hygiène du nouveau-né prématuré; dans le troisième enfin, nous passerons en revue tout ce qui concerne l'assistance du nouveau-né, c'est-à-dire la manière dont se trouvent appliquées, en pratique, les règles tracées dans nos deux premiers chapitres.

I

Nouveau-né à terme. — A. ALIMENTATION. — Il existe trois modes d'alimentation du nouveau-né : l'allaitement au sein de la mère ou d'une nourrice ; l'allaitement mixte, où l'enfant prend le sein à quelques repas, et cet aliment étant insuffisant, du lait stérilisé comme complément de nourriture ; enfin l'allaitement artificiel, dans lequel le nourrisson ne reçoit que du lait stérilisé. Quel que soit le mode adopté, il faut nous occuper tout d'abord de la quantité de lait que doit prendre, quotidiennement, un enfant né à terme et normal. Les recherches de Bouchaud, Segond, Pfeiffer, etc., confirmées depuis par la clinique, nous permettent de tracer le tableau suivant :

Le 1er jour,	l'enfant absorbe	environ 30gr	de lait maternel.
Le 2e —	—	120 à 150gr	—
Le 3e —	—	280 à 400gr	—
Le 4e —	—	400 à 450gr	—
Le 5e —	—	500 à 550gr	—
Le 1er mois,	—	500 à 650gr	—
2e et 3e —	—	650 à 800gr	—
4e et 5e —	—	850 à 950gr	—
6e au 9e —	—	980 à 1050gr	—

Ce sont là, bien entendu, des chiffres moyens qui pourront varier avec chaque enfant. L'important est de surveiller de très près l'alimentation, afin d'éviter le double écueil d'une alimentation insuffisante, ou, au contraire, de la *suralimentation.* Cette surveillance se fera par l'examen minutieux des diverses fonctions physiologiques du nourrisson : on s'attachera surtout à l'état des selles ; de même, il faudra tenir compte des modifications de la grande fontanelle, de l'éruption dentaire, de l'état des sutures, etc. Mais l'accoucheur possède un moyen précieux de savoir si l'alimentation est judicieusement pratiquée : nous voulons parler de la *courbe de poids.* Tout nourrisson doit posséder la sienne, aussi bien dans la pratique de ville qu'à l'hôpital; sur cette courbe, on notera, quotidiennement, le poids de l'enfant, pesé chaque jour, nu, et à la même heure. Pendant les deux ou trois premiers jours, le nouveau-né perd de son poids, perte due principalement à l'évacuation du méconium ; vers le septième jour, il a recouvré son poids de naissance, pour le dépasser de 100 grammes, environ, vers le dixième jour; puis il augmente d'environ 30 grammes, par jour, pendant les cinq premiers mois, de 10 à 15 pendant les sept suivants, de façon qu'à un an, le poids est

d'environ 9 kilogrammes, presque le triple du poids de la naissance. Nous pouvons donc tracer le tableau suivant :

A la naissance, un enfant pèse, environ,		3250gr
Le 3e jour	—	3050gr
Le 7e —	—	3250gr
Le 10e —	—	3460gr
Le 1er mois	—	3950gr
Le 2e —	—	4500gr
Le 5e —	—	6800gr
A 1 an	—	9000gr
A 2 ans	—	11kg

Sur la courbe de poids se trouveront traduits les moindres malaises de l'enfant, ainsi que ceux de la nourrice, comme nous le verrons ultérieurement. C'est là le moyen infaillible de dépister toute faute dans l'alimentation.

Nous devons signaler, en terminant, un phénomène fort curieux, et, du reste, extrêmement rare, qui a été, récemment, signalé par M. le professeur Budin (1). On voit parfois, chez des nourrissons malades, la courbe de poids s'élever brusquement pendant les quelques jours qui précèdent la mort; cette augmentation rapide, ne s'accompagnant d'aucune amélioration dans l'état du petit malade, acquiert ainsi, au point de vue du pronostic, une grande valeur. Mais, nous le répétons, ces faits sont exceptionnels.

1° *Allaitement au sein.* — A quel moment doit-on donner la première tétée aux nouveau-nés? Pendant les premières heures de la vie, on laissera reposer la mère et l'enfant, et ce n'est que de six à douze heures après l'accouchement, suivant les circonstances, que le nourrisson sera mis au sein. Puis quatre heures après, l'enfant prendra son second repas. Le lendemain, on pourra rapprocher les tétées, les espaçant de trois heures seulement pendant la journée; enfin le troisième jour, quelquefois le quatrième, la montée laiteuse se produit; l'enfant qui, jusqu'alors, s'était nourri de colostrum, liquide bien approprié à son tube digestif, va désormais recevoir un véritable aliment : le lait. Désormais, on le placera au sein *toutes les deux heures*, et pendant le jour seulement : le repos de la nuit étant aussi utile à la mère qu'à l'enfant; de cette façon, l'enfant prendra huit repas dans ses vingt-quatre heures. Dans quelques cas, la sécrétion lactée étant peu abondante, il y aura avantage à porter le nombre de ces repas à neuf, chiffre qui ne devra pas être dépassé. Cette règle sera suivie pendant toute la période exclusive de l'alimentation au sein, c'est-à-dire jusqu'au neuvième ou au dixième mois, époque à laquelle on peut commencer l'*ablactation*, d'une façon tout à fait progressive. La durée de chaque repas varie avec l'âge du nourrisson : dans les premiers jours, cette durée doit être plus longue, l'enfant têtant avec peu de vigueur, un sein dont le lait s'écoule lentement; il lui faut parfois une demi-heure pour absorber toute sa nourriture; puis ce temps se réduit, et, d'habitude, à partir du troisième jour, une tétée de dix minutes à un quart d'heure constitue un repas de durée très suffisante; encore tiendra-t-on compte des conditions individuelles que nous étudierons plus loin.

Aussitôt le repas terminé, l'enfant est éloigné du sein, afin d'éviter la macération du mamelon dans la bouche du nouveau-né. Du reste, toute femme qui allaite doit s'astreindre à une toilette locale très soignée; avant chaque tétée, le bout de sein sera lavé soigneusement au moyen d'un tampon d'ouate imbibée d'eau bouillie simple ou additionnée d'un faible antiseptique; ce lavage sera pratiqué de nouveau après la tétée, puis le sein sera asséché au moyen d'un linge sec; il est bon de soutenir les mamelles par un bandage de toile très modérément serré. Parfois le nourrisson a de la peine à saisir le mamelon, celui-ci étant plat ou même ombiliqué; pour parer à cette difficulté, on a souvent conseillé à la femme-nourrice de se faire faire « les bouts de sein » pendant les derniers temps de la grossesse; ce soin est généralement inutile et peut être abandonné, dans nombre de cas, aux lèvres du nourrisson. Si, cependant, ce dernier n'arrive pas à téter assez vigoureusement, on fera avantageusement usage d'un bout-de-sein de Bailly. Dans les cas où l'enfant ne pratique que de faibles et impuissants efforts de succion, on aura recours à la téterelle d'Auvard, ou mieux encore à la téterelle bi-aspiratrice de M. le professeur Budin. Dans nombre de cas, des *gerçures* du mamelon viennent rendre l'allaitement pénible pour la femme. Nous avons vu ces gerçures très rapidement guéries, grâce aux applications d'orthoforme en solution alcoolique à saturation, à la maternité de la Charité, où M. le docteur Maygrier emploie systématiquement ce mode de traitement, qu'il a, le premier, conseillé.

Un certain nombre de difficultés ou d'incidents peuvent survenir au cours de l'allaitement au sein, même bien surveillé. Les uns tiennent à l'enfant : il est des nourrissons qui tètent peu ou point : on les met au sein; mais après quelques légers mouvements de succion, ils délaissent le mamelon et somnolent. Il importe de surveiller attentivement la courbe de poids de ces enfants que souvent les familles qualifient de « sages », si on veut éviter les conséquences de la dénutrition; on essayera, par tous les moyens possibles, de les stimuler : tantôt en espaçant les tétées, de façon à les affamer; tantôt en faisant usage de bains stimulants et de frictions alcoolisées; dans quelques cas, on tirera profit d'un ou deux gavages dans la journée, il faudra, surtout, s'armer de patience. L'inconvénient inverse s'observe fréquemment : on peut avoir affaire à des nourrissons insatiables, qui prennent le sein avec avidité, l'épuisent, et peu après leur repas crient bientôt pour accuser leur faim. Les mères sont très généralement portées à les mettre au sein trop fréquemment; il en résulte une suralimentation qui se traduit, tout d'abord, par des ascensions trop considérables, brusques dans la courbe de poids, puis par des troubles de gastro-entérite, s'accompagnant de régurgitations, coliques et diarrhée. On devra rationner ces nourrissons : au besoin, espacer les tétées, veiller à leur parfaite régularité, et en réduire la durée à quelques minutes; il est également indiqué de faire tirer à la femme quelques grammes de son lait, avant de tendre le sein à son enfant; ce dernier absorbe ainsi la partie de ce liquide qui, pour le moindre poids, possède le plus de principes nutrititifs.

De même, quelques incidents peuvent survenir du côté de la mère, au cours de l'allaitement, tels que l'apparition de phénomènes physiologiques relevant de la sphère génitale : la menstruation et la grossesse. En général, une nourrice n'a pas ses règles; cependant les exceptions à cette loi sont nombreuses et sont, en général, considérées comme défavorables dans le public : en réalité, il n'y a pas là d'inconvénients sérieux; on voit simplement la courbe de poids fléchir pendant l'époque des menstrues, traduisant l'insuffisance toute relative et momentanée de la sécrétion lactée; on pourra, à ce moment, donner, à quelques repas, du lait

(1) P. Budin. *Bull. de la Soc. d'obstétr. de Paris*, 1900, p. 124-141.

stérilisé à l'enfant. De même, il est établi par de nombreux faits qu'une femme enceinte peut continuer à être bonne nourrice (1). Remarquons cependant que toutes les femmes ne seront pas capables de faire les frais d'une grossesse et d'un allaitement simultanés.

Existe-t-il des *contre-indications* à l'allaitement au sein? Oui. mais constatons tout de suite qu'elles sont d'une grande rareté ; les unes viennent de la mère, les autres de l'enfant. On ne devra pas laisser nourrir une femme présentant des signes de tuberculose pulmonaire ; de même, l'allaitement doit être interdit aux cardiaques, tout au moins, dans la plupart des cas ; cependant, une lésion bien compensée, accompagnée d'un bon état général, ne constitue pas une contre-indication. Il est, aussi, certaines affections nerveuses, surtout mentales, qui rendent la mère dangereuse pour son nourrisson. Pendant longtemps on a cru que l'albuminurie de la grossesse constituait une contre-indication à l'allaitement au sein ; on sait, actuellement, qu'il n'en est rien, et une femme qui aura eu même des accès d'éclampsie pourra être nourrice. Localement, quelques malformations du sein ou, à titre tout à fait exceptionnel, l'agalactie constitueront de bien rares contre-indications. Une dernière question se pose : peut-on laisser nourrir une femme atteinte d'infection au cours des suites de couches? La question semble ne pas comporter une solution unique. En effet, M. Brindeau (2) a signalé des exemples non douteux d'infection du nouveau-né par le lait de la mère ; d'autre part, MM. Budin et Perret (3), s'appuyant sur plusieurs observations, sont arrivés à des conclusions inverses. Un fait, toutefois, reste acquis : on pourra mettre un enfant au sein d'une mère dont l'infection est légère. C'est, du moins, la pratique que nous avons vu suivre à Tenon, à la Charité et à Lariboisière.

Quelques contre-indications peuvent venir de l'enfant : tout d'abord, le nouveau-né peut présenter quelque malformation des lèvres et de la bouche, le mettant dans l'impossibilité de téter ; la plus fréquente de ces malformations est le bec-de-lièvre, grave surtout quand il se complique de gueule-de-loup. Nous avons vu cependant des cas où, malgré cette difformité, l'enfant prenait le sein sans difficulté, mais, bien souvent aussi, on est obligé de le nourrir au verre où à la cuiller, ou même de le gaver. C'est là une contre-indication à l'allaitement au sein, au sens strict du mot, mais non à l'allaitement maternel ; car, dans ces cas, la femme peut se tirer, elle-même, soit à la main, soit à l'aide d'une téterelle, le lait qui sera donné à son enfant.

Il est des cas extrêmement curieux et rares, où le nourrisson ne peut pas supporter le lait de femme : le professeur Budin a attiré l'attention sur cette anomalie (4). Bien probablement, l'enfant ne peut supporter le lait de certaines femmes, peut-être trop riche en beurre ou trop pauvre, mais se trouverait bien d'un *changement de nourrice*, quoi qu'il en soit, ce pourra être là une indication à l'allaitement artificiel.

Enfin, il faut envisager le cas du nouveau-né *syphilitique*. La clinique a montré l'exactitude de ces deux lois qui régissent l'allaitement en pareil cas ; le première loi a été formulée par Colles : « Un enfant procréé syphilitique par un père syphilitique n'infecte jamais sa mère saine en apparence ; » la deuxième est celle de Profetor : « Une mère syphilitique n'infecte jamais son enfant sain en apparence, à moins qu'elle n'ait contracté la maladie pendant les deux derniers mois de la grossesse. » C'est dire que le nouveau-né issu de souche syphilitique pourra et devra être nourri au sein de la mère, mais qu'on ne devra le confier à aucune autre femme sauf à une syphilitique, car il risquerait de contagionner sa nourrice. Si donc la mère est dans l'incapacité de le nourrir elle-même, on l'élèvera au lait stérilisé, cas évidemment défavorable, étant donné la moindre résistance vitale de ces enfants.

Dans tout ce chapitre où nous avons traité de l'allaitement au sein, nous n'avons pas fait de distinction entre le sein de la mère et celui d'une nourrice mercenaire : c'est que, au point de vue purement physiologique, la différence entre les deux est minime, sans méconnaître cependant que le lait d'une femme en particulier est plus spécialement convenable à son enfant qu'à tout autre. Quoi qu'il en soit, une règle pratique reste incontestable : quand la mère ne peut pas nourrir, et que l'enfant n'est pas entaché de syphilis, on doit lui donner une nourrice au sein, de préférence à l'allaitement artificiel. Ce serait sortir de notre sujet que d'examiner ici les qualités requises pour cette tâche, nous rappellerons seulement les principales : la femme chargée de l'allaitement doit être jeune, de bonne constitution, exempte, bien entendu, de tuberculose ou de syphilis ; de plus son lait doit être sensiblement du même âge que le nourrisson qui va lui être confié.

2° *Allaitement artificiel.* — Pour la commodité de la description, nous plaçons ici l'étude de l'allaitement artificiel ; en pratique, il ne vient qu'après l'allaitement mixte. L'allaitement artificiel, encore appelé communément allaitement *au biberon*, tire ses indications des contre-indications mêmes que nous venons de reconnaître à l'allaitement au sein. Or, parmi ces contre-indications, il en est qui n'interdisent pas l'allaitement au sein, en général, mais seulement l'allaitement par la mère : ce sont tous les cas où cette dernière ne pourrait nourrir, du fait d'une tuberculose pulmonaire, ou d'une cardiopathie par exemple. Mais alors l'allaitement artificiel n'est pas, pour cela, indiqué : car l'enfant pourra être mis au sein d'une nourrice. Une seule règle ne souffre pas d'exception : c'est le cas de l'enfant syphilitique ; quand un nouveau-né présente des signes de syphilis, ou que, sans en présenter, il est de souche nettement syphilitique, la mère ayant présenté des accidents antérieurement, il ne peut être nourri que par la mère ; si cette dernière est dans l'incapacité de satisfaire à cette tâche, cet enfant ne pouvant être mis au sein d'une nourrice, devra être alimenté au lait stérilisé. On voit qu'ainsi formulées, les indications de l'allaitement artificiel sont bien rares, surtout dans les deux premiers mois.

Nous devons signaler tout d'abord les *inconvénients* inhérents à ce mode d'alimentation : plaçons, en premier lieu, la difficulté de le bien pratiquer : cet allaitement demande une surveillance constante, car la moindre faute peut mettre en jeu la vie du nourrisson. C'est ensuite la non-similitude entre le lait des divers animaux dont on peut se servir et le lait maternel. Voici, en effet, la composition quantitative des trois principales variétés de lait, comparées au lait de la femme :

(1) Poirier. *Allaitement et grossesse.* Th. de Paris.
(2) Brindeau. *Bull. de la Soc. obstét. et gynéc.*, 1894.
(3) Budin et Perret. Soc. obstétricale de France, 1901.
(4) Budin. Clinique du 28 février 1899 (voir *Le Nourrisson*).

Pour 1000.	Lait de femme.	Lait de vache.	Lait de chèvre.	Lait d'ânesse.
Caséine..	15	33	40	16
Lactose..	63	55	43	60
Beurre...	38	37	47	27
Sels.....	2,5	6	6	5

Ces chiffres nous montrent, pour nous en tenir au lait de vache, de beaucoup le plus usuel, sa trop grande richesse en matières protéiques : plus du double du lait de femme, ce qui le rend d'une digestion difficile, et, au contraire, sa trop faible teneur en sucre. Nous reviendrons ultérieurement sur ce point.

Une première question se pose : de quel biberon faut-il se servir? D'aucun, au sens propre du mot; depuis longtemps, on a fait justice de tous ces récipients de formes plus ou moins complexes, de vastes dimensions, et munis de tubes de verre et de caoutchouc; d'une tétée à l'autre, le lait y fermentait, d'autant plus facilement que l'appareil n'était pas stérilisable, et l'enfant s'épuisait à le faire monter au travers du tube. Actuellement, on ne se sert plus que de la bouteille même dans laquelle le lait a bouilli, contenant juste la quantité nécessaire pour un repas, et coiffée d'un simple embout de caoutchouc également bouilli.

Du reste, le point capital est la *stérilisation* du lait : tous les auteurs sont actuellement d'accord sur la nécessité absolue de cette stérilisation ; car, s'il est vrai qu'au sortir du pis de la vache saine, soumise à l'épreuve de la tuberculine, ce liquide est aseptique, il peut être altéré dès un contact avec le premier récipient où on le reçoit lors de la traite. Or parmi les nombreux moyens de stérilisation successivement proposés, il en est qu'il faut systématiquement rejeter : ce sont tous les moyens chimiques basés sur l'incorporation au lait de substances toujours plus ou moins toxiques; de même, ne fera-t-on pas usage de la centrifugation, procédé illusoire, non plus que de l'action du froid qui ne donne une stérilité que très relative. Reste l'emploi de la chaleur : et c'est à la chaleur qu'en effet on a recours aussi bien dans l'industrie que dans la pratique privée.

Les procédés usités dans l'industrie sont nombreux : les uns assurent une stérilité absolue au lait; d'autres ne lui en donnent qu'une relative. Parmi les premiers, deux sont surtout en usage : le surchauffage et la tyndallisation. Le *surchauffage* consiste à porter le lait à une température de 110 degrés, pendant une quinzaine de minutes; cette manière de faire a le gros inconvénient d'altérer la composition du lait, et de lui donner un goût désagréable. Dans la *tyndallisation* (1), le lait est soumis à un chauffage discontinu de 100 degrés, une fois par jour, pendant trois jours : les spores qui résistent au premier chauffage sont détruites au second, ou, à coup sûr, au troisième. C'est là un bon procédé qui a, cependant, l'inconvénient d'être long et coûteux. Aussi a-t-on pensé à se contenter d'une stérilisation relative, mais pratiquement suffisante : c'est l'origine de la *pasteurisation* (2) du lait ; on chauffe le lait à 75 ou 80 degrés, les ferments lactiques et les microbes pathogènes sont détruits ; seuls, les ferments de la caséine résistent. Cette méthode présente l'avantage d'altérer le lait au minimum, mais ce lait est dangereux, car on n'est jamais sûr d'avoir ainsi détruit tous les ferments lactiques et l'altération se fait très rapidement. Aussi en est-on arrivé à préférer, à tous ces procédés, celui plus simple et très sûr de l'ébullition prolongée assez longtemps, au bain-marie. L'industrie arrive ainsi à fournir de très bon lait stérilisé. Il existe cependant un écueil : c'est la difficulté de conservation, pendant un certain temps, du lait, même le plus sûrement stérilisé ; aussi toute bouteille livrée dans le commerce doit-elle porter la date de la stérilisation.

(1) Duclaux. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1889-1896.

(2) Cazeneuve. *Lyon méd.*, 1895.

En se basant sur cette considération, on arrive à préférer, comme procédé de choix, la stérilisation journalière à domicile. Celle-ci est désormais rendue très facile grâce aux appareils de Soxhlet, de Budin et de Gentile. Le principe est le suivant : le lait, divisé d'avance en quantité nécessaire pour chaque tétée, est mis en bouteilles graduées que l'on fait stériliser dans un récipient métallique. Des bouchons en caoutchouc les obturent mécaniquement, du fait même de la pression atmosphérique ; chaque bouteille n'est débouchée qu'au moment même de servir au repas et coiffée d'un embout de caoutchouc.

Enfin il faut envisager le cas, qui n'est que trop fréquent, où la famille ne pourra ou ne voudra faire la dépense de cet appareil, malgré son prix actuellement très minime ; on conseillera alors l'emploi de petites bouteilles de pharmacien, que l'on bouche avec un tampon d'ouate, contenant le lait divisé par tétées, et mises à bouillir pendant un quart d'heure dans une marmite ordinaire.

Du lait de quel animal faudra-t-il faire usage? Si nous nous reportons au tableau donné plus haut, nous voyons que parmi les trois animaux les plus usuels, *la chèvre* donne le lait qui s'écarte le plus de celui de la femme ; ce lait ne présentant, par ailleurs, aucun espèce d'avantage spécial, il ne faudra en faire usage qu'à titre tout à fait exceptionnel, c'est-à-dire quand on se trouvera dans l'impossibilité de se procurer tout autre lait, et dans ce cas, il sera nécessaire de le couper d'*eau par moitié et de le sucrer*. Contrairement, le lait d'ânesse a une composition quantitative très voisine de celle du lait de femme ; il a donc l'avantage de pouvoir être donné au nourrisson sans coupage ; de plus, sa faible teneur en beurre en fait un aliment facile à digérer pour les prématurés. Malheureusement, il présente de très gros inconvénients (1) : outre qu'il s'altère très rapidement, et qu'il ne supporte pas la cuisson, il est presque toujours, dans nos villes, d'un prix très élevé qui le rend inaccessible à la plupart des gens ; réservons-le donc au cas spécial de nourrissons malades ou prématurés ; nous reviendrons, du reste, ultérieurement sur ce dernier point.

Reste le *lait de vache* qui est le vrai lait usuel, grâce à sa production abondante et très répandue, et à son prix peu élevé. D'ailleurs, les résultats statistiques plaident en sa faveur : c'est lui dont on se sert dans toutes les maternités de nos hôpitaux parisiens, pour l'alimentation des enfants à terme. C'est donc ce lait dont nous préconiserons l'usage.

Faut-il couper le lait de vache, ou le donner pur? Les partisans du coupage allèguent en faveur de leur pratique, la correction ainsi réalisée de la différence entre les proportions quantitatives de ce lait et du lait maternel : le lait de vache étant de beaucoup trop riche en matières protéiques (33 p. 1000 au lieu de 15) et trop pauvre en sucre (55 p. 1000 au lieu de 63), on a préconisé de le couper de moitié d'eau et de sucrer le mélange. Théoriquement cette pratique est bonne ; mais l'expérience a montré qu'elle n'était pas nécessaire : dans nos maternités, où l'allaitement artificiel donne

(1) Marfan. *Traité de l'allaitement.*

de si beaux résultats, le lait de vache est donné pur, c'est du reste l'avis auquel se range le professeur Budin (1), d'accord en cela avec la plupart des praticiens qui ont étudié la question : MM. Comby, Lazard, Drappié, Ruffié, Bonifas, Gillet, etc. Cette manière de faire présente le gros avantage d'être la plus simple, et d'éviter les causes d'infection inhérentes à toute manipulation. On réservera le coupage aux cas très spéciaux, où l'enfant ne semblera pas pouvoir digérer le lait pur.

Ces questions tranchées, la pratique de l'allaitement artificiel devient très simple : elle est du reste calquée sur celle de l'allaitement au sein : les repas auront lieu toutes les deux heures, de façon à être au nombre de 8, ou 9 tout au plus, dans les vingt-quatre heures. A chaque repas, on donnera à l'enfant une des bouteilles sorties du stérilisateur, et s'il ne l'épuise pas, le reste sera jeté. Nous avons étudié, dès le début de notre travail, les quantités de lait qu'un nourrisson doit prendre pour vingt-quatre heures.

3° *Allaitement mixte.* — L'allaitement mixte est la combinaison de l'allaitement naturel avec l'allaitement artificiel : bien réglé il est supérieur à l'allaitement artificiel, et il vaut mieux qu'un allaitement naturel insuffisant.

Ce mode d'allaitement possède de nombreuses *indications* : les unes sont d'ordre physiologique, les autres d'ordre social.

Parmi les premières, il nous faut, tout d'abord, citer l'insuffisance de la sécrétion mammaire, pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement. Si la mère est primipare, la sécrétion de colostrum peut être très faible (5 à 15 grammes par tétée); de même, la montée laiteuse qui, nous l'avons vu, devrait normalement avoir lieu vers le troisième ou le quatrième jour, peut se faire attendre jusqu'au sixième jour ou même plus tard, et être pendant quelque temps insuffisante. L'ensemble de ces faits constitue l'*hypogalactie primaire*. M. Budin conseille, dans ces cas, de suppléer à l'insuffisance du lait maternel, par l'emploi de quelques quantités de lait stérilisé, que l'on supprimera quand le sein fournira suffisamment. Cette façon d'agir n'est pas partagée par tous les accoucheurs : M. Lepage (2), entre autres, croit lui reconnaître un grand inconvénient : la sécrétion étant un acte réflexe dont le point de départ est la succion du mamelon, si le nourrisson a déjà l'appétit satisfait, il tétera avec peu d'énergie : on créerait ainsi un cercle vicieux. Pour obvier à cet inconvénient, M. Budin recommande de placer systématiquement l'enfant au sein, puis, de compléter la tétée par du lait stérilisé, si cette tétée est insuffisante. Quoi qu'il en soit, pour peu que l'enfant dépérisse, il faudra avoir recours à l'allaitement mixte. On en fera, plus tard, usage dans tous les cas d'*hypogalactie secondaire*, relevant d'habitude de causes pathologiques : surmenage et maladies de la mère, réapparition des règles, etc. Enfin, on aura recours encore à ce mode d'allaitement, dans le cas de jumeaux, toutes les fois que la nourrice ne pourra suffire à leur alimentation. Ce moyen permettra à une femme d'élever plusieurs enfants. Enfin, l'allaitement mixte tire d'importantes indications de raisons d'ordre social : dans la classe ouvrière, les femmes obligées d'aller travailler, tout le jour, à l'extérieur, ne peuvent s'occuper de leur enfant que le matin et le soir ; à ces heures, elles lui donneront le sein, et le reste du temps, le nourrisson prendra du lait stérilisé : c'est une méthode bien supérieure à celle qui consisterait à mettre complètement l'enfant au lait stérilisé. C'est, du reste, ce qui est très bien réalisé, actuellement, dans les crèches, et nous verrons ultérieurement les excellents résultats ainsi obtenus.

(1) P. Budin. *Le Nourrisson*, p. 257, 258.

(2) *XIIIe Congrès international de médecine*, section d'obstétrique, Paris, 1900.

La pratique de l'allaitement mixte est très simple : ce mode d'alimentation est, du reste, soumis aux mêmes lois que nous venons d'étudier pour l'allaitement artificiel. La courbe de poids, complétée par le tableau des pesées des tétées, indique les quantités de lait stérilisé qu'il faut faire prendre à l'enfant. On pourra, suivant les cas, soit compléter chaque tétée insuffisante par une dose complémentaire de lait stérilisé, soit, plus commodément peut-être espacer les tétées, et donner, dans leurs intervalles, des bouteilles de lait de vache. Le nombre des bouteilles sera essentiellement variable : parfois, la sécrétion lactée, fortement stimulée, augmente, et on arrive progressivement à supprimer tout autre aliment; ou bien, au contraire, cette sécrétion se tarit peu à peu, la courbe de poids tend à fléchir, et l'on augmentera au fur et à mesure la quantité de lait stérilisé. Cette manière d'agir a donné, et donne chaque jour, d'excellents résultats : elle présente le grand avantage de faire profiter l'enfant des moindres doses du lait d'une nourrice même très insuffisantes.

C'est principalement *lors du sevrage*, que l'allaitement mixte est appelé à rendre de grands services. Il arrive, en effet, une époque, correspondant en moyenne au neuvième ou dixième mois, où le lait que l'enfant puise au sein devient insuffisant et comme quantité, et comme principes nutritifs. Si l'on continue à ne pas donner au nourrisson d'autre nourriture, on le voit dépérir plus ou moins rapidement. Pour éviter ce dépérissement, le mieux est d'avoir recours à l'allaitement mixte pratiqué d'une façon *progressive*. Quand, vers le neuvième mois, on remarquera que la courbe de poids reste stationnaire, on donnera une bouteille de lait stérilisé à l'un des repas; puis, quand cette quantité additionnelle deviendra elle-même insuffisante, on donnera deux puis trois bouteilles, et ainsi de suite : de telle sorte que tout naturellement, et sans transition brusque, le nourrisson sera habitué à une nouvelle nourriture. Ce mode de sevrage, de beaucoup le meilleur, ne va pas toujours sans difficulté ; il est en effet des enfants qui refusent de prendre tout autre chose que le sein ; du côté des nourrices, on peut aussi rencontrer un exclusivisme au point de vue de ce mode d'alimentation qui n'a, à cette époque, plus sa raison d'être. Il est rare, cependant, qu'en agissant très progressivement, on n'arrive pas à vaincre ces quelques obstacles. Du reste, il sera bon de ne pas borner l'alimentation de l'enfant au lait de vache : on y ajoutera de légères bouillies préparées avec du lait stérilisé auquel on ajoute des farines diverses, telles que : arrow-root, racahout, tapioca, farines de froment ou de riz, etc. Beaucoup de praticiens ne les permettent qu'après la première année : le professeur Budin (1) croit qu'on peut trouver avantage à en faire usage plus prématurément, vers le dixième mois, quand les enfants sont forts et bien constitués. Du reste, l'apparition, lors de cet essai, de quelques troubles digestifs, devant en faire remettre l'emploi à plus tard. Là, encore, c'est la courbe de poids qui doit régler la conduite du médecin.

Nous avons terminé notre chapitre consacré à l'alimenta-

(1) P. Budin. *Le Nourrisson*, p. 286.

tion du nouveau-né à terme; la conclusion qui doit en ressortir est la suivante : sans aucun doute, l'allaitement maternel est de beaucoup le meilleur; à son défaut, le mieux sera d'avoir recours à une nourrice au sein; mais si pour des raisons d'ordre physique ou moral, il est impossible de placer le nourrisson au sein, on pourra cependant lui donner une excellente alimentation, grâce à l'emploi du lait de vache stérilisé. Ce lait stérilisé sera encore d'une grande utilité dans tous les cas où l'on sera dans la nécessité de suppléer, momentanément, où même pendant toute la durée de l'allaitement, à une sécrétion lactée insuffisante. Les résultats obtenus par cette méthode (v. la troisième partie de cette étude), prouvent que le lait stérilisé n'est point, en réalité, passible des nombreux reproches qu'on lui a adressés : il ne donnera ni dyspepsie, ni gros ventre, à la condition d'être bien administré. Chaque fois qu'au cours d'une alimentation artificielle, on voit éclater des accidents de gastro-entérite, on peut être assuré qu'il a été commis quelque faute, cette faute est, d'habitude, la suralimentation : la mère aura, par exemple, donné à son enfant, du lait en supplément, non stérilisé cette fois, ou bien quelques médicaments. Le lait stérilisé produit-il le rachitisme? c'est une doctrine admise par plusieurs auteurs étrangers (1), mais à laquelle ne se rallient par les accoucheurs français. Enfin, on se rappellera qu'il ne tient qu'à bien stériliser le lait, pour éviter la contagion de toute maladie infectieuse, et en particulier de la tuberculose.

B. Hygiène. — Nous n'avons pas l'intention de traiter ici de toute l'hygiène du nouveau-né; ce serait là le sujet d'un travail aussi vaste que l'étude de l'allaitement; nous ne dirons donc rien des bains, ni des promenades du nouveau-né, nous attachant seulement aux quelques points d'hygiène qui se rattachent à l'allaitement, c'est-à-dire aux soins de la bouche, et à la réglementation des selles.

L'*hygiène de la bouche* doit être minutieusement pratiquée : ceci est important pour le nourrisson : car, en dehors du muguet, nombre d'infections peuvent prendre naissance à ce niveau (2) c'est également important pour la mère : car il n'est pas douteux que la galactophorite provient, le plus souvent, de l'infection des canaux par les microbes pathogènes occupant la cavité buccale (3). On se trouvera bien de l'emploi de fréquents lavages à l'eau boriquée. A la moindre trace de muguet, il faudra faire usage de tampons d'ouate trempés dans une solution de sublimé faible.

La *surveillance des selles* doit également attirer toute l'attention du médecin; c'est, en effet, l'état des selles qui, avec l'inspection de la courbe de poids, renseignent le plus exactement sur la santé du nourrisson, en même temps qu'on y décèle toute faute dans l'alimentation. Or, d'une manière générale, il y a tous les jours trois ou quatre évacuations pendant le premier mois, puis deux ou trois pendant les cinq à six mois suivants, pour arriver à n'en avoir plus qu'une ou deux pendant la fin de la première année, et le cours de la seconde. Les selles ont une consistance molle, semi liquide et une couleur jaune d'or que l'on a comparée à celle des œufs brouillés; quand l'enfant est nourri au lait de vache, la couleur des fèces est d'habitude plus pâle, tirant un peu sur le mastic. En aucun cas, alors qu'il n'a été administré aucun médicament, elles ne doivent être verdâtres. Deux obstacles sont à craindre : la constipation et la diarrhée.

La *constipation* n'est pas rare au cours de l'allaitement artificiel : ceci vient probablement de la trop grande richesse de ce lait en caséine et de sa pauvreté en sucre. Aussi, trouvera-t-on avantage à additionner le lait de vache de lactose (2 p. 100). De même, lors du sevrage, l'enfant est assez souvent constipé : le régime lacté absolu ne lui convient plus, on aura recours à l'emploi des bouillies, comme nous l'avons dit plus haut. D'une façon générale, pour combattre la constipation au cours de l'allaitement, on n'aura qu'à faire prendre à l'enfant, un peu d'huile de ricin mêlée à du lait.

La *diarrhée* devra, dans tous les cas, être rapidement et énergiquement combattue : pour peu qu'elle persiste, on réduira la dose alimentaire, car presque toujours elle a pour cause la suralimentation; puis, si ce moyen est insuffisant, on mettra le nourrisson à la diète hydrique, ne lui faisant prendre que quelques cuillerées d'eau bouillie, ou d'une eau minérale faible; dans les cas plus rebelles, on aura recours à l'entéroclyse, complétée par les lavages de l'estomac, en cas de vomissements. M. Marfan (1) conseille l'emploi de calomel, à doses très minimes et très fractionnées. Ce médicament nous a rendu bien souvent service, chez les enfants de quelques mois. Enfin, dans tous les cas de diarrhée, on aura soin de changer l'enfant très fréquemment, et pour éviter l'érythème des fesses, de le laver avec de l'ouate, en épongeant et sans jamais frotter, puis de saupoudrer la région de poudre de talc, qui a l'avantage de n'être pas fermentescible.

II

Nouveau-né prématuré. — Conditions particulières aux prématurés. — Quand un enfant naît avant terme, il présente, d'habitude, les attributs de ce que l'on a nommé la *débilité congénitale*. Cette règle, cependant, est loin d'être absolue : car, d'une part, il y a nombre de prématurés qui ne sont pas débiles, et d'autre part beaucoup d'enfants nés à terme présentent des symptômes non douteux de faiblesse congénitale : en général, ces derniers viennent de mères qui ont subi, au cours de leur grossesse, quelque maladie grave : tuberculose, syphilis, etc. Dans ce chapitre, nous aurons surtout en vue l'*enfant débile*, produit d'un accouchement prématuré. Étant donné qu'au-dessous de six mois, il est tout à fait exceptionnel d'élever un nouveau-né, nous ne nous occuperons pas de ceux dont le poids est inférieur à 1 000 grammes. De même, l'enfant né vers huit mois et demi n'est plus un débile; il reste les enfants dont le poids, à la naissance, oscille entre 1 000 et 2 500 grammes. M. Potel (2) donne les chiffres suivants :

A 6 mois et demi, un enfant pèse, en moyenne,			1 400^{gr}
A 7 mois,	—	—	1 700^{gr}
A 7 mois et demi,	—	—	1 900^{gr}
A 8 mois,	—	—	2 150^{gr}

Or trois points bien mis en lumière, grâce aux nombreux travaux de M. le professeur Budin et de ses élèves concer-

(1) *XIII*e *Congrès international de médecine*, section de médecine de l'enfance, Paris, 1900.

(2) Bonnaire et Keim. Microbes de la bouche du nouveau-né, *Presse méd.*, 1900.

(3) B. Neufeld. *Etude bactériologique sur la galactophorite*, Th. de Paris, 1901.

(1) Marfan. Loc. cit., p. 400 et suivantes.

(2) Potel. Th. de Paris, 1895.

nant cette question, doivent surtout attirer notre attention : c'est la température du débile, l'état de ses fonctions digestives et sa facilité à contracter quelque infection.

α. *Température des débiles.* — Lors de la naissance, un enfant à terme subit un léger abaissement de température : le thermomètre marque 36 degrés, ou même un peu moins; puis, au bout de quelques heures, la température remonte à la normale. Chez les débiles, au contraire, cette chute thermique initiale, toujours très prononcée, ne se corrige pas. On voit la courbe thermométrique descendre jusqu'à 35, 32, 30 degrés et même 28 degrés. M. Budin rapporte, dans une de ses cliniques, le chiffre de 25 degrés. Cette hypothermie tient à diverses causes : l'absence ou le faible développement du pannicule adipeux sous-cutané, et surtout l'insuffisance de la respiration et de la circulation. Elle a les plus graves conséquences : car elle favorise la cyanose, qui lui est d'habitude associée, ainsi que l'apparition du sclérème. Il est à noter que chez ces enfants, de même que chez les athrepsiques, les maladies ordinairement fébriles peuvent évoluer sans fièvre. Nous verrons, plus loin, comment on peut lutter contre ce refroidissement; mais signalons, tout de suite, la nécessité absolue de le combattre comme peut-être la principale cause de mort des prématurés. La mortalité est du reste d'autant plus forte que le poids est moindre à égalité de température. Voici quelques chiffres empruntés au travail de M. Budin (1) : il s'agit des enfants reçus au service des débiles de la Maternité (de 1895 à 1897) :

A 32 degrés, la mortalité fut de :

98 p. 100	pour les enfants de	1500gr et au-dessous.
97,5 p. 100	—	1500 à 2000gr
75 p. 100	—	plus de 2000gr

De 32 degrés à 33°5, la mortalité fut de :

97,3 p. 100	—	1500gr et au-dessous.
85,6 p. 100	—	1500 à 2000gr
69,2 p. 100	—	plus de 2000gr

β. *Etat des fonctions digestives.* — Le tube digestif est, de beaucoup, la partie la plus vulnérable de l'organisme. Or, chez le débile, il est insuffisant anatomiquement et physiologiquement : tout d'abord, l'enfant peut s'éteindre par inanition, car il n'a presque pas la force de têter : les muscles de la paroi buccale, ainsi que ceux de la langue et du voile du palais semblent insuffisants pour exercer la succion; de même la déglutition est pénible, languissante. Toutes les fonctions physiologiques ne s'accomplissent qu'incomplètement : la salivation est très peu abondante et ne fournit qu'une diastase peu active : aussi la bouche, sèche, se laisse-t-elle facilement envahir par le muguet. De même, la pepsine et la pancréatine, sans faire défaut, sont loin de posséder le pouvoir qu'elles auront plus tard : d'où la fréquence extrême des troubles digestifs, alors même que l'enfant est nourri au sein : les vomissements surviennent, les matières fécales sont ordinairement blanchâtres; la diarrhée verte s'établit à la moindre cause, s'accompagnant d'érythème fessier. D'un côté : insuffisance des sécrétions digestives; de l'autre : insuffisance de la musculature gastro-intestinale, telles sont les deux grandes causes prédisposant les prématurés à la gastro-entérite, maladie toujours très grave chez eux, et amenant consécutivement une cachexie qui revêt la forme de l'athrepsie.

(1) Budin. *Le Nourrisson*, p. 12, 13, 14.

γ. *Facilité d'infection.* — D'une façon générale, l'enfant s'infecte facilement : il nous arrive parfois de voir, dans nos maternités, au cours de petites épidémies puerpérales sans conséquence pour les mères, de graves accidents du côté des nouveau-nés, en particulier des érysipèles et des broncho-pneumonies. Or, s'il en est ainsi du nouveau-né à terme et bien portant, combien plus aisément encore cette contagion doit-elle atteindre les débiles, les prématurés! C'est, du reste, ce qui ne confirme que trop l'expérience. Voici, par exemple, les résultats de quatre épidémies de *bronchite grippale*, observées au service des débiles de la Maternité :

	Mortalité des enfants sains.	Mortalité des débiles.
Epidémie de 1895	6,6 p. 100	67,6 p. 100
— 1896	0 p. 100	16 p. 100
— 1897, mars	0 p. 100	57,4 p. 100
— 1897, novembre	0 p. 100	52,94 p. 100

Cette contagion existe pour toutes les maladies infectieuses : l'ophtalmie purulente, devenue bien rare actuellement, sévira particulièrement chez les débiles. M. Budin a également observé en 1896, à la Maternité, 13 cas de *maladie bronzée*, tous mortels. Les moindres cas de varicelle ou toute autre infection éclatant dans une maternité gagnent tout de suite les débiles et se transmettent de l'un à l'autre avec une effrayante rapidité.

Cette facilité d'infection des prématurés tient à l'insuffisance de leurs moyens de défense, car tous leurs organes sont incomplètement formés; toutes leurs fonctions physiologiques ne s'accomplissent qu'à demi. Nous n'avons étudié que le tube digestif, mais en passant en revue les divers appareils, on verrait partout la même insuffisance : la respiration est faible et peu sensible, le murmure vésiculaire à peine perceptible : le débile ne parvient pas à déplisser complètement les alvéoles de son poumon. Les battements du cœur, toujours faibles, peuvent être ralentis et l'œdème, lié à l'asthénie myocardique, est loin d'être rare. Les reins se laissent encombrer par des infarctus uratiques capables d'amener un certain degré d'insuffisance rénale. Tous les muscles sont flasques, se contractant à peine. Les téguments, rouge vif, mal protégés par un épiderme qui desquame mal, se laissent envahir par l'érythème et les escares.

Telles sont les diverses conditions qui font d'un prématuré un être qui doit être surveillé tout spécialement tant au point de vue de l'alimentation que de l'hygiène.

A. Alimentation. — De même que pour le nouveau-né à terme, il existe pour le prématuré trois modes d'alimentation : naturel, artificiel ou mixte. Ce dernier mode ne présentant rien de particulier à considérer, au point de vue qui nous intéresse, nous n'y reviendrons pas; nous insisterons surtout sur l'alimentation au sein, car ce mode d'allaitement ne comporte que de très exceptionnelles contre-indications.

1° *Alimentation au sein.* — L'aliment des enfants, surtout quand il s'agit de débiles, doit être le lait de femme, de préférence celui de la mère, à son défaut celui d'une nourrice. Les règles générales de ce mode d'alimentation étant les mêmes que pour l'enfant à terme, nous ne reviendrons pas sur les soins du sein, ni sur l'heure ni le nombre des tétées. Notons cependant, qu'il peut être avantageux de porter ce nombre, de 8 à 9 ou même à 10. Mais il nous

faut étudier, ici, la quantité de lait que doit prendre un prématuré.

Quantités de lait que l'enfant doit prendre. — Les chiffres que nous allons citer sont déduits de considérations chimiques et physiologiques qui leur donnent une valeur quasi-mathématique. On sait, en effet, qu'un litre de lait de femme contient environ *125 grammes d'extrait sec* se décomposant ainsi :

Beurre	35	grammes.
Lactose	74 à 75	—
Matières protéiques	12 à 14	—
Sels minéraux	2	—

Le beurre est, de beaucoup, la substance la plus importante au point de vue alimentaire, étant capable de dégager 9 calories 3 par gramme. Quelquefois cette matière peut se trouver en trop grande abondance : le lait est gras, et si l'on n'a pas soin de rationner l'enfant, les digestions deviennent mauvaises, et au lieu de trouver 4 p. 100 environ de beurre dans les selles, on en trouve jusqu'à 30 à 35 p. 100. La lactose, également, est un élément de chaleur. De leur côté, les matières protéiques ainsi que les sels minéraux servent à la formation et à la rénovation des tissus. Enfin, les 875 grammes d'eau contenus par litre de lait répondent au besoin de grande quantité de liquide des tissus du nouveau-né. Nous pouvons résumer dans le tableau suivant la quantité proportionnelle de calories fournies par chacun des éléments du lait.

Le beurre représente 53 p. 100 des calories fournies par 1 litre de lait;

La lactose réprésente 29 p. 100 des calories fournies par 1 litre de lait;

Les albuminoïdes représentent 18 p. 100 des calories fournies par 1 litre de lait.

Or, un nouveau-né a besoin de 100 calories par vingt-quatre heures et par kilogramme de son poids; et M. le professeur Budin fait remarquer très judicieusement que cette quantité doit être relativement plus forte chez les plus petits enfants, car la surface de leur corps, proportionnellement plus grande que leur poids, crée une surface d'évaporation plus étendue. Ce chiffre de 100 calories ne représente, d'ailleurs, que la *ration d'entretien*, celle qui permet de vivre en restant au même poids, ce dont un adulte peut se contenter; mais le nouveau-né demande, en outre, une *ration d'accroissement*, car il doit augmenter chaque jour, aussi la quantité précédemment fixée devient-elle, de ce fait, insuffisante.

En possession de ces considérations théoriques, nous pouvons maintenant déterminer quelle quantité de lait on doit, en pratique, donner, chaque jour, à un enfant débile. Cette question a été complètement élucidée grâce aux travaux du professeur Budin; nous ne pouvons mieux faire que de reproduire, ici, les conclusions auxquelles il arrive. Il faut remarquer, tout d'abord, que les débiles, dans les jours qui suivent la naissance, prennent très peu de lait, mais que la quantité de ce lait avalé chaque jour augmente journellement d'une façon appréciable, jusqu'au neuvième ou dixième jour, environ; à partir de cette époque, la ration quotidienne ne s'accroît plus que très peu, relativement. Nous distinguerons donc :

α. Les enfants, pendant les dix premiers jours;

β. Les enfants, après le dixième jour.

α. *Les enfants pendant les dix premiers jours.* — La quantité de lait est proportionnelle au poids de l'enfant; et, à ce point de vue, M. Budin distingue les prématurés en trois classes : ceux qui pèsent moins de 1800 grammes; ceux de 1800 à 2200; et ceux de 2200 à 2500; en se basant sur un ensemble de 67 observations, l'auteur est arrivé aux chiffres suivants qui représentent les quantités moyennes de lait prises chaque jour par un débile de chacune de ces trois catégories :

	Enfants pesant moins de 1 800.	Enfants pesant de 1 800 à 2200.	Enfants pesant de 2 200 à 2 500.
2e jour..	115gr	128gr	180gr
3e —	160gr	175gr	236gr
4e —	210gr	226gr	295gr
5e —	225gr	308gr	335gr
6e —	250gr	324gr	370gr
7e —	280gr	335gr	375gr
8e —	285gr	350gr	385gr
9e —	310gr	380gr	415gr
10e —	320gr	410gr	425gr

Comme pour l'enfant à terme, la courbe de poids débute par une chute initiale, puis remonte progressivement. Or, toutes conditions égales par ailleurs, cette ascension se fait d'autant plus tôt, et d'une façon d'autant plus rapide, que le poids de naissance est plus élevé. Une conclusion se dégage des chiffres précédents : c'est qu'il faut donner peu de lait au débile pendant les premiers jours qui suivent sa naissance, mais en ayant soin d'augmenter quotidiennement cette quantité, proportionnellement au poids de l'enfant. Du reste, ici comme toujours, c'est l'examen de la courbe de poids qui doit régler l'alimentation : si, en effet, le nourrisson est en bon état, qu'il a des selles bien jaunes, et ni trop ni trop peu abondantes, et que, cependant, sa courbe forme un plateau, il est probable que son alimentation est insuffisante : il suffit, en effet, d'augmenter sa ration journalière pour voir la courbe devenir de nouveau ascendante; d'où cette conclusion capitale en pratique qu'il vaut mieux risquer de donner trop peu, tout d'abord, que trop aux enfants : car, tandis qu'une alimentation insuffisante n'a d'autres conséquences que de rendre le poids stationnaire, la suralimentation ne va pas sans un cortège de troubles digestifs.

β. *Les enfants après le dixième jour.* — En se basant sur un très grand nombre de faits, le professeur Budin arrive à établir cette règle : que l'enfant débile doit boire un peu plus du cinquième de son poids total; un enfant de 2000 grammes, par exemple, prendra 2000 : 5, soit 400 grammes, augmentés de 20 à 30 grammes environ. Ces chiffres ne s'appliquent qu'aux enfants dont le poids oscille entre 1 800 et 2600 grammes; au delà, ils deviennent trop forts : un enfant de 4000 grammes, par exemple, prendra, relativement à son poids total, moins de lait qu'un autre de 2000 grammes. Du reste, ce ne sont là que des moyennes; dans chaque cas, on devra tenir compte de l'état du tube digestif du nourrisson, ainsi que de la composition du lait, en particulier de sa richesse en beurre.

Les heures des tétées sont les mêmes pour le prématuré que pour l'enfant à terme : c'est-à-dire qu'on le mettra au sein toutes les deux heures pendant le jour, ce qui lui fait huit à neuf repas pour vingt-quatre heures. Exceptionnellement, quand il s'agit d'enfants très petits, qui ne prennent que très peu de lait à chaque repas, il peut être utile de les faire boire toutes les heures et demie, pour qu'ils absorbent leur ration suffisante.

Difficultés de cet allaitement. — Quelques difficultés peuvent survenir au cours de l'allaitement au sein, du fait de la faiblesse de l'enfant. Tout d'abord, l'enfant peut ne pas téter : mis au sein, il refuse de le prendre, ou bien il mâchonne faiblement le mamelon entre les lèvres sans exercer de véritables mouvements de succion. On peut y remédier de plusieurs façons : la plus simple consiste à alimenter le débile à la cuiller : la mère extrait elle-même son lait, soit par expression, soit au moyen d'une tétrelle ; puis, à l'aide d'une petite cuiller, on verse ce lait directement dans la bouche de l'enfant. Mais, cette méthode peut échouer, l'enfant rejette, en bavant, le liquide qu'on tente de lui faire prendre. On peut alors tenter l'allaitement par le nez : ce procédé est ancien ; déjà, en 1853, le docteur Henriette (1) [de Bruxelles] l'utilisait : il injectait le lait, dans une narine, goutte à goutte, au moyen d'une petite seringue à bout arrondi, et préalablement stérilisée. M. Saint-Philippe (2) [de Bordeaux] se sert, plus simplement, d'une petite cuiller dont on verse le contenu tantôt dans une narine, tantôt dans l'autre ; en ayant soin de procéder avec beaucoup de douceur, on pourra alimenter ainsi le nouveau-né pendant assez longtemps. L'allaitement par le nez a l'avantage d'être simple et de pouvoir être pratiqué par tout le monde ; malheureusement, il provoque parfois de la toux et de l'éternuement. De même, le lait peut tomber dans les voies aériennes, et devenir ainsi la source de broncho-pneumonie. Cet allaitement est particulièrement difficile quand le nourrisson est atteint de coryza syphilitique ou autre.

Un dernier procédé nous reste à étudier ; c'est le *gavage à la sonde*. Pratiqué pour la première fois par Marchand (de Charenton), il a été érigé en méthode par Tarnier (3) ; depuis, ses élèves (4) ont publié d'importants travaux concernant son application. L'appareil primitivement employé n'est autre qu'une réduction du tube de Faucher : c'est une sonde de caoutchouc rouge, longue de 40 centimètres et de diamètre d'une sonde urétrale ; on y adapte un petit entonnoir de verre, contenant 100 grammes environ : la sonde est introduite jusqu'à la base de la langue ; l'enfant la déglutit spontanément, on la pousse, alors, doucement, pendant environ 15 centimètres ; on verse ensuite le lait dans la cupule, puis quand il a pénétré dans l'estomac, on retire rapidement la sonde. M. Budin (5) a fait construire, en 1886, un petit appareil dont la capsule de verre est graduée jusqu'à 15 centimètres cubes, ce qui permet de mesurer exactement la quantité de lait jugée nécessaire. Ce procédé présente quelques inconvénients : d'abord, il ne peut être pratiqué par tout le monde, ensuite, il peut devenir une source d'infection ; enfin, il est des enfants qui, ayant des vomissements faciles, le supportent mal. On a conseillé de faire passer la sonde par le nez : mais, chez un prématuré les fosses nasales sont souvent trop étroites pour laisser passer le tube ; d'ailleurs, on risquerait de provoquer ainsi la toux et l'éternuement.

D'autres enfants tètent, mais mal, insuffisamment : leurs efforts de succion sont faibles, et le lait ne vient qu'en quantité insuffisante. Le mieux, dans ce cas, consiste à faire, en même temps, téter la nourrice par un enfant plus fort, ce qui assurera une bonne montée laiteuse, dont le prématuré profitera.

Enfin, au cours de l'allaitement, on pourra observer des accidents de gastro-entérite : nous en avons déjà, dans notre premier chapitre, étudié le traitement par la diète hydrique, et les lavages gastro-intestinaux.

Fautes dans l'allaitement au sein. — On peut, au cours de l'allaitement au sein, tomber dans deux erreurs, qui toutes deux peuvent devenir très préjudiciables au débile : l'une consiste à lui donner une alimentation insuffisante ; l'autre, au contraire, à le suralimenter.

α. *Alimentation insuffisante.* — Nous avons vu, précédemment, quelle quantité de lait un prématuré devait prendre journellement, pour augmenter régulièrement de poids. Il peut arriver que, du fait de la nourrice, ou bien d'une alimentation mal réglée, à tétées trop espacées, cette quantité soit insuffisante. Cette faute a deux conséquences : la chute de la courbe de poids, et la production d'*accès de cyanose*. La chute de la courbe de poids doit attirer, tout de suite, l'attention du côté de l'alimentation : si le nourrisson est par ailleurs en bon état, et que, surtout, il ne présente aucun accident digestif, il est bien probable, alors, qu'il est insuffisamment nourri.

La relation entre le défaut d'alimentation et l'accès de cyanose a été établi par le professeur Budin, qui avait été maintes fois frappé de ce fait au service des débiles de la Maternité. Ces accès présentent un aspect clinique assez uniforme : subitement, l'enfant devient bleu, et asphyxie comme si une partie du lait qu'il avalait, avait pénétré dans les voies aériennes ; en même temps, il se refroidit, la température pouvant descendre à 34, 33 degrés, et même au-dessous ; quand l'accès se prolonge, la stase veineuse généralisée peut s'accompagner d'un œdème dur particulier, dit « œdème cyanotique ». Cet accès n'est pas fatalement mortel, tout au moins faut-il y remédier instantanément : l'enfant est aussitôt retiré de sa couveuse, on le déshabille, et on lui frictionne toute la peau des membres et du tronc, en ayant soin de ne pas contusionner les organes abdominaux, et particulièrement le foie. Puis, on exerce des pressions rythmiques sur la cage thoracique, quelquefois, on aura avantage à le placer la tête en bas. Les mucosités de la gorge seront enlevées au doigt ; l'insufflation a, parfois, été nécessaire. Enfin, le nourrisson est plongé dans un bain chaud sinapisé. Une fois la respiration redevenue normale, l'enfant est replacé dans sa couveuse ; une excellente précaution consiste à faire passer dans cette couveuse de l'oxygène, tout au moins par intervalles. Du reste, tant qu'un débile reste sujet aux accès de cyanose, il ne doit pas être retiré de la couveuse. Nous reviendrons, ultérieurement, sur ce point.

Ce n'est là qu'un traitement symptomatique, il faudra, en même temps, s'attaquer à la cause en remédiant à l'insuffisance de l'alimentation. Au besoin, les tétées seront rapprochées, et surtout prolongées de durée. Pour exercer une surveillance efficace, on aura soin d'établir, chaque jour, une feuille spéciale, différente de celle où est tracée la courbe générale du poids, et où l'on marquera les pesées de chaque tétée, individuellement.

β. *Suralimentation.* — C'est là une faute que l'on commettra très souvent si l'on n'y prend garde, car naturellement on est porté à donner à un enfant débile plus de lait qu'il ne lui en faut. On voit ces nourrissons se jeter avidement sur le sein, à chaque fois que la mère lui présente, et téter glouton-

(1) Henriette. *Revue médico-chirurgicale*, 1853.
(2) R. Saint-Philippe. Académie de médecine, 14 avril 1896.
(3) Tarnier. Académie de médecine, 21 juillet 1885.
(4) P. Berthod. *La couveuse et le gavage à la Maternité*, Th. de Paris, 1887.
(5) P. Budin. Leçons de clinique obstétricale, 1889.

nement; à la fin de la journée, la balance montre une grosse augmentation de poids, mais très rapidement apparaissent des troubles gastro-intestinaux : diarrhée, régurgitations et vomissements, et la courbe de poids elle-même commence à fléchir, il faut remédier, très rapidement, à un tel état de choses, en rationnant l'enfant; on l'éloignera de la mère, pour ne lui donner qu'à des heures déterminées, et on aura soin de ne le laisser au sein que quelques minutes à chaque repas. En général, le nourrisson ne tarde pas à se régler, et recommence à augmenter de poids. Du reste, pour éviter cet excès, on emploiera le même moyen de surveillance que nous avons indiqué plus haut, on pèsera, en particulier chaque tétée.

2° *Allaitement artificiel.* — L'allaitement artificiel est loin de donner, chez les débiles, les bon résultats que l'on obtient avec les enfants nés à terme, aussi faut-il, de toute nécessité, resteindre son emploi aux quelques cas où il peut seul être employé, ceci est important, surtout au cours des deux premiers mois. Il n'existe qu'une véritable indication de ce mode d'alimentation, c'est le cas de syphilis congénitale frappant des enfants dont la mère est dans l'incapacité absolue de nourir. Les règles générales de cet allaitement (stérilisation, heures des repas, etc.) sont les mêmes que pour l'enfant à terme, nous n'y reviendrons pas, de même, nous avons étudié déjà les quantités de lait qu'un enfant doit prendre quotidiennement. Une seule question nous reste à résoudre, de quel lait doit-on, de préférence, faire usage? Le *lait d'ânesse* est, à ce point de vue, de beaucoup le meilleur, sa composition se rapprochant beaucoup de celle du lait de femme : 16 p. 100 de caséine (au lieu de 15, chez la femme), 60 p. 100 de lactose (au lieu de 63), 27 p. 100 de beurre (au lieu de 38), et 5 p. 100 de sels minéraux (au lieu de 2,5); sa faiblesse en beurre le rend très facilement digestible pour ces faibles estomacs. Aussi, donne-t-il d'excellents résultats chez les tout petits enfants.

En pratique, il existe une grosse difficulté qui restreint l'emploi du lait d'ânesse, c'est son prix souvent très élevé. Aussi, dans les classes nécessiteuses, sera-t-on forcé d'avoir recours au lait de vache. Ce lait employé pur a donné, même chez les débiles, d'excellents résultats parfois; cependant, contrairemeut à ce que nous avons dit pour l'enfant à terme, il y aura, le plus souvent, avantage à le corriger en le *coupant* d'eau bouillie stérilisée et l'additionnant de lactose.

Le lait de vache peut être, enfin, modifié d'une façon plus profonde; dès 1887 (1), M. Budin s'était demandé s'il n'était pas possible de le rendre plus assimilable, en lui ajoutant tel produit capable de suppléer à la sécrétion glandulaire insuffisante du débile; depuis, il a résolu la question, avec le concours de M. Ch. Michel (2) : le lait de vache est digéré partiellement au moyen des macérations de pancréas de veau; les matières albuminoïdes, surtout, se trouvent modifiées, étant, en partie du moins, transformées en albumoses et peptones. Ce lait ainsi digéré pourra être, ou non, coupé par moitié d'eau lactosée. MM. Budin et Michel ayant expérimenté, d'abord, sur de jeunes chiens, obtinrent des succès qui leur permirent d'appliquer leur procédé à la clinique, et ils en ont obtenu d'excellents résultats.

Du reste, sans avoir recours à ce produit un peu complexe, rien n'est plus facile que de favoriser la digestion du nouveau-né, en lui faisant prendre de la *pepsine*. M. Budin conseille d'employer cette substance sous forme de paillettes dont on fait dissoudre une petite quantité (une pincée, une cuillerée à sels) dans un peu d'eau de Vichy, que l'on fait prendre avant chaque repas. Cette très bonne pratique peut également être employée au cours de l'allaitement au sein.

Enfin, nous citerons, pour mémoire, le *mélange dit de Bretonneau* : ce clinicien attribuant, à l'usage du lait de vache pur, les accidents de gastro-entérite, conseilla de couper ce lait, par parties égales, avec du bouillon. Tarnier en fit usage, puis Mayer (de Vienne), Steffen (de Stettin), etc. Cette préparation ne semble pas en crédit, actuellement, près des accoucheurs français. Dans un but un peu différent, M. Marfan (1) dit l'avoir employé avec succès dans les cas de cachexie gastro-intestinale.

La place nous manque pour développer ce chapitre : ce serait sortir du cadre, forcément très restreint, d'une Revue générale, que d'insister sur toutes les préparations préconisées dans ces dernières années; c'est ainsi que nous devons nous contenter de citer le lait peptonisé de Backham, le lait composé de Gartner, le lait humanisé, etc. (*A suivre.*)

(1) P. Budin. *Leçons de clinique obstétricale.*
(2) P. Budin et Michel. *L'Obstétrique*, 1897.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — Epreuve orale. — Séance du 24 avril 1902. — Questions : « Artère poplitée. — Symptômes de l'insuffisance aortique. » — MM. Sauvet, 16 + 24 = 40; Cantonnet, 15 + 24 = 39; Bourguignon, 13 + 22 = 35; Lemaître, 15 + 18 = 33; Ét. Le Sourd, 14 + 18 = 32; Duval, 13 + 18 = 31; Sénéchal, 12 + 18 = 30; Pillet, 11 + 17 = 28; Giroux, 10 + 16 = 26; Lévy-Franckel, 9 + 15 = 24.

Écoles de médecine. — *Alger.* — Deux concours s'ouvriront le 27 octobre 1902, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine et un emploi de suppléant des chaires de chirurgie à l'École de médecine d'Alger.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Guerre. — MM. les médecins aides-majors de première classe auxiliaires Roubaud et Combier ont été nommés au grade de médecin aide-major de première classe dans le corps de santé des troupes coloniales.

M. le médecin aide-major de première classe Decorse est désigné pour faire partie d'une mission scientifique d'exploration au Chari.

Marine. — M. le médecin de première classe Barbolain, du port de Cherbourg, est désigné pour être chargé du service médical du personnel de la marine à Dakar (Sénégal).

M. Lecœur, médecin de première classe du port de Cherbourg, est désigné pour s'embarquer sur le *Catinat*.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

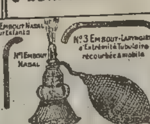
Médaille d'argent. — M. le docteur Deroyer (de Fougères).

Médailles de bronze. — M. le docteur Glennie (de Clères).

(2) Marfan. Loc. cit., p. 394, 395.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17




GARANTIE
SÉCURITÉ

N° 49. — MARDI 29 AVRIL 1902. 75e ANNÉE. MARDI 29 AVRIL 1902. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Paris, le 28 avril 1902.

Le concours de l'internat vient de se terminer vendredi après cinq mois de longues et fastidieuses épreuves. On ne sait ce qu'il faut le plus admirer de la résistance des candidats ou de la patience inlassable du jury.

Bien des réformes sont à introduire dans les rouages surannés de ce concours aujourd'hui centenaire, réformes qu'arrête seule une routine invétérée. Quand on réfléchit qu'il a fallu que dix médecins occupés donnassent, depuis cinq mois, près de la moitié de leur journée professionnelle pour terminer à temps cet interminable concours, on se demande comment l'Administration peut encore trouver des juges?

Mais avant d'esquisser l'étude des réformes à introduire nous voulons uniquement aujourd'hui poser une simple question à l'Administration des hôpitaux.

Parmi les soixante-six candidats nommés, deux sont militaires. L'un est actuellement soldat, et a concouru en uniforme; l'autre n'est soldat qu'en puissance, car il ne sera appelé sous les drapeaux que l'année prochaine. A ce dernier, l'Administration accorde, avec raison, une année de congé; ses quatre années d'internat demeurant entières. Rien n'est plus juste. Les candidats étrangers sont déjà suffisamment favorisés, eux qui ne supportent pas nos charges militaires; et, ce serait pure iniquité de retenir sur les quatre années d'internat le temps que l'interne doit passer sous les drapeaux.

Cependant telle est, nous dit-on, la mesure que l'Administration compte prendre, vis-à-vis du soldat-interne, sous je ne sais quel inexplicable prétexte. Il nous semble que poser la question c'est la résoudre et qu'en aucun cas, l'Administration hospitalière ne peut diminuer à l'un de ses élèves les bénéfices qu'il retire de son concours uniquement parce qu'il obéit à la loi de son pays.

DE LA MÉTHODE DES SUBLUXATIONS RYTHMÉES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

POUR PRÉVENIR LA SYNCOPE CHLOROFORMIQUE

Par M. Ch. VALERY, externe des hôpitaux.

Au moment où la chloroformisation et les accidents auxquels elle peut donner lieu préoccupent, à bon droit, tous les chirurgiens, il nous paraît intéressant de signaler au public médical un moyen essentiellement simple et pratique d'éviter au malade la syncope. Dans les divers services de chirurgie dont nous avons fait successivement partie en qualité de stagiaire ou d'externe, nous avons pu, grâce à cette méthode, obtenir près d'un millier de fois la narcose sans aucune espèce d'alerte.

Le *modus operandi* que nous allons décrire brièvement n'a pas la prétention, disons-le tout de suite, de bouleverser foncièrement les techniques journellement employées; il ne doit être considéré que comme une manœuvre supplémentaire, surajoutée à la méthode classique des doses faibles et continues dont M. Mauclaire, puis M. le docteur Biousse ont récemment précisé les règles ici même.

Le malade étant dans le décubitus dorsal, la tête sur le plan du lit, le tronc soulevé par une alèse plusieurs fois repliée sur elle-même, nous versons le chloroforme sur la compresse en gouttes régulièrement espacées, jusqu'à la période d'excitation. Nous ne négligeons jamais, dans l'intervalle des apports successifs de chloroforme, de soulever énergiquement le maxillaire inférieur au moyen de la pulpe des pouces appliquée sur le bord postérieur des branches descendantes, au voisinage des angles de l'os. Cette précaution, dont notre maître M. Arrou nous a si souvent montré l'importance capitale, ne suffirait pourtant pas à elle seule a éviter l'emploi fastidieux et brutal de la pince à langue, et à assurer une narcose exempte d'accidents.

C'est pourquoi, dès que le malade a atteint la période d'excitation, nous précipitons l'administration des gouttes d'anesthésique; et dans l'intervalle qui s'écoule entre une goutte de chloroforme et celle qui la suit, nous imprimons au maxillaire inférieur des mouvements rythmiques en haut et en avant. Ces subluxations rythmées du maxillaire s'obtiennent d'autant plus aisément que le relâchement musculaire devient plus complet. Elles entraînent et meuvent de mouvements également périodiques l'appareil suspenseur de la langue et conservent au réflexe pharyngien une demi-vigueur qui suffit à la respiration. Leur avantage principal sera donc d'assurer la régularité du mécanisme inspiratoire

malgré la précipitation des doses de chloroforme. Un autre avantage réel et précieux, lui aussi, des subluxations rythmées du maxillaire, c'est de faciliter dans une large mesure l'expulsion des mucosités qui si souvent, en particulier chez les fumeurs et les alcooliques, viennent obstruer les voies respiratoires supérieures.

Pendant toute la durée de l'opération, nous nous appliquons à conserver à notre malade « un réflexe palpébral mou, sur le point de disparaître » (Biousse). C'est là un précepte que nous avions toujours suivi d'instinct et que nous avons été heureux de voir nettement formulé. Ce degré d'anesthésie, suffisant pour les opérations les plus douloureuses, étant obtenu, nous recommençons à espacer un peu plus les doses de chloroforme, sans oublier de faire alterner chacune d'elles avec quelques larges mouvements de subluxations et de déluxations provoquées du maxillaire, suivant un mode régulièrement rythmique. Que la narcose ait été poussée un peu trop loin, que, suivant l'expression de M. Reynier, l'élève ait eu « la main un peu lourde », et l'on pourra voir notre petite manœuvre acquérir toute sa valeur. Grâce à elle, *il ne sera jamais* utile de faire les tractions rythmées de la langue pour la raison que le malade n'arrivera jamais à l'état asphyxique nécessaire pour légitimer ces tractions. Quant à la pince à langue, nous n'avons jamais eu l'occasion de nous en servir, sauf dans les cas tout à fait exceptionnels de certaines opérations sur la face. Mais même dans ces cas, les subluxations rythmées du maxillaire inférieur rendront de grands services à l'anesthésiste, toutes les fois qu'il pourra les pratiquer.

Nous renvoyons pour les détails de l'anesthésie chloroformique aux traités classiques, et aux derniers travaux inspirés par les discussions récentes de la Société de chirurgie. Les règles que nous trouvons édictées un peu partout sont toutes bonnes : il suffit seulement de les appliquer avec vigilance et sang-froid.

Pourtant nous voudrions mettre en garde des collègues plus jeunes contre une petite complication de l'anesthésie sur laquelle, à notre sens, les auteurs n'ont pas suffisamment insisté. Il s'agit de ces cas de kératites superficielles qui abolissent presque complètement le réflexe palpébral. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion dans le service de notre maître M. le professeur honoraire Panas de constater une pareille abolition primitive d'un réflexe extrêmement précieux pour l'anesthésiste. Que faire alors? Le réflexe crémastérien est loin; le pouls est difficile à suivre puisqu'il est essentiel, d'après notre méthode, de ne pas abandonner le maxillaire inférieur. Un bon moyen de surveiller la narcose est alors de se fier aux mouvements d'ampliation du thorax et de l'abdomen, ou mieux encore *à la force des expirations*. Une sensibilité un peu spéciale de la face dorsale de la main, acquise et développée par l'habitude, nous permettra d'apprécier très exactement l'intensité des expirations. Pour mieux constater encore l'existence de l'air expiré il sera utile d'humidifier légèrement l'une de ses mains avec une solution très étendue d'éther. Cet artifice, bien connu des marins qui l'emploient couramment pour se renseigner sur la direction d'une brise faible, permettra de percevoir le plus léger souffle et d'être ainsi fixé sur la force de son émission. Dès que cette émission paraîtra affaiblie d'une façon anormale, il faudra pratiquer sans retard notre petite manœuvre; on évitera ainsi de « laisser mourir » un réflexe dont la demi-existence est nécessaire et suffisante pour la régularité de la fonction respiratoire.

En somme, pour qu'une anesthésie chloroformique soit parfaite à tous points de vue, il faut pouvoir mépriser et la pince à langue, et la syncope : telle est la proposition fondamentale qui se dégage de tout ce qui précède. Un bon moyen essentiellement pratique, singulièrement fidèle, d'arriver à ce double résultat est contenu tout entier dans la méthode des subluxations rythmées du maxillaire inférieur, qu'il nous a paru intéressant de livrer à l'expérimentation journalière des élèves et des praticiens.

PARALYSIE DES MEMRES INFÉRIEURS CHEZ UN GARÇON DE HUIT ANS

CAUSÉE PAR L'USAGE D'UNE TROMPETTE A EMBOUCHURE DE PLOMB

Par M. G. Variot,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Peu de temps après la communication que j'ai eu l'honneur de faire, l'an dernier, à la Société médicale des hôpitaux sur un cas d'intoxication saturnine déterminée par l'emploi d'un gobelet d'étain plombifère chez un enfant de Poissy (1), je recevais dans mon cabinet (le 29 novembre 1901) la visite d'un confrère, le docteur Puche, d'Athies (Somme), qui m'amenait un garçon de huit ans atteint d'une parésie très prononcée des membres inférieurs. M. Puche suspectait une intoxication saturnine chez cet enfant et croyait avoir trouvé le *corpus delicti* dans une trompette à pistons dont l'enfant se servait plusieurs heures par jour. Je mets ce jouet sous vos yeux. L'embouchure ressemble à du plomb dont elle a la couleur, et raie parfaitement le papier comme un crayon (2).

J'examinai le petit malade avec mon confrère, je constatai que la démarche était lente et traînante, que les pieds étaient soulevés difficilement du sol à chaque pas; que l'enfant était incapable de se relever seul lorsqu'il était accroupi, que la contraction musculaire était plus affaiblie dans le triceps crural et dans les extenseurs de la jambe et que la force musculaire était faible dans les muscles des membres supérieurs. Les réflexes tendineux du genou étaient abolis. Il n'y avait ni troubles de la sensibilité bien apparents, ni troubles sensoriels, ni aucune modification fonctionnelle du côté des sphincters. Pas de douleurs spontanées ni provoquées du rachis, pas plus que dans les membres. Pas de déformation rachidienne non plus; aucune apparence de liséré saturnin. Le foie était un peu rétracté; mais les joues n'étaient pas décolorées. La nutrition générale ne semblait pas avoir beaucoup souffert.

Il ne s'agissait évidemment pas d'un mal de Pott; d'après le seul exposé des symptômes ci-dessus, on devait le rejeter; ni d'un début de maladie de Friedreich, malgré la disparition des réflexes tendineux; en effet, si la démarche était lente, elle ne s'accompagnait pas d'incoordination vraie.

Tous les caractères de cette paralysie faisaient songer à des névrites périphériques d'origine infectieuse ou toxique. Les renseignements qui me furent fournis par mon confrère me portèrent à admettre son opinion de paralysie saturnine, tout en faisant quelques réserves, en raison de l'absence du liséré ginginval que j'avais noté dans mes obser-

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 1211.
(2) Présentation à la Société médicale des hôpitaux.

vations antérieures d'intoxication par le plomb chez des enfants.

Nous prescrivîmes d'un commun accord un gramme d'iodure de potassium par jour dans du sirop d'écorces d'oranges amères et de quinquina, des bains sulfureux, du miel soufré chaque matin; des applications de courants faradiques espacés; du massage quotidien. Un litre de lait par jour, des aliments riches en phosphore, et le repos.

Au bout de trois mois de ce traitement, l'enfant était très amélioré; après quatre mois, les accidents ont non seulement rétrogradé mais ont à peu près disparu.

En l'absence du liséré gingival qui manque dans un bon nombre d'observations bien avérées d'intoxication saturnine chez l'enfant, j'avais demandé qu'on recueillît des urines et qu'on les envoyât à M. le professeur Gabriel Pouchet qui devait y rechercher le plomb, mais on eut la malencontreuse idée de cacheter les bouteilles à la cire rouge colorée avec un sel de plomb. Les causes d'erreur étant trop grandes par suite de cette circonstance, le dosage du plomb ne put être tenté dans cette urine.

Par contre la composition chimique de l'embouchure de la trompette a été exactement fixée au laboratoire du Conseil d'hygiène de France, sous le contrôle de M. Gabriel Pouchet.

La teneur en plomb est de 88 p. 100, supérieure à la proportion notée dans le gobelet d'étain plombifère.

Tous ces faits viennent donc corroborer l'opinion de M. le docteur Puche et la mienne sur la cause de la paralysie de cet enfant, qui s'est intoxiqué en jouant très habituellement dans une trompette; il a absorbé ainsi chaque jour par la bouche de petites quantités du plomb de l'embouchure.

Ci-joints quelques détails sur le début et l'évolution de la paralysie, que je relève dans les notes que notre confrère, M. Puche, a bien voulu me transmettre :

« Marcel M... est un petit garçon de huit ans, jusque-là bien portant. Le père et la mère sont en bonne santé; la mère n'a jamais fait de fausse couche, et n'a eu que deux enfants, Marcel et une petite fille âgée de cinq ans, tout à fait saine.

Au commencement d'octobre 1901, à la rentrée des classes, les parents s'aperçoivent que leur petit garçon marche un peu lourdement; il appuie fortement sur le sol, il traîne les pieds; on croit à une mauvaise habitude contractée pendant les vacances qu'il avait passées chez ses oncles. Au bout de quelques semaines, la gêne de la marche s'accentue; en jouant à l'école, il tombe à chaque instant; il ne peut plus courir.

Le 10 novembre, les parents inquiets se décident à consulter. A cette date, l'enfant a peine à marcher, même lentement; il est obligé de s'appuyer sur le bras d'une personne pour marcher une dizaine de mètres. Il ne peut plus monter un escalier sans l'aide de quelqu'un; on a dû cesser de l'envoyer en classe. Il est d'ailleurs devenu faible et maladroit des membres supérieurs : il est obligé de tenir son verre à deux mains pour boire. Il ne sait plus découper ses aliments, ni tourner une clef dans une serrure; la pression par la main est faible. L'appétit de l'enfant, quoique amoindri, n'est pas supprimé; la langue est un peu saburrale, pas de constipation; aucune difficulté ni pour uriner, ni pour aller à la garde-robe. *Les sphincters sont donc respectés.*

L'enfant étant deshabillé, on ne constate nulle part d'atrophie musculaire notable. La peau du visage a pâli sans que l'anémie paraisse très marquée. Il n'y a aucune sensation douloureuse dans les membres, ni crampes, ni fourmillements.

La parésie est symétrique dans les membres inférieurs; l'enfant soulève lourdement les pieds comme dans le steppage. » (Suivent des détails conformes aux constatations faites dans mon cabinet.)

« L'enfant n'avait pas eu d'affection qui pût faire penser à la diphtérie; il n'avait pas eu non plus d'autre maladie infectieuse quelconque et il n'avait pris aucun médicament ni aucune substance toxique.

Ne trouvant pas de cause pour expliquer cette paralysie, j'étais fort perplexe, lorsque me tomba sous les yeux la communication du docteur Variot concernant une intoxication saturnine chez un enfant, déterminée par un gobelet d'étain plombifère. J'allai moi-même chez les parents du petit malade faire une enquête en ce sens, mais sans résultat immédiat. Les enfants buvaient dans des verres, jamais dans des timbales; leurs couverts étaient en argent. Le petit malade vivait d'ailleurs avec sa petite sœur, indemne de toute maladie. Le surlendemain de ma visite, la maman m'écrivit : « J'ai trouvé; Marcel vient par hasard de jouer dans une trompette qui lui a été achetée *au commencement de septembre*; la trompette est en cuivre, mais l'embouchure ressemble à du plomb presque pur; elle raie le papier comme un crayon. »

Le 29 novembre, visite chez le docteur Variot, dont la conclusion est : polynévrite saturnine probable, malgré l'absence du liséré gingival. (On institue le traitement dont le détail a été formulé plus haut.)

La trompette fut confisquée naturellement.

Après un mois de traitement, l'amélioration des troubles paralytiques était déjà manifeste; la marche était plus aisée, les mouvements plus précis dans les membres supérieurs. La force revient lentement mais progressivement.

Actuellement, le 1er avril, l'enfant peut-être considéré comme guéri. Il n'y a plus moyen de le tenir à la maison; il court comme autrefois et veut retourner en classe. Le traitement a duré quatre mois.

Il est à remarquer que l'enfant a joué de la trompette environ pendant un mois avant le début des symptômes paralytiques; il était d'ailleurs très attaché à ce jouet dont il faisait aller les pistons pendant plusieurs heures chaque jour. »

Il n'est guère permis de conserver de doute sur la nature de la paralysie dont nous venons de rapporter l'histoire.

L'enfant a commencé à jouer de la trompette en septembre; il perd ses forces dès le commencement d'octobre, il n'a eu aucune maladie infectieuse, ni aucune intoxication; l'embouchure de la trompette contient 88 p. 100 de plomb. Enfin la marche et l'évolution des troubles paralytiques ont été exactement les mêmes que ceux notés chez d'autres enfants dont l'intoxication saturnine ne pouvait même pas être discutée. Ci-jointe l'analyse chimique d'un fragment de l'embouchure de la trompette faite au laboratoire du Comité consultatif d'hygiène publique sous la direction de M. Gabriel Pouchet.

« L'aspect de cet alliage rappelle celui du plomb sauf en ce qui concerne sa dureté qui est bien supérieure à celle du plomb pur.

L'analyse quantitative complète n'a pas été effectuée; seuls le plomb et l'étain ont été dosés.

Les résultats obtenus sont les suivants :

Plomb pour 100 parties d'alliage. 88 parties.
Etain.......................... 3 —
Antimoine : quantité notable non dosée. »

C'est précisément à la présence de cet antimoine qu'il faut attribuer la dureté de cet alliage quoique très riche en plomb. La petite quantité d'étain contribue aussi à en augmenter la ténacité.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(25 AVRIL 1902)

MM. Marie et Guillain présentent trois malades, atteints tous les trois, avec des particularités différentes, d'une même forme de syringomyélie que les auteurs dénomment : **forme spasmodique de la syringomyélie.** Il est assez difficile de décrire l'aspect morbide de malades qu'on ne voit pas, aussi vaut-il mieux, croyons-nous, dire en quelques mots les caractères cliniques généraux de cette forme de syringomyélie.

L'attitude des malades est caractéristique. Ils ont les bras appliqués le long du tronc, l'avant-bras plus ou moins fléchi sur le bras, les mains en avant du pubis. Les épaules sont surélevées, projetées en avant, la tête est fléchie, enfoncée entre les épaules, le bord externe du trapèze forme souvent un relief très apparent, les creux sus-claviculaires sont profonds. Quand on regarde les malades de dos, on voit qu'ils sont penchés en avant, aussi leur dos paraît-il arrondi ; abstraction faite des déformations scoliotiques possibles. Tout dans leur attitude donne une impression de rigidité, de soudure ; on dirait facilement, dans un diagnostic d'impression, qu'ils sont des parkinsoniens.

Les caractères de la main sont importants à connaître, car eux seuls, dans certains cas, peuvent suffire à justifier un diagnostic de cavité dans la moelle. La main tend à prendre la position de prédicateur, c'est-à-dire que le poignet se trouve en extension dorsale exagérée sur l'avant-bras. Les trois derniers doigts de la main se fléchissent progressivement dans la paume, d'où la nécessité pour les malades de porter dans leurs mains contracturées des corps arrondis pour éviter les ulcérations qui pourraient être produites par les doigts fléchis spasmodiquement, l'index et le pouce ont une apparence tout autre. Longtemps l'index et le pouce conservent une certaine mobilité et rendent des services aux malades qui usent de ces doigts à la manière d'une pince. Plus tard, alors que l'index a tendance à se fléchir, alors que le pouce se met en flexion légère et en adduction, il est encore facile de relever ces deux doigts. Donc aspect très différent du pouce et de l'index d'une part, des trois autres doigts de l'autre. C'est un caractère clinique qui semble très important.

La forme spasmodique de la syringomyélie doit être diagnostiquée avec la sclérose latérale amyotrophique, avec les compressions de la moelle, par fracture ou luxation de la colonne vertébrale, par mal de Pott, cancer vertébral, avec certaines variétés de syphilis médullaire. L'attitude des malades et leur aspect soudé pourrait en imposer aussi pour la maladie de Parkinson, pour la spondylose rhizomélique. Le diagnostic entre la syringomyélie spasmodique et la pachyméningite cervicale, est impossible par la clinique seule.

M. Ménétrier rapporte une observation de gros rein **polykystique chez l'adulte.** Cette observation est intéressante au point de vue clinique, car elle montre que le diagnostic de gros rein polykystique est non seulement possible, mais même relativement facile. Le groupement des principaux symptômes est déjà caractéristique et constitue un type clinique dont les éléments sont, d'une part, les signes généraux et fonctionnels d'une néphrite chronique et, plus tard, des accidents urémiques associés à des douleurs intenses dans les flancs et les lombes. Au surplus, la ponction donne une certitude absolue au diagnostic, puisqu'elle permet de retirer un liquide offrant tous les caractères chimiques de l'urine, preuve de l'origine rénale du kyste et des liquides différents, impliquant forcément une affection polykystique.

Ce cas montre en outre que malgré l'intensité des lésions et la transformation profonde des épithéliums, la sécrétion urinaire persiste dans une certaine mesure et que l'élimination de substances ingérées, telles que l'iodure de potassium, peut se faire sans retard au début tout au moins.

Trois théories peuvent être émises pour expliquer le développement de cette affection : théorie inflammatoire, théorie néoplasique, théorie congénitale. C'est cette dernière théorie qu'accepte M. Ménétrier, parce qu'elle cadre mieux avec tous les détails du fait qu'il a observé.

MM. Ch. Achard et Ch. Laubry rapportent une observation d'**ascite lactescente et de cancer secondaire dans un foie cirrhotique.** La ponction d'une ascite leur a donné un liquide lactescent chez un malade pour lequel le diagnostic hésitait entre la cirrhose alcoolique hypertrophique et le cancer. A l'autopsie, les deux lésions coexistaient : le cancer hépatique était secondaire à un épithélioma cylindrique du côlon. Il présentait une disposition infiltrée plutôt que nettement nodulaire, ce qui était peut-être dû à l'existence préalable de la cirrhose qui empêchait le développement régulier des nodules de généralisation.

Le liquide lactescent, légèrement teinté de bile, ne renfermait que 6,68 p. 1000 de graisse. Il contenait peu de nucléo-albumines, mais la solution de ces dernières était laiteuse. On y a trouvé, en outre, de l'indican.

MM. Achard et Laubry insistent sur les **injections salines et la rétention des chlorures.** Ils démontrent que les effets de ces injections sont complexes et que parmi eux l'un des plus immédiats est celui qui atteint la diurèse. Voici les faits : chez dix-sept malades atteints d'affections variées (pneumonie, broncho-pneumonie, pleurésie, fièvre typhoïde, angine, tuberculose, asystolie, urémie, chorée, anémie hémorragique), l'injection d'un litre de solution de chlorure à 7 ou 10 p. 1000 n'a produit qu'une fois une augmentation importante de la diurèse, chez un sujet déjà polyurique, et dont la polyurie était déjà en voie d'accroissement. Dans les autres cas, le volume des urines était moyen ou faible ; chez un typhique seulement l'injection détermina un accroissement un peu notable (500 centimètres cubes), mais à la période de déclin, alors que l'urine tendait déjà à remonter. Chez les quinze autres sujets, l'augmentation a été faible ou nulle et même six fois il y a eu diminution. Le dosage des chlorures explique ces faits. Un seul malade atteint d'anémie hémorragique s'est comporté comme un sujet sain, éliminant rapidement le chlorure injecté. Dans les autres cas l'augmentation des chlorures a été insignifiante après l'injection et huit fois il y a eu diminution.

M. G. Variot, fait une communication sur un cas de **paralysie des membres inférieurs chez un garçon de huit ans causée par l'usage d'une trompette à embouchure de plomb**. (Voir plus haut, p. 482.)

M. Souques présente un malade atteint d'**hystérie à début sénile**. Il s'agit d'un vieillard de soixante-dix-neuf ans, pris brusquement dans la rue, il y a trois mois, d'ictus apoplectique suivi de perte de connaissance. Actuellement, il présente une hémiplégie gauche motrice et sensitivo-sensorielle qui ressortit à l'hystérie. Les accidents hystériques semblent antérieurs à cet âge et auraient fait leur première apparition il y a six ans. Il s'agit d'un cas d'hystérie à début sénile.

M. Vaillard (du Val-de-Grâce) rapporte une curieuse observation de **fièvre nerveuse**, laquelle a simulé la fièvre malarique à type quotidien chez une femme de vingt ans.

M. Duflocq présente **trois corps étrangers du péricarde** trouvés par hasard dans une autopsie.

PRATIQUE MÉDICALE

Goldmann déclarait l'an dernier, à la Société pharmaceutique allemande, que l'introduction du Protargol dans le traitement de la gonorrhée constitue certainement un progrès thérapeutique considérable, ainsi qu'il a pu s'en rendre compte par un très grand nombre d'observations cliniques. D'après lui les opinions qui sont encore différentes au sujet de la valeur thérapeutique du Protargol résultent de la diversité des modes de préparation des solutions. Celles-ci ne doivent jamais être chauffées et la préparation doit, de même, se faire à froid. Si l'on emploie des solutions fraîches et préparées à froid, le Protargol donnera sûrement des résultats favorables.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 5 AU 10 MAI 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 5 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Rémy et Legry.

2e, *Salle Richet* : MM. Ch. Richet, Retterer et Broca (André).

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Béclard* : MM. Delens, Sebileau et Wallich ; — (2e partie) : MM. Hayem, Brissaud et Bezançon ; — M. Rieffel, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Gosset; — (2e série) : MM. Lannelongue, Mauclaire et Legueu ; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Teissier; — M. Cunéo, suppléant.

MARDI 6 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Ménétrier, Chassevant et Méry.

2e, *Salle Vulpian* : MM. Gley, Retterer et Broca (André).

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Salle Richet* : MM. de Lapersonne, Quénu et Bonnaire ; — (nouveau régime), *Salle Pasteur* MM. Schwartz, Thiéry et Demelin ; — (2e partie), *Salle Charcot* (1re série) : MM. Raymond, Launois et Jeanselme; — *Salle Thouret* (2e série) : MM. Cornil, G. Ballet, et Dupré.

4e (ancien régime) : MM. Brouardel, Proust et Vaquez ; — (nouveau régime) : MM. Chantemesse, Gilbert et Richaud ; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Berger et Rieffel; — (2e série) : MM. Le Dentu, Poirier et Faure; — (2e partie) : MM. Hutinel, Charrin et Thoinot; — M. Renon, suppléant.

MERCREDI 7 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Widal et Desgrez ; — (ancien régime), *Salle Richet* : MM. Fournier, Legry et Bezançon; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Lannelongue, Poirier et Sébileau; — (2e série) : MM. Reclus, Lejars et Walther; — (2e partie) : MM. Landouzy, Gaucher et Wuztz; — M. Broca (Aug.), suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki.

VENDREDI 9 MAI, à une heure. — Médecine opératoire, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Legueu et Rieffel.

3e (2e partie, ancien régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Brissaud et Wurtz.

4e (nouveau régime), *Salle Thouret* : MM. Landouzy, Thoinot, et Richaud ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Reclus et Walther ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Lejars et Cunéo ; — (2e partie) : MM. Hayem, Widal et Tessier; — M. Mauclaire, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Beaudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich.

SAMEDI 10 MAI, à une heure. — Médecine opératoire, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Schwartz, Quenu et Rieffel.

3e (2e partie, nouveau régime), *Ecole pratique*, épeuve pratique : MM. Cornil, Launois et Guiart; — (ancien régime), *Salle Pasteur* : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Renon; — M. Chassevant, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Chantemesse, Charrin et Widal; — (2e série) : MM. G. Ballet, Vaquez et Jeanselme ; — M. Faure, suppléant.

5e (1re partie), *Beaujon* : MM. de Lapersonne, Poirier et Marion ; — (2e partie) : MM. Proust, Gilbert et Dupré; — M. Rémy, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Potocki.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

M. AYRIGNAC. Etude du chimisme gastrique dans les dermatoses; rapport du chimisme urinaire et du chimisme gastrique. — M. CAUTON. Etude sur une variété antérieure des luxations de l'épaule. — M. LE DOSSEUR. Des troubles intellectuels consécutifs à l'intoxication oxycarbonique. — M. DELOR. Des injections intra-trachéales vraies et directes dans le traitement des affections broncho-pulmonaires. — M. GILBERT. Relation entre la chlorose et l'albuminurie des femmes enceintes. — M. THOMIN. Traitement prophylactique des ophtalmies purulentes des nouveau-nés par l'amniodol. — M. DUPUY. Traitement du lupus par le permanganate de potasse. — M. DASSONVILLE. Etude sur le chancre syphilitique de l'urètre chez la femme. — M. FERRAS. Recherches sur la nutrition chez les syphilitiques par l'analyse chimique des urines. — M. GIMBAL. De la sitiophobie et de son traitement. — M. PELLET. Contribution à l'étude de l'hépatoptose. — M. PICART. Etude pratique de l'extension continue et de ses résultats. — M. BORDENAVE. L'analgésie chirurgicale par les injections de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire. — M. DALMAIS. Du rhumatisme dans ses localisations primitives cardiaques. — M. GIRARD. Le foie diphtéritique. — M. REYNAUD. Contribution à l'étude de la douleur phrénique au cours de la tuberculose pulmonaire. — M. TOUSSAINT. Le lait de chèvres de races sélectionnées, son rôle dans l'allaitement. — M. DELAAGE. Description et fonctionnement du service Civiale à l'hôpital de Lariboisière. —

M. Bisch. De la gangrène de fibromes utérins non pédiculés. — M. Marsoo. Du phlegmon ligneux. — M. Limasset. Essai sur l'éosinophilie dans le parasitisme vermineux chez l'homme. — M. Boureille. Le devoir social des collectivités françaises envers les tuberculeux adultes indigents. — M. Sainton. La fièvre typhoïde chez les vieillards. — M. Davicion. Des nodosités rhumatismales chez les enfants. — M. Zarzycki. Des cornes palpébrales. — M. Jean. Etude comparative de la symphyséotomie et de l'opération césarienne conservatrice.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — Epreuve orale. — Séance du 25 avril 1902. — Questions : « Anatomie de la veine cave inférieure. — Symptômes des luxations de l'épaule en avant. » — MM. Genévrier, 13 + 20 = 33 ; Chartier, 12 + 19 = 31 ; Gourmand, 12 + 19 = 31 ; Renaux, 10 + 18 = 28 ; Siégel, 13 + 15 = 28.

— Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — 1. MM. Darré, Gaudeau, Sauvé, Desmarest, Ricou, Cantonnet, Hautant, Chiray, Calvé, Trémolières.

11. Descombs, Taguet, Jacquemin, Guillaume, Capette, Alquier, Morisetti, Lebard, Faure-Beaulieu, Beaufumé.

21. Bréchot, Maurice Camus, Bourguignon, Dehérain, Saillant, Roussy, Thaon, Verliac, Lavenant, Muret.

31. Armand Lévy, Da Silva Paranhos, André Martin, Gaudemet, Lœderich, de Lacombe, Le Play, Villaret, Boisseau, H. Français.

41. Genévrier, Ertzbischoff, Hébert, Foisy, Hautefage, Wicart, Flourens, Robert Klein, Bailleul, Ollier.

51. Ramond, Agasse-Lafont, J. Lemaître, Viteman, Bouchot, Cauchois, Algret, Ferry, R. Français, Auburtin.

61. Bouchez, Rottenstein, Rousseau, Albert Masson, H. Lemaire, Et. Le Sourd.

Internes provisoires. — 1. MM. Béal, Jeannel, Picot, Rendu, Mlle Mouroux, MM. Dobrovitch, Darcanne, Cerise, Deglos, Morel.

11. Juquelier, Gourmand, Perpère, Mlle Maugeret, MM. Roland, Duval, Pater, Dubois, Oppert, Léon-Joseph Tixier.

21. Louis Bloch, Léon-Eugène Tixier, Chartier, Papin, Blandin, Liné, Beaudoin, Sénéchal, Dromard, Lutaud.

31. Rabourdin, Deshayes, Hubert, Sourdille, Magitot, de Martel de Janville, Tassin, Landowski, Georget, Caldaguès.

41. Claeys, Omiécinski, Lafosse, Leénhardt, G. Cottard, Pelletier, Nathan, Pillet, Philibert, Tanon.

51. Claude, Poupardin, Barthélemy, Teisseire, Labadie-Lagrave, Pathault, Siegel (J.), Renaud, Ribot, Dezarnaulds.

61. Jardry, Perreaux.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médaille de vermeil. — M. le docteur Gomot (de Guéret).

Médaille d'argent. — M. le docteur Mathieu (de Vassy).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Dutheil (d'Aubusson), Beaufils (de Clamecy), Masbrenier (de Melun), Cavaillon (de Carpentras).

Marine. — M. le médecin de première classe Roux-Freissineng, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Protet*, dans la force navale des mers d'Orient.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la seizième semaine, 1085 décès, au lieu de 1107 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1065.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de 4 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 9 ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est à peu près stationnaire (36, au lieu de 33).

La variole a causé 5 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 3 ; le nombre des cas nouveaux est stationnaire (19). A Londres, l'épidémie redevient plus meurtrière ; elle a causé 73 décès pendant la quinzième semaine chiffre qui se rapproche de celui constaté pendant la neuvième semaine (75). Elle paraît en même temps s'étendre, car l'est de Londres ne compte cette semaine que 21 décès alors que le sud en compte 29.

La rougeole a causé 31 décès, au lieu de 29 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 32 ; la scarlatine 4 décès, comme la semaine dernière, chiffre identique à la moyenne. La coqueluche, 9 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 19 et 22 pendant les deux précédentes semaines. La diphtérie 17 décès au lieu de 23 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 8 ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins (126) est un peu supérieur à celui des deux semaines précédentes, 109 et 123.

La diarrhée infantile a causé 32 décès de 0 à 1 an, au lieu de 43 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 26.

En outre, 37 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 193 décès au lieu de 195 pendant la semaine précédente et au lieu de 204, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 14 décès (au lieu de la moyenne 18) ; bronchite chronique, 25 (au lieu de la moyenne 30) ; pneumonie, 49 (au lieu de la moyenne 52) ; les autres maladies de l'appareil respiratoire, 105 (au lieu de la moyenne 104), dont 42 sont dus à la congestion pulmonaire et 50 à la broncho-pneumonie. En outre, 12 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 191 décès ; la méningite tuberculeuse, 30 ; la méningite simple, 25 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent 20 ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 51 ; les maladies organiques du cœur, 74 ; le cancer a fait périr 62 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès ; la cirrhose du foie, 10 ; la néphrite, 26 ; enfin, 35 vieillards sont morts de débilité sénile.

Conférences de radiologie médicale. — *Hôpital Saint-Antoine.* — M. le docteur A. Béclère commencera le dimanche 4 mai, à dix heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle de conférences de l'hôpital, une nouvelle série de six conférences sur les premières notions de radiologie, indispensables à la pratique de la radioscopie et de la radiographie médicales.

Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

Exercices pratiques de radiographie. — Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire de M. le docteur Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances, en une quinzaine, tous frais compris.

Conférences de médecine légale psychiatrique (troisième trimestre scolaire). — M. le docteur Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, commencera la troisième série de ses conférences de médecine légale psychiatrique, le vendredi 9 mai, d'une heure et demie à trois heures, et les continuera le mercredi et le vendredi à la même heure, 3, quai de l'Horloge.

Des cartes d'admission sont délivrées au secrétariat de la Faculté à MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants ayant passé leur quatrième examen de doctorat.

Après trois mois d'assiduité à ce cours, un certificat de présence sera régulièrement délivré.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

LA SYMPTOMATOLOGIE DES CIRRHOSES BILIAIRES

D'après le docteur Pierre Lereboullet (1).

Entrevues depuis longtemps par différents auteurs, puis isolées par les travaux de Hanot, de Charcot et Gombault, de Schachmann, de M. Gilbert et de ses élèves, les cirrhoses biliaires viennent d'être l'objet, de la part de M. P. Lereboullet, d'une étude d'ensemble. De cette remarquable étude, nous analyserons seulement ici la partie clinique, la plus importante à connaître pour le praticien.

Le *début* des cirrhoses biliaires est généralement obscur. Parfois, sans doute, un incident pathologique notable peut faire fixer exactement le début apparent de la maladie; mais, même dans ce cas, les symptômes de la cholémie ont précédé le plus souvent ceux de la cirrhose; aussi ne peut-on, d'habitude, déterminer la date du début qu'à six mois ou un an près.

Ce début est le plus souvent marqué par de l'ictère, des troubles gastro-intestinaux, une augmentation notable de volume du ventre, des douleurs localisées surtout aux régions hépatique et splénique. L'ictère peut débuter brusquement, avec les allures d'un ictère catarrhal ou émotif, ou progressivement, en s'accentuant peu à peu. Il apparaît parfois au décours d'une maladie infectieuse, dans le cours d'une grossesse ou peu après l'accouchement avec ou sans symptômes d'angiocholite aiguë; il peut être précédé, pendant une phase plus ou moins longue, d'un prurit intense.

Lorsque l'ictère manque ou est tardif, ce sont des troubles gastro-intestinaux qui attirent d'abord l'attention. Fréquemment observés, ils se caractérisent, suivant les cas, par de l'anorexie, des nausées, des vomissements, parfois bilieux, de la diarrhée, des douleurs abdominales diffuses avec ou sans fièvre. Ils surviennent le plus souvent sans cause nettement appréciable. Parfois, c'est le gonflement du ventre qui frappe tout d'abord le malade. Assez souvent, les malades se plaignent, non plus de douleurs diffuses, mais de troubles localisés à l'hypocondre droit, qui devient lourd, pesant, sensible, et est même parfois le siège de crises très analogues aux coliques hépatiques. Rarement les douleurs siègent dans l'hypocondre gauche et s'accompagnent de tuméfaction de la région splénique (*début splénique* de Popoff). La fièvre peut enfin exister dès le début : elle affecte généralement le type de la fièvre dans l'angiocholite aiguë ou de la fièvre intermittente : parfois elle est, et de beaucoup, le premier symptôme que l'on observe.

A la *période d'état*, l'ictère devient permanent. Parfois très foncé d'une façon permanente, et se fonçant au moment des crises paroxystiques, l'ictère présente en général les caractères de l'ictère vrai biliphéique avec teinte jaune appréciable des téguments et des muqueuses. Dans d'autres cas, il n'existe qu'un subictère chronique ou encore les malades présentent un teint olivâtre, brunâtre ou simplement jaune terreux. Enfin, il peut exister des faits où, sans acholie pigmentaire, on n'observe pas trace d'ictère. L'ictère s'accompagne nécessairement, au moins au début, de prurit qui s'atténue généralement au bout de quelques mois ou se complique d'urticaire. Du côté de la peau, on a encore noté des éruptions lichénoïdes, des taches bronzées, des éphélides, ou encore le xanthélasma des paupières consécutif le plus souvent à l'ictère, et coïncidant peut-être avec des lésions xanthélasmiques du côté du foie (Gaucher).

Le gonflement de l'abdomen est presque constant à la période d'état : il traduit en général la présence d'une tuméfaction notable du foie et de la rate, tuméfaction d'ailleurs variable. Tantôt le foie seul est augmenté (forme splénomégalique), ou au contraire diminué (cirrhose atrophique biliaire); le plus souvent, la rate et le foie sont plus gros que normalement. Le foie a conservé sa forme générale et présente une hypertrophie régulière portant surtout sur le lobe gauche, sa surface est unie, lisse, sa consistance ferme; la palpation en est ordinairement indolore. La rate est dure, douloureuse; on perçoit parfois à son niveau un souffle splénique.

L'absence d'ascite est la règle à cette période. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il existe au début une poussée péritonéale se traduisant par de l'ascite, ou que, à la période terminale, l'ascite s'observe, relevant alors de ses causes habituelles, l'inflammation angiocholitique ayant gagné la veine porte. L'absence de dilatation des veines sous-cutanées abdominales est peut-être moins constante que ne le disait Hanot, et il existe toujours un degré plus ou moins marqué de circulation complémentaire.

Les urines sont modifiées dans leur quantité, d'une façon très variable suivant les cas et, chez un même malade, suivant les jours : il y a généralement polyurie, sauf pendant

(1) Th. de Paris, 1902, Masson et Cie.

les crises. De couleur jaune rouge, ces urines contiennent des pigments et des sels biliaires; l'urobiline, par contre, y est le plus souvent absente. Le taux de l'urée est peu modifié; quant à l'indicanurie et la glycosurie, elles sont exceptionnelles. La recherche de la glycosurie alimentaire donne des résultats variables, de même que la toxicité urinaire. L'élimination intermittente du bleu de méthylène (Chauffard) s'observe assez fréquemment. L'albumine, lorsqu'elle existe, est généralement intermittente; il existe enfin des variations horaires de l'élimination rénale étudiées par M. Gilbert sous les noms d'inversion du rythme colorant normal et d'opsiurie.

Les fonctions digestives sont souvent normales, l'appétit est conservé, parfois exagéré; dans quelques cas, cependant, il existe des troubles dyspeptiques nets, présentant les caractères de la gastrite hyperpeptique. Les matières fécales, malgré l'intensité et la persistance de l'ictère, conservent leur coloration normale; mais elles peuvent se décolorer au moment des poussées d'angiocholite.

A part la dyspnée mécanique, il n'y a pas de symptômes respiratoires importants à signaler. Quant à l'appareil circulatoire, il offre au contraire des lésions assez constantes. A l'auscultation du cœur, on entend surtout des souffles anorganiques; le pouls est régulier et la tension artérielle normale. Les hémorragies sont plus fréquentes dans les cirrhoses biliaires que dans les autres affections hépatiques, épistaxis, hémorragies gingivales, gastro-intestinales, purpura, hématurie, hémoptysie, etc. Quant à l'examen hématologique, il permet de constater, avec une anémie plus ou moins marquée, une leucocytose notable, portant surtout sur les polynucléaires. Signe important, non seulement les ganglions juxta-hépatiques, mais parfois même les ganglions périphériques sont augmentés de volume.

Si, à la période d'état, l'apyrexie est la règle, les crises fébriles sur lesquelles insistait Hanot sont fréquentes. Il existe aussi des formes fébriles où la température reste continuellement élevée, mais avec des variations journalières assez grandes.

Le plus souvent, on note l'intégrité du système nerveux; cependant, il existe parfois quelques troubles du caractère : émotivité, instabilité, et quelque tendance à la somnolence à la période d'état; à la phase de terminaison, les symptômes sont ceux qui accompagnent ordinairement l'ictère grave : convulsions, paralysie, délire, coma. On a noté l'association de la cirrhose hypertrophique biliaire avec des affections diverses du système nerveux.

Au cours de la cirrhose biliaire, il est fréquent d'observer des douleurs articulaires subaiguës ou franchement aiguës, localisées ou généralisées; il s'agit là d'un véritable rhumatisme biliaire signalé par MM. Gilbert et Fournier. La déformation connue sous le nom de doigt hippocratique est extrêmement commune, et indépendante de tout trouble respiratoire : elle n'existe que dans les cirrhoses déjà avancées.

Hanot avait déjà remarqué que la cirrhose hypertrophique biliaire affecte de préférence les sujets chétifs, malingres, à développement physique imparfait. En 1895, Gilbert et Fournier mettent en lumière le retentissement de la cirrhose biliaire infantile sur la croissance des petits malades. L'arrêt de développement est en effet une des conséquences les plus fréquentes de la cirrhose biliaire; les enfants sont frêles, chétifs, leurs membres sont graciles; il peut même exister des stigmates dystrophiques analogues à ceux de la syphilis héréditaire. Quant à l'influence de cette affection sur la puberté, elle est variable : tantôt tout se borne aux symptômes précédents, tantôt la puberté subit un arrêt ou même avorte complètement. Cet infantilisme est d'ordre dystrophique, dû à la lésion hépatique et comparable à l'infantilisme d'origine cardio-vasculaire et à l'infantilisme par hérédité tuberculeuse ou syphilitique (Hutinel).

Les différents symptômes que nous venons d'étudier s'associent de diverses façons pour donner des formes cliniques. De celles-ci, la plus connue est la *cirrhose hypertrophique biliaire*, si bien étudiée par Hanot. Ses caractères généraux sont une énorme hépatomégalie et une hypertrophie splénique toujours moins intense, quoique considérable. La maladie de Hanot s'observe surtout chez les adultes de vingt à trente ans; elle peut aussi frapper les enfants ou les sujets âgés. Les premiers symptômes observés sont l'ictère chronique et l'hépatomégalie, celle-ci entraînant parfois une attitude spéciale du malade.

Le foie, dont le bord inférieur atteint souvent la crête iliaque, est dur, résistant; il augmente peu à peu de volume, plus au moment des crises jusqu'au moment où l'hypertrophie est constituée. Généralement, cette hypertrophie persiste jusqu'à la fin; parfois aussi elle rétrocède à la phase terminale. L'hypertrophie de la rate, tout en restant parallèle à celle du foie, lui est toujours inférieure. Quant aux autres symptômes et à l'évolution de la maladie de Hanot, ils n'ont rien de spécial à ce type anatomo-clinique.

La maladie de Hanot peut être confondue avec les autres gros foies; le diagnostic est généralement facile avec la cirrhose hypertrophique alcoolique, sauf dans les cas où la cirrhose alcoolique ne s'accompagne pas d'ascite, mais d'ictère : dans ces cas les antécédents d'éthylisme, les caractères objectifs du foie, l'évolution de la maladie permettent le diagnostic.

Celui-ci est parfois plus difficile avec l'hypermégalie l'hépato-splénique des paludéens, mais là l'ictère n'est pas un phénomène précoce et constant, il y a plus souvent teinte bistrée de la peau qu'ictère vrai; l'ascite, la circulation veineuse complémentaire viennent plus tard s'ajouter à la cachexie palustre.

Les crises hépatalgiques peuvent parfois faire croire à des coliques hépatiques, mais, réserve faite des cas où lithiase et cirrhose coexistent, l'évolution de la maladie tranche toujours le diagnostic.

La syphilis hépatique est souvent difficile à diagnostiquer, pourtant, d'ordinaire, l'ictère est rare et fugace, accompagné d'ascite, le foie est loin d'être toujours augmenté de volume, il présente, en cas d'hypertrophie, des nodosités dures et douloureuses presque caractéristiques, la fièvre est exceptionnelle. Quant à l'hépatite syphilitique avec ictère chronique de Hanot, elle ressemble étrangement à la cirrhose biliaire hypertrophique et c'est au sujet de ces cas difficiles que l'on peut se demander, avec Hanot, si plusieurs causes n'interviennent pas dans la production de l'hépatite, alcoolisme, syphilis, impaludisme. Dans les cas d'ictère consécutif à un cancer de la tête du pancréas ou des voies biliaires, l'évolution rapide des accidents, l'amaigrissement extrême et la cachexie profonde, l'augmentation de volume moindre du foie, la dilatation de la vésicule biliaire, la décoloration des selles, l'âge peu avancé permettent ordinairement le diagnostic. Dans l'ictère catarrhal pro-

longé, la décoloration des selles est permanente, l'hypertrophie spléno-hépatique est beaucoup moindre. Enfin les cirrhoses pigmentaires ne présentent pas les crises fébriles de la maladie de Hanot, le malade est souvent diabétique, il y a parfois de l'ictère.

En 1895, Gilbert et Fournier ont décrit une autre variété de cirrhose biliaire qui se distingue de la précédente par « la prédominance d'une splénomégalie considérable et la faiblesse de l'hypertrophie hépatique ». C'est là la *forme hypersplénomégalique* que caractérise un développement tel de la rate que la splénomégalie dépasse l'hépatomégalie et forme une tumeur qui attire la première l'attention. Dans ces cas, le poids de la rate est égal ou supérieur à celui du foie, tandis que, dans la cirrhose de Hanot, il n'atteint, en général, guère plus du quart de celui du foie. Cette forme, qui s'observe surtout chez les enfants, présente des modes de début divers : tantôt hypertrophie de la rate, tantôt douleurs abdominales vagues. A la période d'état, l'abdomen apparaît augmenté de volume, surtout au niveau de l'hypochondre gauche : à la palpation, on peut sentir la rate descendant verticalement jusque dans la fosse iliaque, s'avançant transversalement jusqu'à la ligne médiane qu'elle dépasse parfois au niveau ou au-dessous de l'ombilic, dans les cas intenses. Les dimensions verticales de la rate sont toujours supérieures à celles du foie. Au niveau de ces rates monstrueuses (33 centimètres de matité verticale dans un cas) s'observe fréquemment un souffle splénique systolique. La rate présente d'ailleurs des variations considérables de volume au courant de la maladie. Le foie est modérément hypertrophié, l'ictère et les autres signes ne diffèrent pas de ceux déjà décrits.

L'affection qui ressemble le plus à la cirrhose hypersplénomégalique est probablement l'ictère infectieux splénomégalique de Hayem. Bien que, dans ce dernier, il n'y aurait aucun signe de cirrhose, et peu d'hypertrophie hépatique, le diagnostic est souvent difficile, car de l'ictère infectieux splénomégalique à la cirrhose hypersplénomégalique, il ne semble y avoir, le plus souvent, qu'une question de degré. La maladie de Banti diffère surtout par son évolution en trois phases : une préascitique, une intermédiaire, une ascitique; il n'y a pas d'ictère. Dans les cirrhoses hypertrophiques alcooliques anascitiques, la netteté des antécédents alcooliques, l'évolution ultérieure, la présence de circulation veineuse abdominale, l'absence d'ictère franc, de cholurie, etc., permettent le plus souvent le diagnostic. Enfin, toutes les grosses rates devront être distinguées de la splénomégalie de la cirrhose biliaire.

La *cirrhose biliaire microsplénique* ou *asplénomégalique*, isolée par Gilbert et Castaigne en 1899, est caractérisée par des symptômes inverses des précédents. Il s'agit en effet de malades présentant, souvent depuis de longues années, les signes de la cirrhose biliaire sans que la percussion ni la palpation ne révèlent la moindre splénomégalie. Le foie est énorme et présente les lésions typiques de la cirrhose hypertrophique biliaire. Le diagnostic de cette forme est souvent des plus délicats.

La *cirrhose biliaire atrophique* est rare. Elle est d'emblée atrophique — c'est là la véritable cirrhose biliaire atrophique — ou secondairement. Les symptômes sont ceux des cirrhoses biliaires en général, mais l'évolution en est rapide. L'ascite s'observe souvent à la phase terminale.

Les modalités cliniques varient encore avec l'âge : chez le *nouveau-né*, la cirrhose biliaire, quoique exceptionnelle, a été parfois observée et se caractérise par un ictère survenu peu après la naissance, s'accentuant ensuite progressivement, s'accompagnant exceptionnellement de décoloration des matières ; les hémorragies sont fréquentes, la rate presque constamment tuméfiée. L'état général est d'emblée très touché et la mort ne tarde guère. C'est de ce cas qu'on peut rapprocher ceux observés par Manson en 1891. Dans la *seconde enfance*, on peut observer des cirrhoses biliaires typiques, affectant parfois le type familial, et revêtant le plus souvent la forme hypersplénomégalique. Les hémorragies sont ici particulièrement fréquentes, les troubles ostéo-articulaires et le doigt hippocratique très nets. L'arrêt de développement est constant. Le diagnostic est surtout à faire avec la cirrhose cardio-tuberculeuse. Chez les *vieillards*, la cirrhose biliaire existe, mais sa symptomatologie est encore assez peu connue.

Les *cirrhoses biliaires anictériques* s'observent souvent chez l'enfant. Leur symptomatologie ne diffère en rien, sauf l'absence d'ictère, de la symptomatologie habituelle. Dans les cas de ce genre, l'existence d'une cholémie accentuée peut aider au diagnostic. D'autres cirrhoses sont caractérisées par la prédominance des accidents fébriles : la fièvre y est à peu près journalière, à oscillations plus ou moins marquées, irrégulières. Ces *cirrhoses fébriles* sont parfois difficiles à diagnostiquer des accidents hépatiques d'ordre tuberculeux ou syphilitique, sans que d'ailleurs la fièvre modifie sensiblement les autres symptômes.

Dans les *cirrhoses biliaires avec diabète*, il faut distinguer les cas où l'insuffisance hépatique est en cause et d'autres où c'est l'hyperfectionnement du foie qui donne lieu aux symptômes diabétiques. Le diabète est, en tous cas, lié, dans les cirrhoses biliaires, à la lésion du foie : il se pourrait, encore que la chose n'ait pas été démontrée, qu'il modifie l'allure de la cirrhose biliaire.

La *cirrhose biliaire calculeuse* est caractérisée par l'apparition brusque de l'ictère, la décoloration absolue et permanente des matières, l'absence de splénomégalie, la tendance du foie à l'atrophie. L'évolution totale est de deux à trois ans. Certaines de ces cirrhoses durent plus longtemps et arrivent alors à réaliser le type de la cirrhose hypertrophique biliaire. Enfin la production d'*abcès* est exceptionnelle, même à la phase terminale, dans la lithiase biliaire.

Au point de vue de la marche, les *cirrhoses biliaires aiguës* sont des plus rares, même en dehors des cirrhoses du nouveau-né. D'habitude l'évolution est longue : deux à quatre ans, en moyenne; elle est coupée par des crises fébriles, survenant sans cause, caractérisées par des douleurs abdominales, de l'augmentation de volume du foie, par l'aggravation de l'ictère, une fièvre irrégulière — et par des maladies intercurrentes. Presque toujours d'ordre infectieux, celles-ci consistent en pneumonie, érysipèle de la face, tuberculose, etc. La *terminaison* constante est la mort par ictère grave, à moins qu'une complication telle qu'une hémorragie gastro-intestinale ne soit venue abréger les jours du malade. Il existe cependant des cirrhoses datant depuis un temps indéfini (trente ans dans un cas de Schachmann), sans compromettre l'état général. Mais ces cirrhoses, comme les autres, aboutissent au bout d'un temps plus ou moins long à la destruction complète de la cellule hépatique, et, par suite, au syndrome de l'ictère grave.

L. BABONNEIX.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(29 avril 1902)

M. Gautier est revenu sur le **traitement de l'impaludisme par le méthylarsinate sodique** (**arsynal ou arrhénal**). Il possède aujourd'hui 23 cas d'accès pernicieux graves guéris par des injections de 0,05 à 0,10 centigrammes d'arrhénal; dans ces 23 cas, la quinine avait échouée, et la fièvre a été coupée par l'arrhénal. Voilà le fait dominant et qui se retrouve dans chacune des observations de M. Gautier et de quelques-uns de ses collègues qui l'ont suivi dans ces intéressantes expériences.

Voici la pratique employée par M. Gautier :

Dans le type tierce, il donne 0,05 à 0,10 centigrammes d'arrhénal en deux à trois injections répétées à deux jours d'intervalle. Les cas les plus tenaces ont cédé après une rechute, deux au plus, en donnant des rémissions d'apyrexie complète d'une longueur moyenne de plus de cinquante jours, alors que les rémissions, chez les mêmes malades, n'avaient été que de onze jours environ, quand on employait la quinine.

Dans les quartes ou doubles quartes les résultats sont moins satisfaisants. Les rechutes constituent la règle. L'apyrexie a duré en moyenne quinze jours avec les sels de quinine, trente jours avec l'arrhénal; mais il a fallu répéter l'action du médicament, quatre à cinq jours de suite et à la dose 0,10 à 0,20 centigrammes chaque fois.

Enfin, dans les doubles tierces, sans être aussi nombreuses que pour les quartes, les rechutes sont aussi la règle, et les séries de trois à quatre injections doivent être répétées à quelques jours d'intervalle pour assurer la disparition complète de la maladie.

M. Gautier insiste sur la façon de donner l'arrhénal, car il ne suffit pas d'avoir un bon médicament, il faut savoir aussi le manier.

Généralement l'arrhénal doit être donné la veille de l'accès probable, dix-huit heures avant au moins, mais on peut, sans aucun inconvénient que celui de ne pas arriver à temps, le donner en plein accès fébrile.

Lorsqu'on force et répète trop les doses du médicament, non seulement il agit moins, mais il paraît faire reparaître la fièvre.

M. Empis demande à M. Gautier ce que devient la rate après l'injection de méthylarsinate sodique. L'hypertrophie de la rate disparaît en même temps que la fièvre tombe, répond M. Gautier.

M. Laveran est frappé de ce fait que, dans plusieurs des observations de M. Gautier, il est dit que la fièvre avait résisté à la quinine bien qu'on l'eût donnée de nouveau après chaque accès. Mais M. Laveran s'est toujours élevé contre cette manière d'administrer la quinine. Celle-ci, dans les cas d'accès pernicieux, n'agit qu'à la condition d'être donnée, non pas après chaque accès, mais d'une façon continue, même à la dose de 1 gramme par jour, pendant un temps suffisamment prolongé, et dans ces conditions on ne voit pas les accès reparaître après dix jours, comme cela est mentionné dans les observations de M. Gautier.

M. Gautier répond que c'est ainsi que fut donnée la quinine. Il rappelle d'ailleurs qu'il s'agit, dans ses observations, de cas exceptionnellement graves et dans lesquels la quinine, donnée à hautes doses et suffisamment longtemps, s'est montrée inefficace, tandis que l'arrhénal s'est montré tout de suite efficace.

M. Bucquoy confirme l'assertion de M. Gautier, particulièrement pour un cas dont il a été lui-même témoin et dans lequel l'arrhénal a fait véritablement merveille alors que la quinine n'agissait plus.

Il y a des cas, ajoute M. Bucquoy, où l'on se trouve en présence d'une intolérance absolue pour la quinine. Que ferait alors M. Laveran? Celui-ci répond qu'il aurait recours aux injections sous-cutanées de chlorhydro-sulfate de quinine ou même à l'arrhénal qui, après les très intéressantes observations de M. Gautier, semble évidemment tout indiqué. Mais M. Laveran reste bien décidé dans tous les cas à recourir d'abord à la quinine qui a fait ses preuves et qui bien maniée se montre le plus souvent très efficace. Ce ne serait que dans les cas d'intolérance absolue ou d'inefficacité bien démontrée qu'il aurait recours à un succédané tel que l'arrhénal.

C'est encore d'**impaludisme** qu'il s'agit dans une intéressante communication de M. le docteur Battesti (de Bastia), présentée par M. Laveran et relative à la formation d'une ligue en Corse destinée à se défendre contre l'endémie palustre. La brochure de M. Battesti intitulée : « Comment on se défend contre le paludisme, » indique les meilleurs moyens auxquels il faut avoir recours, tels que l'abaissement du prix de la quinine, l'emploi de ce médicament à titre préventif, des moyens de défense contre les piqûres de moustiques, etc. Cette ligue a déjà rendu de grands services et il n'est pas douteux qu'elle n'arrive à diminuer dans de fortes proportions l'endémie palustre en Corse. M. Laveran croit être l'interprète des sentiments de l'Académie en adressant publiquement à M. Battesti toutes les félicitations qu'il mérite.

Signalons encore, parmi les présentations, une note de M. Gamaleïa (d'Odessa), présentée par M. Proust, et relative à **la peste**.

M. Gamaleïa, à l'occasion de deux cas de peste humaine, s'est livré à une détermination zoologique des rats et à la recherche, chez eux, du bacille pesteux.

Les rats d'égout forment 95 p. 100 des rats trouvés sur la terre ferme et dans les ports; dans les navires, les rats domestiques sont en proportion de 93 p. 100. Ils varient, comme espèce, suivant le point d'attache des bateaux.

La peste constatée chez les rats était soit extérieure ou venant des navires, soit interne, c'est-à-dire établie à Odessa.

Tous les cas importés sont restés isolés et ne se sont pas étendus.

Dans la peste locale, on a trouvé trois foyers : le premier, dans un restaurant, où le cuisinier est mort de la peste; la peste s'éteignit quand eurent disparu les provisions alimentaires entassées dans les caves; le deuxième s'est montré sur une plate-forme avoisinant un magasin et où se trouvait du riz avarié; le dernier foyer siégeait dans un très grand magasin appartenant à une compagnie de navigation. La grande quantité des marchandises n'a pas permis d'éteindre le foyer.

L'existence de ces foyers limités fait supposer que le bacille de la peste ne se transmet pas d'un rat d'égoût à l'autre, mais bien par l'intermédiaire des produits alimentaires (le riz) infectés.

Les recherches ultérieures pourront préciser si les rats d'égout sont, en général, peu aptes à contracter la peste naturelle et si leur prédominance actuelle en Europe ne

joue pas un rôle important dans l'immunité de cette partie du monde envers la terrible maladie.

Parmi les pièces de la correspondance, M. le secrétaire perpétuel a donné lecture d'un rapport adressé par M. le général Gallieni sur l'organisation de l'**assistance médicale à Madagascar**. Dans ce rapport, M. le général Gallieni rend un légitime hommage à nos confrères qui ont rendu les plus grands services en présidant à cette organisation.

M. Galippe a lu, en comité secret, un rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section des associés libres. Voici l'ordre de classement des candidats : en première ligne, M. Kermorgant; en deuxième ligne, M. Capitan; en troisième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Beni-Barde, Maurice de Fleury, Leudet et Jules Voisin.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(22 avril 1902)

M. Poirier a fait une intéressante communication sur l'intervention chirurgicale dans les cas de **cancer de la langue**. Cette intervention doit être basée sur une parfaite connaissance des lymphatiques de la langue et des ganglions auxquels ils se rendent. M. Poirier commence donc par une description détaillée, description faite à l'aide de superbes planches, de ces lymphatiques et de ces glandes. Il a fait de nombreuses injections et il arrive ainsi à montrer qu'indépendamment de la glande sous-maxillaire, des ganglions carotidiens, du ganglion sous-mental, il existe encore un ganglion au niveau du croisement de la jugulaire interne avec l'omo-hyoïdien, c'est-à-dire très bas et très loin de la langue elle-même. Cette anatomie des lymphatiques et des ganglions de la région étant bien connue, M. Poirier a cherché un procédé opératoire qui permit d'aller d'abord à la recherche de ces différents ganglions et de les extraire, puis d'aller ensuite attaquer la langue elle-même par les voies naturelles, c'est-à-dire par la bouche. Les injections qu'il a pratiquées lui ayant démontré que, non seulement les ganglions lymphatiques du côté malade de la langue, mais aussi que ceux de l'autre côté étaient toujours pris, M. Poirier, de parti pris, commence par attaquer la région cervicale du côté opposé à la lésion linguale et par la débarrasser de tous ses ganglions; cela fait, il lie la carotide externe de ce même côté. Il recoud et draine. Puis il se porte de l'autre côté du cou, nettoie de même ce côté et enlève tous les ganglions, lie, non seulement la carotide externe, mais aussi la linguale, referme et draine. Dans une troisième phase opératoire, il se porte dans la bouche, soulève la langue, sectionne en haut les piliers, en bas les apophyses geni et enlève le cancer en dépassant largement ses limites. Il a opéré de cette façon 5 malades dont un est mort, probablement par infection, et dont les quatre autres ont parfaitement guéri opératoirement.

M. Routier rappelle que la pratique conseillée par M. Poirier n'est pas nouvelle. Verneuil, déjà, professait qu'il devait être la règle, dans les cas de cancers de la langue, d'aller chercher, dans la région du cou, les ganglions et de faire la ligature des linguales et même, du côté où siégeait le cancer, la ligature de la carotide externe; puis de procéder ensuite à l'ablation du néoplasme par les voies naturelles. M. Routier a procédé ainsi chez plusieurs malades dont un actuellement opéré depuis douze ans sans récidive. Un autre, opéré le lendemain, est mort douze mois après en pleine récidive et en pleine cachexie.

M. Terrier a opéré une femme d'un cancer de la langue, par le procédé ordinaire, il y a quatorze ans. Elle est atteinte de récidive après quatorze années. C'était donc bien d'un cancer qu'elle avait été opérée la première fois, car devant cette absence de récidive, M. Terrier avait pensé qu'il y avait eu erreur de la part des histologistes et qu'il avait eu affaire à une glossite syphilitique. Dans ce cas, comme dans tous les autres qu'il a opérés, M. Terrier a eu recours au procédé ordinaire et n'a pas cru devoir pratiquer ces grands délabrements du cou que propose M. Poirier et qui aggravent singulièrement l'opération. M. Terrier pense que, quoi qu'on fasse, on n'arrive jamais à enlever complètement tous les ganglions. Il se passe pour la langue, ce qui se passe pour l'utérus. Or, on sait bien que, dans les cas de cancer de l'utérus, on n'arrive jamais à enlever tous les ganglions. Suivant les préceptes actuellement admis, dans les cas de cancers du sein, M. Terrier enlève le grand pectoral, le petit pectoral, il fait le curage des ganglions de l'aisselle ; or, il n'a pas remarqué que les résultats de ces interventions fussent de beaucoup meilleurs que les résultats qu'il obtenait autrefois par l'opération alors classique. En un mot, il n'est pas démontré qu'en enlevant tous les ganglions on se mettra plus sûrement à l'abri des récidives et il pourrait, au contraire, y avoir quelque avantage à éviter les graves lésions que M. Poirier propose de faire au cou.

En terminant, M. Terrier fait remarquer qu'il a peut-être un peu subi cet état psychologique qu'il a souvent constaté chez les vieux chirurgiens; les jeunes chirurgiens enlèvent tout ce qu'ils peuvent enlever, en fait de cancers, les chirurgiens plus âgés enlèvent moins, les vieux n'enlèvent plus rien du tout. Telle est la psychologie des chirurgiens en matière de thérapeutique du cancer.

Très juste la remarque de M. Reclus qui dit que tout cela dépend des épithéliomas auxquels on a affaire. Il cite l'exemple d'un malade atteint d'épithélioma se formant sur des plaques leucoplasiques de la langue, qu'il a opéré dix fois en onze ans sans que jamais se soit manifestée la moindre infection ganglionnaire. Il y a donc des cas dans lesquels on peut obtenir la guérison, au moins momentanée, sans qu'il soit nécessaire de se livrer aux grands délabrements proposés par M. Poirier; dans certains même où il existe une certaine infection ganglionnaire, il peut en être ainsi. M. Reclus a pratiqué l'ablation d'un énorme épithélioma bourgeonnant de la face supérieure de la langue et d'un ganglion sous-jacent. L'année suivante, M. Reclus enlève un ganglion du côté opposé. Voilà vingt ans de cela et ce malade vit encore et est bien portant. L'examen de la pièce a été fait par M. Cornil. C'était indubitablement un cancer. M. Reclus cite plusieurs exemples de ce genre, l'un entre autres dans lequel il s'agit d'un malade qui a succombé douze ans après à une récidive après la première intervention qu'il a dû subir pour un cancer. Il y a donc des malades, atteints de cancer de la langue, pour lesquels il n'est vraiment pas nécessaire de recourir à l'ablation des ganglions à l'aide d'une intervention aussi importante que celle que propose M. Poirier.

M. Delbet admet, avec M. Reclus, qu'il y a des différences considérables entre les divers épithéliomas de la langue. Il cite l'exemple d'une malade qui a été opérée par un de ses maîtres d'un épithélioma du côté gauche de la langue avec le thermo-cautère. Malgré cette intervention aussi minime

que possible, la malade guérit sans récidive. Dix ans après elle a eu une récidive qui a nécessité une opération très étendue qu'a pratiquée M. Delbet et elle est morte deux ans après cachectique. Il n'y a malheureusement pas de signes qui permettent de distinguer les cas bénins des cas malins; quoi qu'il en soit, lorsqu'on opère, il faut opérer largement. M. Delbet a vu son maître Trélat, d'abord très interventionniste, s'abstenir ensuite de plus en plus de ces opérations. Ce qui l'en avait détourné, c'était la gravité souvent très grande des résultats immédiats. Ce qui est arrivé à un des malades de M. Poirier arrive encore assez fréquemment et l'on voit assez souvent ces malades succomber quelques heures après l'opération ; comment ces malades meurent-ils? M. Delbet pense qu'ils succombent à un réflexe cardiaque déterminé par l'irritation du laryngé supérieur. Aussi s'abstient-il systématiquement chaque fois que l'opération l'obligerait à se porter vers ce nerf. Enfin dans la large intervention proposée par M. Poirier, M. Delbet voit le grand inconvénient de la communication bien difficile à éviter entre les deux plaies, la plaie buccale et la plaie cervicale.

M. Walther insiste sur la gravité de ces larges interventions sur le plancher de la bouche. Il est toujours intervenu par la voie latérale et n'a pas observé de ces morts rapides qu'on voit survenir trop souvent après les grandes interventions par la bouche. Il a perdu un seul malade d'intoxication après huit jours. M. Walther n'accepte pas l'explication qu'a donnée M. Delbet de ces morts rapides. Elles sont dues, pour lui, à des accidents infectieux. Enfin M. Walther demande quelques explications à M. Poirier sur cette ablation bilatérale des ganglions qu'il a proposée. Il a toujours vu l'infection ganglionnaire se faire du même côté de la lésion linguale.

M. Poirier maintient qu'on obtient de meilleurs résultats thérapeutiques depuis qu'on enlève tout ce qu'on peut enlever. Il ne croit pas au réflexe laryngé invoqué par M. Delbet pour expliquer la mort rapide. Ces morts sont, pour lui, le résultat de l'infection. Enfin il fait remarquer à M. Delbet qu'il n'y a pas de communication entre les deux plaies, comme M. Delbet semble le croire. M. Poirier, répondant à M. Terrier, défend de nouveau le procédé qu'il préconise et insiste sur ce fait qu'il n'entraîne pas de délabrements si graves et si importants qu'on a bien voulu le dire. Il est bien certain pour tout le monde que c'est par les voies lymphatiques que se propage et se généralise le cancer. Ce sont donc les voies lymphatiques qu'il faut poursuivre à outrance. On lui oppose les opérations si larges et souvent si malheureuses que pratiquaient Verneuil et Trélat, mais, ajoute M. Poirier, si ces maîtres étaient incontestablement supérieurs par le cerveau, nous leur sommes, nous, infiniment supérieurs par la main et la propreté. Les opérations qu'ils pratiquaient ne sauraient donc être en aucune façon comparées, à ce point de vue, à celles que nous faisons aujourd'hui.

M. Terrier, tout en admirant la foi de M. Poirier, subit la même influence qu'ont subie Verneuil et Trélat, et, à mesure qu'il a plus d'expérience, est de moins en moins porté à pratiquer ces larges interventions pour le cancer lingual.

M. Legueu, à propos du **rétrécissement de l'angle gauche du côlon** dont a parlé M. Terrier dans la dernière séance, communique le fait suivant. Il y a quelques années il avait dû opérer une malade d'un kyste de l'ovaire; l'opération avait été très simple. Cependant, trois jours après, elle présenta des phénomènes d'obstruction intestinale; il lui fit une nouvelle laparotomie et constata que le côlon descendant était rétracté et que le côlon transverse était dilaté ; à leur point de jonction l'angle paraissait plus aigu, mais il n'a trouvé aucune bride pathologique, et comme, pendant ses manœuvres, les gaz passaient du côlon transverse dans le côlon descendant, il a refermé le ventre. Malgré une débâcle qui s'est produite à la suite, la malade a succombé et à l'autopsie il a, en effet, vu qu'il existait une sorte de bride péritonéale, probablement congénitale, qui, par une traction sur le mésocôlon, serrait l'angle et faisait obstruction.

M. Reynier a fait paraître, sur la ptose du gros intestin, un mémoire qui lui paraît en rapport avec l'observation de M. Terrier. Il a souvent été consulté par des malades se plaignant d'un point douloureux fixe, ne s'accentuant pas par la pression et siégeant constamment au niveau de l'angle gauche du côlon. Après avoir porté différents diagnostics, il avait remarqué que ces malades avaient de la dilatation de l'estomac et qu'il devait en résulter un abaissement du côlon transverse et, par suite, une accentuation de l'angle du côlon. Il lui paraissait donc indiqué d'agir sur la dilatation stomacale; aussi a-t-il toujours conseillé dans ces cas une thérapeutique purement médicale qui, bien souvent, produit un bon résultat. Il ajoute que dans ces cas il est probable qu'il n'y avait pas, au niveau de l'angle gauche du côlon, un point aussi rétréci que dans le cas rapporté par M. Terrier.

Signalons, parmi les présentations, un cas d'**arthrite chronique** avec franges synoviales hypertrophiées, avec genu valgum chez un jeune garçon qui avait été considéré comme atteint de tumeur blanche du genou. Il s'agissait d'une infection staphylococcienne pure.

La Commission pour la prochaine élection d'un membre titulaire de la Société est ainsi composée : MM. Quénu, Legueu et Monod.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le jury du concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste, qui doit s'ouvrir le lundi 12 mai, se compose de MM. Lermoyez, Sébileau, Campenon, Périer, Th. Anger, Balzer et Talamon.

Le jury du concours pour la nomination à trois places de dentiste-adjoint, qui doit s'ouvrir demain jeudi 1er mai, est composé de MM. Combe, Guéniot, Quénu, Routier et A. Béclère.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Baret, du port de Brest, est désigné pour aller servir à la prévôté de Ruelle.

La loi sur la santé publique. — Parmi les membres de la commission chargée de préparer le projet de règlement sanitaire, prévu par l'article 1er de la loi du 15 février 1902, pour l'application des mesures qui rentrent dans les attributions du préfet de la Seine, nous relevons les noms de MM. les docteurs Brouardel, Léon Colin, Cornil, Proust, Roux, Vallin et M. Duclaux, membres de l'Académie de médecine.

La Société de neurologie de Paris tiendra sa prochaine séance, le jeudi 15 mai, 12, rue de Seine, Paris, à neuf heures et demie du matin.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Filhol, membre de l'Académie de médecine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 51. — SAMEDI 3 MAI 1902 — 75e ANNÉE. — SAMEDI 3 MAI 1902. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Alimentation du nouveau-né (1).

Par M. Cyrille JEANNIN,
Interne à la maternité de Lariboisière.

B. HYGIÈNE. — Nous avons dit, au début de ce chapitre, qu'une des principales causes de mort des débiles est le refroidissement; il faut donc s'efforcer de le combattre le plus rapidement et le plus énergiquement possible.

Lutte contre le refroidissement. — On préviendra l'abaissement de température, grâce à plusieurs moyens, tels que les couveuses, les enveloppements ouatés, les bains chauds et frictions, etc. Examinons-les tour à tour.

a. Couveuse. — Avant l'existence de la couveuse, plusieurs procédés avaient été mis en pratique, dans le but de combattre le refroidissement : le plus célèbre est le berceau incubateur de Dénucé (1857), c'est un berceau en zinc, à double fond et à doubles parois, dans l'intervalle desquelles on verse de l'eau chaude. Crédé fit usage de ce berceau à Leipzig.

Tarnier, le premier, a eu l'idée d'utiliser pour les débiles des appareils analogues à ceux employés pour l'incubation artificielle des œufs : sa première couveuse a été installée à la Maternité en 1880 (2). Cet appareil est soigneusement décrit dans tous les Traités d'accouchements (3); nous nous bornerons à en rappeler ici le principe : c'est, en somme, une caisse quadrangulaire, de préférence en verre, avec armatures métalliques et divisée en deux étages : dans l'étage inférieur, on place des boules d'eau chaude; dans l'étage supérieur, est couché l'enfant; l'air arrive par en bas, se réchauffe en traversant tout l'étage inférieur, entoure l'enfant et ressort par en haut. Une petite éponge imprégnée d'eau combat la trop grande sécheresse.

Ce système a été modifié de bien des manières. La couveuse Lion emprunte l'air à l'extérieur et est munie d'un régulateur qui la fait ressembler à une étuve de d'Arsonval. C'est un bon appareil, mais dont le prix, très élevé, restreint forcément, de beaucoup, l'emploi.

Diffre (de Montpellier) emploie une couveuse métallique en forme de berceau; elle est fermée en haut par des vitres et est chauffée par une lampe à pétrole. Elle a l'avantage d'être simple, mais l'inconvénient de répandre une odeur désagréable; de plus, elle coûte cher.

Enfin, M. le professeur Hutinel emploie, aux Enfants-Assistés, une couveuse de faïence, dont le couvercle est en verre. Cette couveuse présente le très grand avantage de pouvoir être, chaque jour, nettoyée facilement et complètement.

Quel que soit le système de couveuse employé, une excellente pratique consiste à y faire passer de l'oxygène : ce gaz arrive par un tuyau de caoutchouc débouchant dans un entonnoir suspendu au-dessus de la figure de l'enfant.

La température de la couveuse doit être maintenue aux environs de 26 à 27 degrés. Au-dessus de cette température, les enfants semblent souffrir; ils s'agitent et suent. Cependant il faudra élever cette température à 30 degrés, pour les très jeunes enfants dont le poids n'atteint pas 1500 grammes environ.

M. Budin conseille d'habiller les enfants placés en couveuse, de peur d'un brusque refroidissement, par négligence dans l'entretien de la température. M. Bonnaire a l'habitude de les y placer nus.

La couveuse est loin d'être un appareil sans défauts : elle exige une surveillance assidue, jour et nuit, si l'on veut éviter les brusques changements de température très préjudiciables à l'enfant; il est, en outre, extrêmement difficile de la tenir aseptique : les infections (1) y éclatent avec la plus grande facilité, d'autant mieux qu'il existe, dans ces conditions, une véritable étuve maintenue à la température la plus favorable au développement des germes pathogènes. Ces germes se trouvent sur les parois et dans les angles de la couveuse; de plus, ils y sont apportés incessamment par le système de ventilation, dont le filtrage est souvent très imparfait. Aussi la bronchopneumonie sévit-elle tout particulièrement sur les enfants placés en couveuse. On a donc cherché à suppléer à cet appareil et on y arrive de deux façons. Dans la pratique de ville, on organisera, très aisément, un *berceau incubateur* : un berceau ordi-

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 48, p. 469.
(2) AUVARD. *Arch. de tocol.*, 1883, p. 577 et suiv.
(3) TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN. *Traité de l'art des accouchements*, t. II.

(1) G. BERTIN. *Infection des nouveau-nés dans les couveuses*, Th. de Paris, 1899.

naire est garni de boules chaudes, l'enfant y est placé soigneusement enveloppé d'ouate. Au besoin, on peut entourer ce berceau d'un véritable protecteur fait de matières mauvaises conductrices de la chaleur, le papier par exemple; le tout est placé devant un bon feu, dans une chambre dont la température sera maintenue vers 20 degrés.

A l'hôpital, on pourrait remplacer les couveuses par une *chambre d'incubation*, véritable couveuse géante, d'aération facile, et dont on n'aurait pas besoin de sortir les enfants pour le change, ce qui les expose aux refroidissements. C'est, du reste, ce qui avait été fait à la Clinique de la Faculté par Pajot, en 1884. Depuis, ce système a été de nouveau essayé, et avec succès, à l'hôpital des Innocents de Florence (1). Il existe, malheureusement, un grave inconvénient à son emploi : c'est la difficulté de faire vivre les nourrices dans une atmosphère à cette température.

Quand l'enfant doit-il être sorti de sa couveuse? Pour résoudre cette question, on tiendra compte de son état général qui doit être satisfaisant, de la disparition des accès de cyanose, de son poids qui doit être de 2280 à 2300 grammes environ, enfin de sa température qui doit se rapprocher de la normale : 36°5 à 37 degrés. Il sera bon, surtout en hiver, de ne pas le sortir brusquement, mais d'abaisser progressivement la température de la couveuse à 24, 21 et 20 degrés C.

β. *Bains.* — Ils rendent de très grands services quand il est nécessaire de réchauffer, très rapidement, un enfant dont la température est tombée notablement au-dessous de la normale. On peut les donner de deux façons : la première consiste à plonger l'enfant dans un bain dont la température a été portée, d'avance, à 38 degrés environ; on l'y laisse durant quinze à vingt minutes environ; l'enfant atteint ainsi 37°5, il est alors retiré et remis en couveuse. Dans le second procédé, l'enfant est placé dans un bain dont la température ne dépasse la sienne propre que de 1 degré, mais que l'on réchauffe progressivement jusqu'à ce qu'elle atteguie 38 degrés, la température de l'enfant étant aux environs de 37°5 à 38 degrés, on le retire au bout de vingt minutes à peu près, pour le replacer en couveuse. Cette seconde manière a l'avantage de conserver plus longtemps le degré de chaleur.

γ. *Frictions et massages.* — Il est bon, surtout quand il s'agit d'enfants très chétifs, d'activer la circulation au moyen de massages pratiqués deux à trois fois par jour, pendant cinq minutes environ, à chaque fois; on pétrit légèrement les parties charnues des membres et l'on fait jouer les articulations. Il est bon, au préalable, de s'enduire la main d'huile chaude ou d'un alcool aromatisé quelconque, l'eau de Cologne, par exemple.

Résultats obtenus avec les enfants débiles. — Nous avons étudié la façon d'alimenter le débile, ainsi que les règles qui doivent présider à son hygiène. Quels résultats obtient-on en observant cette pratique? C'est ce qu'il nous faut examiner, avant de clore ce chapitre. Le professeur Budin (2) a publié, à ce point de vue, des statistiques très démonstratives, dont voici le résumé : pendant les trois années 1895, 1896 et 1897, à la Maternité, les résultats ont été les suivants :

(1) Bori et Guidi. *La Pediatria*, mai 1895, p. 65.
(2) P. Budin. *Le Nourrisson*, p. 116 et suiv.

Pour les enfants de :

Moins de 1200gr,	la mortalité fut de	95	p. 100.
1200 à 1499gr,	—	85	—
1500 à 1999gr,	—	61,34	—
2000 et plus,	—	32,55	—

Pour la totalité des enfants : 40 p. 100 sont sortis bien portants du service. Or, l'importance d'une hygiène bien réglée, où l'on évite soigneusement le refroidissement et les moindres fautes de l'allaitement, ressort de la comparaison de ce tableau avec le suivant, où sont enseignés les résultats obtenus, en 1898, à la clinique Tarnier :

Pour les enfants de :

Moins de 1200gr,	la mortalité fut de	100	p. 100.
1200 à 1499gr,	—	60	—
1500 à 1999gr,	—	13,3	—
2000 à 2500gr,	—	6,4	—

Pour la totalité des enfants, 89,5 p. 100 sont sortis bien portants de la Clinique. Ultérieurement, la mortalité des débiles ne semble pas être plus élevée que celle des enfants à terme; d'après les recherches de M. Budin, 17,4 p. 100 des enfants à terme, mis en nourrice au sein, lors de leur sortie de l'hôpital, sont morts, et 15 p. 100 seulement des enfants sortis du service des débiles.

Quel est l'avenir, physique et moral, du prématuré? On a prétendu que la faiblesse congénitale prédisposait à la « maladie de Little ». M. Budin ne croit pas cette assertion fondée, n'ayant vu qu'un seul cas de cette affection, à la suite d'une intervention pénible, sur 1100 admissions à la Maternité. De même, si plus tard ces anciens prématurés restent faibles et chétifs, ce n'est point à cause de leur débilité lors de la naissance, mais parce qu'ils étaient porteurs d'une tare congénitale, telle que la syphilis. Enfin, les observations semblent prouver que la débilité n'influe en rien, ultérieuremeut, sur le développement intellectuel de l'enfant.

Enfin, une dernière question se pose : les adversaires de l'accouchement provoqué, artificiel, émettent, comme principal argument, le préjudice que l'on fait courir à l'enfant. Il est certain que l'on met ainsi au monde un prématuré, dont la résistance vitale est inférieure à celle d'un enfant à terme. Cependant, la pratique nous montre les excellents résultats obtenus : le docteur Dubrisay (1), sur 8 cas publiés en 1899, ne compte qu'un cas de mort, par gastro-entérite compliquée de broncho-pneumonie. D'autre part, M. Budin (2) a pratiqué 7 accouchements prématurés en 1898 : les 7 enfants sont sortis bien portants de l'hôpital. De semblables résultats ont été obtenus dans les autres maternités de la Charité, Lariboisière, Saint-Antoine, etc. L'accouchement prématuré artificiel reste donc une opération légitime, compromettant peu l'existence de l'enfant.

III

Assistance du nouveau-né. — Nous venons d'étudier, dans les deux premiers chapitres de cette Revue, les règles qui doivent présider à l'alimentation du nouveau-né. La dernière partie de notre travail sera consacrée à l'examen des moyens mis en œuvre pour réaliser, en pratique, l'allaitement idéal. Cette assistance du nouveau-né est effectuée,

(1) L. Dubrisay. Société obstétricale de France, avril 1899.
(2) P. Budin. Loc. cit., Notes et pièces justificatives, n° 16.

en partie par l'Assistance publique, en partie par des fondations particulières. Nous examinerons, tour à tour, ce qui se fait à Paris, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des hôpitaux, et la façon dont sont surveillés les enfants placés en nourrice, en province.

I. Pendant le séjour de la mère dans une maternité. — Il est rare qu'une femme reste dans une maternité plus de dix à onze jours après son accouchement; c'est un laps de temps insuffisant pour tirer l'enfant du péril d'une mauvaise alimentation; au moins, peut-on en profiter pour enseigner aux mères la manière d'élever leurs enfants. Pendant leur séjour à l'hôpital, elles sont tenues de donner le sein, toutes les fois qu'elles le peuvent. Quand la quantité de lait qu'elles fournissent est insuffisante, on complète avec du lait stérilisé ou mieux, avec du lait de femme, quand cela est possible. Les enfants font un repas toutes les deux heures pendant le jour (soit 9, dans les vingt-quatre heures); de préférence, les berceaux sont éloignés des lits des mères pour empêcher la mise au sein en dehors des heures de tétées. Chaque nourrisson possède, pendu à son berceau, sa courbe de poids; sur cette carte, on marquera le poids pour chaque jour, à la même heure, ainsi que tous les incidents de l'allaitement : allaitement mixte, artificiel, mise au sein, etc. En outre, une feuille des pesées des tétées est affectée aux enfants que l'on doit spécialement surveiller. On prendra une idée d'ensemble du pourcentage de chacun de ces modes d'allaitement, d'après un récent travail de M. Maygrier (1), où, sur 2 080 enfants, sortant de la Charité de 1898 à 1901, on relève :

Allaitement au sein : 1489 enfants, soit 71,58 p. 100 des cas;

Allaitement mixte : 483 enfants, soit 23,22 p. 100 des cas;

Allaitement artificiel : 108 enfants, soit 5,19 p. 100 des cas.

Les 108 cas d'allaitement artificiel exclusif se décomposent ainsi :

Dans 7 cas, la mère aurait succombé.

Dans 43 cas, la mère était malade (tuberculose, affection cardiaque, etc.).

Dans 5 cas, il y avait des malformations du sein, ou de la bouche du nouveau-né.

Dans 12 cas il y avait agalactie (c'est-à-dire dans 0,57 p. 100 des cas).

Tel est le fonctionnement d'un service ordinaire de maternité; il existe, en outre, à la Maternité du Port-Royal, un service spécial pour les enfants débiles; nous n'avons pas à en décrire, ici, le fonctionnement, ni les résultats : ceux-ci ont été publiés par le professeur Budin (2). Nous voulons simplement signaler ce fait : les 40 enfants du service des débiles sont confiés à 14 nourrices humides, qui ont, en plus, à nourrir, chacune, leur propre enfant. Ces femmes arrivent à donner, quotidiennement, des quantités de lait vraiment extraordinaires : M. Budin cite, comme chiffre moyen, 2230 *grammes* par nourrice. Or, nous avons vu combien ce lait de la femme est nécessaire, on pourrait dire indispensable, aux enfants débiles.

II. Après la sortie de la maternité. — La mère, en quittant l'hôpital où elle vient de faire ses couches, emmène avec elle son enfant; pour ce dernier commence, vraiment, la période dangereuse; comment sera-t-il nourri? avec quel lait? comment éviter les accidents gastro-intestinaux, etc.? C'est pour obvier à ces difficultés qu'ont été instituées des consultations de nourrissons, tant dans les hôpitaux que dans les fondations particulières (dispensaires, gouttes-de-lait, etc).

a. Consultations de nourrissons dans les hôpitaux. — La première consultation de nourrissons a été créée, à la Charité, par M. Budin, en 1892. Actuellement elle est dirigée par M. Maygrier (1), chef de service à la Charité; ayant été interne, pendant une année, à cette maternité, nous décrirons, comme type, le fonctionnement de cette consultation; celle des autres maternités sont du reste calquées sur ce modèle. Chaque femme, lors de sa sortie, est avertie de l'existence de cette consultation, qui a lieu une fois par semaine : là, l'enfant est pesé et examiné, nu; de même, la mère est surveillée au point de vue de l'allaitement; si elle ne peut pas nourrir ou tout au moins qu'insuffisamment, on lui distribue chaque matin la quantité de lait jugée nécessaire pour les vingt-quatre heures; ce lait, stérilisé quotidiennement à l'hôpital, est d'avance réparti en bouteilles graduées, dont chacune ne doit servir qu'à un repas. Une fiche, qu'elle doit présenter chaque fois, est donnée à chaque mère; sur cette fiche, sont inscrits : la date de naissance de l'enfant, son poids initial, son poids hebdomadaire, la quantité de lait qu'il prend, ces deux dernières données étant indiquées, à nouveau, chaque semaine. Enfin si le nourrisson est malade, on lui formule l'ordonnance jugée nécessaire; on éclaire la mère sur les règles de l'hygiène infantile, la consultation devenant « une véritable école de mères » (Rothschild).

Sur 2000 enfants sortis de la maternité de la Charité, de 1898 à 1901, 321, c'est-à-dire un peu moins d'un sixième, ont été ramenés à la consultation.

Le pourcentage des différents modes d'allaitement, pendant cette période, se répartit comme il suit :

Allaitement au sein	66,66	p. 100
Allaitement au sein, puis mixte	4,36	—
Allaitement mixte	15,26	—
Allaitement mixte, puis artificiel	7,78	—
Allaitement artificiel	5,91	—

Or la mortalité, pendant ces trois années, n'a été que de 2,49 p. 100! Sur 321, 8 enfants ont succombé.

1	est mort de	convulsions (circonstances indéterminées).
1	—	méningite.
1	—	entérite (contractée au Vésinet).
1	—	suite d'opération d'imperforation rectale.
2	—	de bronchopneumonie.
2	—	à la suite de causes inconnues.

Quant à la morbidité, elle a toujours été très faible : un peu de diarrhée passagère attribuable à des écarts de régime, quelques accidents de dentition, quelques bronchites sans gravité. On n'a pas observé un seul cas de choléra infantile, même pendant les plus fortes chaleurs.

Tels sont les excellents résultats obtenus à la Charité. Il existe actuellement des consultations dans la plupart des grandes maternités : clinique Tarnier, la maternité de Tenon;

(1) Ch. Maygrier. *L'Obstétrique*, mai 1901.
(2) Budin. *Le Nourrisson*, p. 63 et suiv. Articles dans l'*Obstétrique*, 1896, 1897, 1898.

(1) Ch. Maygrier. Communication à la Société obst. de France, 1901 (V. l'*Obstétrique*, 15 mai 1901).

il est à espérer que, plus tard, chaque hôpital aura la sienne.

β. *Dispensaires pour les nouveau-nés.* — Les hôpitaux de Paris ne sont pas seuls à posséder des consultations de nourrissons; peu à peu, il s'est fondé de ces consultations en ville et principalement dans les dispensaires; cependant les 33 dispensaires pour enfants malades qui existent à Paris, à l'heure actuelle, sont loin d'avoir tous la leur. La première a été établie, en 1893, par M. le docteur Variot, au dispensaire de Belleville; en 1895, il s'en ouvrait une autre rue du Chemin-Vert, confiée à M. le docteur Chavanne; en 1896, M. de Rothschild en annexait une à son dispensaire de la rue Picpus, et M. le docteur Dubrisay père faisait de même rue Jean-Lantier; en 1898, le Conseil général de la Seine en organisait une nouvelle rue Ordener; enfin, en 1899, trois nouvelles étaient créées : rue Saint-Benoît, rue La Rochefoucauld et rue Gauthey. Actuellement le nombre total des consultations pour nourrissons à Paris est de 20; 12 ont été fondées par l'assistance (dont 5 dans les hôpitaux); 8 relèvent de la bienfaisance particulière.

Le mode suivi dans les dispensaires est essentiellement le même que celui que nous venons d'étudier à propos des consultations dans les hôpitaux. Signalons donc simplement les quelques points particuliers : nous prendrons comme type le Dispensaire de la rue Oudinot, dont les statistiques viennent d'être publiées par les soins de M. Ch. Risler (1), maire du VIIe arrondissement.

La consultation, confiée à M. le docteur Bresset, a lieu une fois par semaine (le jeudi matin); les enfants y sont pesés et examinés complètement. Si la mère peut nourrir son enfant au sein, on lui donne tous les conseils utiles pour la bonne direction de l'allaitement; si elle n'est qu'une nourrice insuffisante ou nulle, on lui distribue du lait stérilisé, soit gratuitement, soit moyennant une légère rétribution qui ne dépasse jamais 30 centimes par litre. Ce lait est du lait stérilisé dans l'industrie; cette distribution est continuée jusqu'à l'âge de deux ans; en outre, on distribue aux enfants âgés de plus d'un an, dont la mère fait preuve de bonne volonté en les amenant régulièrement à la consultation, une certaine quantité de farine de gruau, de blé, de racahout ou de phosphatine. Les biberons, tétines et autres accessoires de l'allaitement, sont fournis gratuitement et renouvelés en cas de besoin. Enfin les vaccinations ont lieu une fois par mois, et tous les jeudis en temps d'épidémie.

Citons maintenant quelques résultats statistiques : en 1900, 422 nourrissons représentant le tiers des enfants inscrits ont été amenés à la consultation. De ce nombre, 136 ont été vus une seule fois, 99 n'ont pu être suivis que pendant moins de trois mois; les 187 autres ont été surveillés pendant trois à six mois (49), six mois à un an (71) et plus d'une année (67), 59 enfants avaient moins de six mois, 65 de six mois à un an, et 63 d'un à deux ans.

Or la mortalité a été de 6,9 p. 100, soit 13 morts sur 187. Les causes de mort ont été les suivantes :

Bronchopneumonie	9
Eclampsie	2
Athrepsie	2

Par contre, la morbidité a été assez élevée, atteignant la proportion de 27 p. 100; ce chiffre s'explique par le fait que la plupart des enfants ont été amenés à la consultation avec des phénomènes de gastro-entérite. On ne peut donc en accuser le mode d'assistance.

(1) *Le Dispensaire gratuit de la rue Oudinot* (Paris, 1901).

La goutte-de-lait. — L'exemple des consultations de nourrissons fondées à Paris, en 1892, a été fructueux; nous venons de dire les ressources que possède actuellement Paris, à ce point de vue; en province, l'importance d'une telle œuvre n'échappe pas aux médecins ni aux municipalités : en juillet 1894, le docteur Dufour (de Fécamp) établissait une consultation de nouveau-nés avec distribution de lait stérilisé, et lui donnait le nom si pittoresquement juste de « goutte-de-lait »; la même année, le docteur Berlioz obtenait de la municipalité de Grenoble la somme d'argent nécessaire pour distribuer, pendant l'été, du lait stérilisé aux enfants pauvres, et les excellents résultats qu'il obtint ont été communiqués, en 1897, à l'Académie de médecine, par le professeur Budin (1). De semblables consultations ou gouttes-de-lait se sont successivement créées dans les principales villes, à Bourg, au Havre, à Nantes, et tout récemment à Versailles (2), si bien que leur nombre actuel, tant en France qu'à l'étranger, s'élève à 90. Nous donnerons, comme exemple, le fonctionnement de la goutte-de-lait de Fécamp, tel que le docteur Dufour (3) nous l'a fait connaître en 1898.

Tous les enfants du premier âge, de Fécamp, sont admis à bénéficier de l'œuvre : ils sont répartis en trois catégories : gratuite, demi-payante, payante. Le lait distribué est du lait de vache coupé de tiers d'eau, et additionné par litre de 15 à 20 grammes de crème fraîche, 35 grammes de lactose, et 1 gramme de chlorure de sodium; il est stérilisé par ébullition à 102 degrés, pendant trois quarts d'heure, dans des petits flacons correspondant à chaque repas. Le docteur Dufour n'a, ainsi, jamais observé ni eczéma, ni gros ventre flasque, etc. La dose de 1200 grammes de lait par jour n'a, du reste, été dépassée que tout à fait exceptionnellement. Cette consultation est devenue très suivie, et par un assez grand nombre d'enfants de la classe payante. Sur 434 nouveau-nés à Fécamp, depuis le 1er juillet 1898 au 1er juillet 1899, 156 vont à la goutte-de-lait, c'est-à-dire plus d'un tiers!

Les résultats obtenus ont été excellents; il suffit, pour s'en convaincre, de regarder, par comparaison la mortalité par entérite, à la goutte-de-lait et dans la ville de Fécamp :

	A la goutte-de-lait.	Dans la ville de Fécamp.
1895-1896	6,80 p. 100	18,18 p. 100.
1896-1897	3,07 —	9,51 —
1897-1898	2,26 —	12,00 —
1898-1899	1,28 —	9,67 —

On voit que la mortalité par entérite a sans cesse diminué à la consultation, alors que le nombre des enfants augmentait d'année en année : 73, 68, 125, 156.

L'été de 1898 a été spécialement meurtrier, en Normandie, au point de vue de la gastro-entérite; or, tandis qu'à la goutte-de-lait, on ne relevait aucun décès, on trouvait que :

(1) P. Budin. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1897, p. 685-688.

(2) Dufour. Une goutte-de-lait au Havre, *La chronique du foyer*, 1er déc. 1898.

(3) Desfosses. La « goutte-de-lait » de Versailles, *Presse méd.*, 3 juillet 1901.

A Rouen, la mortalité par entérite a été de		76,6	p. 100.
A Bolbec	—	66	—
Au Havre	—	51	—
A Fécamp	—	16	—

Ce sont là les mêmes excellents résultats que nous avons constatés dans nos consultations de Paris.

Pouponnières et pouponnats. — Ce sont des établissements fondés dans le but d'épargner aux mères de la classe demi-aisée (commerçantes, employées, fonctionnaires) l'envoi en nourrice, à la campagne, d'enfants qu'il leur est impossible de conserver près d'elles. Les pouponnières ou pouponnats sont établis très près de Paris, et jouissent d'une direction médicale très minutieuse. Il en existe actuellement deux :

La pouponnière de Porchefontaine (à la porte de Versailles);

Le pouponnat de Crépy-en-Valois.

a. *Pouponnière de Versailles.* — Dirigé par un comité médical, à la tête duquel se trouve le docteur Sevestre, cet établissement reçoit un certain nombre d'enfants dont les uns sont nourris gratuitement, tandis que les autres paient une rétribution. Les enfants sont mis au sein de nourrices que l'on choisit, de préférence, parmi les filles-mères. Ces nourrices gardent près d'elles, à la pouponnière, leurs propres nourrissons. C'est là le point le plus intéressant, au point de vue social dans cette fondation : on évite ainsi tous les inconvénients et les dangers auxquels est livré le nouveau-né dont la mère vient se placer dans une ville.

On jugera des résultats par les chiffres suivants : nous les empruntons au professeur Budin (1); il s'agit des enfants sortis du service des débiles de novembre 1896 à novembre 1897. 52 furent envoyés à la Pouponnière. Ces enfants pesaient à l'entrée :

36 pesaient de	2500 à 3000	grammes.
14 —	3000 à 3500	—
2 —	3500 grammes et au delà.	

Tandis qu'à la sortie :

4 pesaient	2500 grammes	et au delà.	
15 —	3000	—	—
16 —	4000	—	—
17 —	5000	—	—

Quelle a été la mortalité? Sur ces 52 enfants, 9 sont morts, 43 ont survécu; la mortalité a donc été de 17 p. 100; ce chiffre est le même que celui de la mortalité des enfants nés à terme à la Maternité et confiés à des nourrices au sein, à la campagne; il est à peu près le même que celui des enfants sortis des débiles, et mis également au sein d'une nourrice. Les causes de la mort se répartissent ainsi :

3 par athrepsie;
2 par syphilis;
1 par vomissement de sang;
1 par fièvre? A l'autopsie : dégénérescence graisseuse du foie;
1 par bronchite;
1 par érysipèle.

b. *Pouponnat de Crépy-en-Valois.* — Le pouponnat de Crépy-en-Valois (2) a été créé pour nourrir et élever, sous une direction médicale, les enfants du premier âge, qui ne peuvent l'être dans leur famille. Les enfants qui y sont admis peuvent y rester jusqu'à la fin de leur deuxième année; ces enfants se divisent en deux catégories : les uns arrivent immédiatement après leur naissance; les autres, dans les mois suivants : ce sont, le plus souvent, des enfants qui ont subi un allaitement défectueux et dont l'état est généralement médiocre.

Les enfants de la première catégorie, c'est-à-dire les nouveau-nés, sont élevés exclusivement au sein pendant les premiers mois; puis par l'allaitement mixte, on les habitue insensiblement à l'allaitement artificiel. L'âge auquel l'allaitement mixte est commencé, essentiellement variable avec l'état du nourrisson, son poids, oscille entre trois et six mois; de même, la durée de cet allaitement de transition est soumise aux mêmes variantes.

On ne peut établir de règles aussi fixes en ce qui concerne les enfants de la deuxième catégorie; on doit, ici, tenir compte des essais d'allaitement antérieur : certains n'ont bu que du lait de vache et le supportent parfaitement; on les met d'emblée à l'allaitement artificiel. D'autres ont toujours été nourris au sein; on les traite comme ceux de la première catégorie. Enfin il en est qui, élevés jusqu'ici soit au sein, soit au biberon, ont un tube digestif dans un état plus ou moins défectueux; ils sont placés au sein pendant beaucoup plus longtemps que les enfants dont l'allaitement a pu être surveillé depuis la naissance.

Le lait dont on fait usage au Pouponnat est toujours du lait de vache, stérilisé. Il est recueilli au pouponnat même et stérilisé sur place au bain-marie; chaque bouteille renferme la valeur d'une tétée; au moment des repas, qui ont lieu, d'une façon générale, toutes les trois heures, le couvercle de caoutchouc est remplacé par une tétine spécialement réservée à chaque enfant et qui, dans l'intervalle des tétées, reste plongée dans un liquide antiseptique. Voici les résultats obtenus de 1894 à 1897 :

Première année : 1894-1895. Enfants entrés au pouponnat : 20; morts, 2 (1 par méningite tuberculeuse; 1 par phlegmon rétro-pharyngien).

Deuxième année : 1895-1896 (premier semestre). Enfants traités au pouponnat : 31; mort, 1 (par cholérine, au cours d'une grave épidémie).

Troisième année : 1896 (deuxième semestre). Enfants traités au pouponnat : 31; mort, 1 (éclampsie).

En résumé, la mortalité a été de :

10 p. 100 en première année;
3 p. 100 en deuxième année;
3 p. 100 en troisième année.

La morbidité a toujours été très faible.

Les crèches. — Ces établissements, actuellement très nombreux tant à Paris qu'en province, sont de la plus haute utilité au point de vue de la sauvegarde des nourrissons. Une crèche permet, en effet, à une mère, ouvrière ou employée, qui ne peut pas passer la journée chez elle, de conserver cependant son enfant. On évite ainsi le placement en nourrice, toujours mauvais et désastreux s'il s'agit de nourrices au biberon; la mère donne le sein elle-même aux heures que lui laisse de libre son travail et pendant le reste de la journée, l'enfant reçoit à la crèche du lait stérilisé. Une salubrité irréprochable, ainsi qu'une surveillance attentive, sont nécessaires pour empêcher ces établissements de devenir des endroits dangereux au point de vue

(1) P. Budin. *Le Nourrisson*, Notes et pièces justificatives, n° 4, p. 330.
(2) E. Millet. Le Pouponnat de Crépy-en-Valois, 30 mois d'exercice, *L'obstétrique*, janvier 1897.

de la contagion des maladies : il faut songer, en effet, aux dangers qu'offre, forcément, toute agglomération d'enfants du premier âge.

Une réglementation récente et très judicieuse ordonne de peser chaque semaine, jusqu'à l'âge d'un an, les enfants reçus dans les crèches subventionnées, le résultat de ces pesées étant soigneusement enregistré. Le seul lait qui puisse y être employé est le lait stérilisé ; aussi quand la crèche doit fermer pour un jour, fait-on la veille une distribution de bouteilles aux mères qui la fréquentent.

De même, ce règlement interdit l'emploi des anciens biberons à tube ; on fait justement usage actuellement des petites bouteilles ne contenant, chacune, que la valeur d'un repas. La nécessité de n'y distribuer que du lait stérilisé ressort de tout ce que nous avons dit au cours de ce travail. Du reste, M. le docteur Drapier (1) [de Rethel] observait, à la crèche H. Noiret, les résultats suivants :

En 1893, la mortalité était de 13 p. 100, avec du lait ordinaire.

En 1894, la mortalité tombait à 5 p. 100, grâce au lait stérilisé.

En 1895, la mortalité tombait à 3 p. 100, grâce au lait stérilisé.

M. le docteur Gauchas (2) a relevé la statistique de quatre crèches pendant les quatre mois d'été de 1898 ; les résultats ont été les suivants :

	Total des enfants.	Entérite simple.	Diarrhée cholériforme.
Crèche Furtado-Heine...	140	32	1
— rue Gauthey.....	24	4	0
— Sainte-Philomène.	74	2	0
— Fénelon-Charles .	44	0	2

Pas un seul décès n'a été constaté, dans aucune de ces quatre crèches.

Donc, pour 282 enfants observés dans ces quatre crèches, la morbidité totale par entérite a été de 14,5 p. 100 ; la morbidité par diarrhée cholériforme de 1 p. 100 ; et la mortalité nulle pendant ce même été de 1898 qui fut, à Paris, si particulièrement meurtrier, par diarrhée.

Ces chiffres prouvent éloquemment les immenses services que peut rendre la crèche, à la condition expresse d'être très étroitement surveillée, surtout sous le rapport de l'asepsie.

Les enfants placés en nourrice, en province. — Il nous reste à envisager un dernier mode d'assistance du nouveau-né, le plus mauvais, il faut en convenir : il s'agit du placement des enfants chez des nourrices habitant la province ; c'est chez ces nourrices que l'Assistance publique envoie les enfants bien portants qui sont déposés aux Enfants-Assistés. Les gardiennes sont soumises à la surveillance imposée par la loi *Roussel*.

Loi Roussel : « Loi du 23 décembre 1874, relative à la protection des enfants du premier âge. » — Nous n'en reproduirons pas ici le texte, que l'on trouve partout. Disons, seulement, qu'elle confie la surveillance des enfants de moins de deux ans, placés en nourrice, sevrage ou garde, en dehors des domiciles des parents, au préfet de police, pour le département de la Seine, et aux préfets, pour les autres départements ; ces fonctionnaires sont assistés d'un comité chargé d'étudier et de proposer les mesures à prendre.

Application de la loi Roussel. — L'application de cette loi est assurée par un règlement d'administration publique, en date du 23 février 1877. On en trouvera le texte *in extenso* dans le traité du docteur Marfan (1). Ce règlement prépose à la surveillance des nourrices, des commissions locales présidées par le maire de la commune ; un médecin-inspecteur assiste aux séances de ces commissions, et y a voix consultative. Ces médecins-inspecteurs doivent se transporter au domicile de la nourrice pour y viser le carnet délivré à cette dernière. Enfin l'inspecteur du service des Enfants-Assistés est chargé, sous l'autorité du préfet, de centraliser tous les documents relatifs à cette surveillance. En pratique, quels résultats obtient-on ? Nous citerons comme résultats, la statistique rapportée par le professeur Budin (2) ; elle a trait aux enfants nés à la Maternité du Port-Royal, en 1896, et confiés à des nourrices au sein, en province. Sur 91 enfants, 15 succombèrent. Les causes de mort furent les suivantes :

Athrepsie	1 cas.
Cholérine	2 —
Broncho-pneumonie............	2 —
Rougeole	1 —
Convulsions......................	2 —
Gastro-entérite.................	2 —
Diarrhée.........................	2 —
Bronchite aiguë................	1 —
Tuberculose aiguë	1 —
Muguet	1 —

Ces chiffres, mauvais relativement à ce que nous avons vu dans les pages précédentes, montrent assez tout ce qu'il reste à faire dans ce sens ; l'idéal, à ce point de vue, serait de pouvoir arriver à se passer de ces nourrices mercenaires, et d'une surveillance toujours difficile. On trouvera, dans les bulletins de l'Académie de médecine, les rapports, faits annuellement, sur l'état de ces enfants, par les soins de la commission de surveillance.

Conclusions. — Nous avons terminé notre travail concernant l'allaitement du nouveau-né ; nous avons insisté, à chaque chapitre, sur l'importance de la question, en citant, à l'appui de nos conclusions, de nombreuses statistiques. Tout l'intérêt d'une pareille étude ressort d'autant mieux que l'on considère quelle est, actuellement, la mortalité de la première enfance. Voici, à ce point de vue, quelques chiffres empruntés au récent travail de MM. Balestre et Gilletta de Saint-Joseph (3) : ces auteurs ont relevé les statistiques des villes de France ayant plus de 30 000 habitants, ce qui constitue une population totale de 3 900 000 personnes. Leurs tableaux vont de 1892 à 1899. Or, il en ressort que la mortalité moyenne des enfants de 0 à 1 an, comparée à la mortalité totale, est de 166,2 p. 1000, c'est-à-dire, suivant les villes, le cinquième, le quart et même le tiers de cette dernière. Les causes de la mort sont :

Les maladies du tube digestif (diarrhée), dans 385 p. 1000 des cas ;

Les affections pulmonaires, dans 147 p. 1000 des cas ;

Toutes les autres maladies, dans 468 p. 1000 des cas.

(1) P. Budin. Loc. cit., p. 312-313.

(2) Gauchas. Communication, in th. de Chaternikoff, Paris, 1899.

(1) Marfan. *Traité de l'allaitement*, append. II.

(2) P. Budin. *Le Nourrisson*, notes et pièces justificatives, n° 5.

(3) Balestre et Gilletta de Saint-Joseph. *Étude sur la mortalité de la première enfance*, Paris 1901.

On voit la part effroyable qui, dans cette statistique, revient à la diarrhée, et, par là même, à un allaitement mal dirigé. Du reste, la proportion des décès par maladies du tube digestif est particulièrement forte pendant les mois d'été (juillet, août, septembre) ; le contraire existe pour les affections pulmonaires, qui sévissent surtout en décembre, janvier et février. Cette léthalité n'est pas uniforme dans toute la France : elle est surtout élevée dans les départements où sévit le plus l'alcoolisme (nord et nord-ouest).

Ces chiffres viennent confirmer puissamment tout ce que nous avons dit concernant la surveillance de l'alimentation et de l'hygiène du nouveau-né, surtout du débile.

Revue bibliographique. — Nous avons, au cours de ce travail, signalé les noms des auteurs qui se sont le plus occupés de l'allaitement du nouveau-né. Nous voulons simplement, en terminant, signaler les principaux, ceux autour desquels se groupent tous les autres. La question de l'allaitement a été étudiée tant au point de vue théorique que pratique. Les travaux théoriques ont porté sur la composition du lait, et ses différences suivant la source dont il provient, ses altérations, sa fermentation, les modifications qu'on peut lui faire subir. L'honneur de cet œuvre revient en partie à l'Institut Pasteur, à MM. Duclaux (1) et Nocard (2) et à plusieurs cliniciens : MM. Charrin, Lesage (3), Marfan, etc.

Au point de vue pratique, la question a soulevé maintes discussions et suscité nombre de travaux. Nous avons vu, au cours de ce travail, les progrès effectués dans la puériculture, grâce à la découverte de Tarnier : la couveuse. Mais il appartenait à son successeur, M. le professeur Budin (4), de mettre, en quelque sorte, la question au point, en l'examinant dans tous les cas que la clinique nous offre. Déjà, dans ses *Leçons de clinique obstétricale*, M. Budin nous indique les moyens pratiques de stériliser le lait ; puis il publie, dans l'*Obstétrique*, une série d'études tant sur l'allaitement naturel que sur l'allaitement artificiel ; plusieurs de ces travaux, faits en collaboration avec M. Michel, ont trait aux modifications à faire subir au lait pour le rendre plus facilement assimilable ; à la Société d'obstétrique, il présente des courbes de poids pour en indiquer les nombreuses particularités concernant la mère et l'enfant. Il inspire plusieurs thèses à ses élèves (5), thèses restées classiques sur ce sujet. Nous ne pouvons donner, en détail, la bibliographie de tous ces travaux ; au reste, on la retrouvera dans le dernier ouvrage du professeur Budin : *Le Nourrisson*, publié en 1900 ; c'est le recueil des dix leçons cliniques professées, en 1899, à la Clinique Tarnier. On y trouve l'étude, très détaillée, de tout ce qui concerne l'alimentation du nouveau-né à terme, et surtout du prématuré. De très nombreuses statistiques viennent donner un appui solide aux conclusions de cet ouvrage. Les leçons sont suivies de tous les documents qui ont servi à la rédaction de ce traité.

Du reste, tous les accoucheurs se sont intéressés à cette question : nous voyons, en effet, à la Clinique Baudelocque, le professeur Pinard mener une campagne énergique en faveur de l'allaitement maternel et de la puériculture.

De même, les médecins d'enfants y consacrent tous leurs soins : M. Variot s'est beaucoup occupé de la question des dispensaires (1) ; M. Marfan publia, en 1899, un *Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge*, excellent manuel où se trouvent tracés les principales règles de conduite vis-à-vis du nouveau-né sain et malade.

Au XIII[e] Congrès international de médecine, tenu à Paris, en août 1900, l'allaitement et l'hygiène du nourrisson sont la base de nombreux rapports et communications ; nous avons déjà eu l'occasion, au cours de ce travail, de citer la discussion qui eut lieu à la section d'obstétrique ; il nous reste quelques mots à dire des travaux de la *section de médecine de l'enfance* : nous verrons ainsi la façon dont est compris l'allaitement artificiel, à l'étranger. Le professeur Jacobi (de New-York) insiste sur la nécessité de modifier la composition du lait de vache ; il conseille de le diluer avec de l'eau, et d'y ajouter du sucre de canne (la lactose étant, d'avance, en proportion suffisante), ainsi que du chlorure de sodium. O. Heubner (de Berlin) considère l'intestin du nourrisson comme capable de digérer le lait de vache aussi bien que le lait de femme, en nécessitant, cependant, un travail digestif plus considérable ; l'auteur admet, suivant ces cas, l'emploi du lait stérilisé pur, ou des différentes préparations ayant pour but de le rapprocher du lait de femme, ou de rendre son assimilation plus facile (lait de Voltmer, Backhaus, etc.), en cas d'échec, il faudra toujours en revenir au lait maternel. Le professeur Monti (de Vienne) fait une étude très complète des principes scientifiques pour la production d'une nourriture sensiblement équivalente au lait de femme ; il considère, à propos du lait de vache, les modifications que l'on peut faire subir à l'acidité, aux matières albuminoïdes et aux graisses, il arrive à cette conclusion que, de tous les procédés d'alimentation artificielle, celui du lait coupé de petit lait est celui qui réalise le moins imparfaitement les conditions naturelles. D'une longue étude du docteur Johannessen (de Kristiania), sur la stérilisation du lait, on peut, avec l'auteur, tirer cette conclusion que la pasteurisation suivie du refroidissement est le procédé qui altère le moins la composition de ce liquide nutritif.

M. Variot s'occupe de la question de l'emploi du lait stérilisé industriellement, dont l'usage s'impose dans les grandes villes ; il croit pouvoir conclure que ce lait donne la même sécurité que celui que l'on prépare à l'aide des appareils de Soxhlet. La place nous manque pour consigner ici les remarques suggérées par ces rapports, aux médecins d'enfants qui se sont occupés de la question : les docteurs Marfan, Sevestre, Escherich, d'Espine, Concetti, Violi, Seitz, Schlossmann, etc. On les trouvera résumées dans les comptes rendus du Congrès. Dans cette même section le docteur Barbellion a mis en valeur le lait de chèvre,

(1) Duclaux. Principes de laiterie, *Le lait*, 1894.

(2) Nocard. *Maladies microbiennes des animaux*, Paris, 1896 ; *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1887.

(3) Lesage. Infections et intoxications digestives, in *Traité des maladies de l'enfance*.

(4) Budin. *Traité de l'art des accouchements* de Tarnier et Budin, t. II ; — *Clinique obstétricale*, 1889 ; — *L'Obstétrique*, 1896, 1897, 1899 (quelques articles en collaboration avec MM. Michel, Perret) ; — Communications à la Société d'obstétrique de Paris, 1899, 1900 ; — *Leçons cliniques de* 1899 ; — Conférence sur l'allaitement faite à l'Association des étudiants (in *Revue rose*, 1901).

(5) Voir en particulier Chavanne. *Du lait stérilisé*, Th. de Paris, 1893 ; — H. de Rothschild. *Allaitement mixte et allaitement artificiel*, Paris, 1898 ; — M[me] Chaternikoff. *Emploi du lait stérilisé chez le nourrisson*, Th. de Paris, 1898.

(1) Mauchamp. *Allaitement artificiel par le lait stérilisé*, Th. de Paris, 1899.

et le docteur Przedniewicz, le lait complet. Enfin, on consultera avec intérêt, à titre de comparaison avec ce qui se pratique en France, le rapport sur la clinique des nourrissons de Dresde, par le docteur Flachs.

Cette année même, la question de l'allaitement a été reprise, au mois de septembre, lors du Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, tenu à Nantes (1); parmi les travaux les plus intéressants, nous notons une étude du docteur Ollive (2), où l'auteur envisage les différents moyens de pratiquer, utilement, la puériculture.

Ce grand nombre de travaux parus sur l'allaitement du nourrisson prouve la haute importance de cette question. Nous n'avons pu l'envisager qu'au point de vue médical; mais le côté social de cette étude n'est pas moins digne d'intérêt; on s'en rendra compte en lisant ce qu'a écrit sur ce sujet, un homme de grande compétence spéciale : en 1900, M. Paul Strauss publie un excellent traité de l'assistance du nouveau-né, montrant ce qui est fait et indiquant ce qui reste à faire. Cette même année, le théâtre, même, livrait la question au public (v. Brieux, *Les Remplaçantes*). Nous résumerons cette étude, par ce principe devenu un axiome : « L'allaitement maternel sera pratiqué toutes les fois qu'il sera possible, c'est-à-dire dans la grande majorité des cas : à son défaut, le lait stérilisé rendra de grands services. »

REVUE DES THÈSES

Sciatique d'origine tuberculeuse, par M. le docteur Georges Villedieu. (Th. de Lyon, 1902.)

« Au cours de la bacillose, comme au cours de toutes les maladies infectieuses, dit M. le docteur G. Villedieu, il peut y avoir des irritations ou des altérations périphériques des nerfs; ces accidents provoqués par le poison tuberculeux peuvent porter sur le sciatique; d'où le nom de sciatique tuberculeuse (Poncet).

De telles localisations de la tuberculose n'ont rien qui doive nous étonner si l'on songe à la variabilité des formes articulaires que peut revêtir la bacillose, depuis que M. le professeur Poncet et ses élèves ont jeté un nouveau jour sur les modalités cliniques et anatomo-pathologiques de cette affection qui engendre les variétés de lésions connues aujourd'hui sous le nom de « rhumatisme tuberculeux ». Ces lésions ont, du reste, été microscopiquement démontrées.

Cette forme de sciatique n'a pas d'élection de siège qui lui soit propre sur les branches du nerf, ni aucun mode évolutif qui lui donne un cachet spécial. Comme les névrites, elle peut être sensitive, motrice et trophique; elle peut aussi acquérir une intensité variable.

Elle revêt une sorte de protéisme capricieux dans le mode de son évolution; parfois à début brusque, elle est bien plus souvent insidieuse, et c'est par degrés qu'elle atteint son summum.

Elle est assez fréquente : M. Peter, sous le nom de sciatique chez les phtisiques, l'a rencontrée 1 fois sur 117 tuberculeux; nous en avons recueilli 11 observations.

Il faut distinguer cette sciatique des douleurs vagues, erratiques que l'on trouve souvent chez des tuberculeux et qui peuvent se rencontrer sur le sciatique, mais qui n'ont aucun signe de fixité; il faut aussi la distinguer des sciatiques qui sont le résultat d'une compression d'origine tuberculeuse et des sciatiques ayant une étiologie autre et que l'on rencontre chez des bacillaires.

Ce qui caractérise surtout cette affection, c'est la continuité de la douleur qui ne nous a pas paru revêtir la forme paroxystique.

Le pronostic n'est pas grave en lui-même, bien qu'on ait signalé quelquefois la possibilité d'une névrite ascendante multiple. »

Les exostoses, par M. le docteur Mailland. (Th. de Paris, 1902.)

Ce travail sur les exostoses (1) est divisé en deux parties. Dans la première, après avoir donné un aperçu des exostoses en général, M. Mailland étudie celles qui, liées au développement du squelette, sont le résultat d'une ossification enchondrale et auxquelles on réserve ordinairement le nom d'ostéogéniques ou de croissance. La seconde partie comprend l'étude des ossifications d'origine périostique ou médullaire qui, sans relations avec l'accroissement en longueur du squelette, sont dues à un travail inflammatoire d'ordre quelconque, ce qui permet de les réunir sous le nom général d'exostoses inflammatoires : exostoses syphilitiques, exostoses tuberculeuses, ostéomyélites, exostoses puerpérales.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène de la femme [enfant, jeune fille, femme, mère, aïeule] (2), par les docteurs Platon et Sépet.

Avant d'entrer en plein dans leur sujet et d'envisager successivement les quatre âges de la femme, les docteurs Platon et Sépet, dans un exposé anatomique, rappellent que les différences entre les deux sexes ne portent pas sur toutes les grandes fonctions, et que si la femme se laisse entraîner plus facilement par son imagination, si les modifications de son esprit sont plus vives, c'est d'abord à l'influence de l'instinct de la génération qu'il le faut rapporter.

Dès les premières pages du livre, décrivant l'hygiène de la femme-*enfant* et donnant des conseils sur le maillotage, sur la chambre, sur l'hygiène alimentaire et les soins de propreté, sur la nécessité des revaccinations à laquelle la femme échappe plus facilement que l'homme, on a l'impression de l'idée directrice des auteurs : défense de la femme et, par contre-coup, de l'enfant.

Faisant œuvre à la fois de gynécologue et de médecin, ils discutent la conduite à tenir pendant la crise de la puberté, le choix des vêtements à faire porter à la *jeune fille* y est judicieusement indiqué, de même que celui des exercices qu'il faut lui faire rechercher, depuis l'équitation jusqu'à l'automobilisme, en passant par la natation, si recommandable et à la portée de toutes.

Le chapitre des « Indications et contre-indications du mariage » vient ensuite; à sa lecture on comprend que c'est un livre d'éducation pour tous, en même temps qu'un livre d'évolution qu'ont voulu publier nos confrères; plus ou moins directement, le grand public en bénéficiera.

Reprenant les idées émises dans la presse médicale ou sur le Théâtre-Libre, ils nous parlent tour à tour des avariées, qu'elles le soient plus ou moins, innocentes ou non; des tuberculeuses, des hystériques, des épileptiques, etc., et ils démontrent comment il faudrait que se fît entendre la voix du médecin pour conjurer ou atténuer ces dangers sociaux. La natalité dans notre cher pays de France ne pourrait qu'y gagner en quantité et en qualité.

Mais voici la jeune fille mariée. En quoi consistera l'hy-

(1) Compte rendu du Congrès périodique de gynécologie et de pédiatrie, in *Presse méd.*, oct. 1901.

(2) Ollive et Schmitt. *La défense de l'enfant*, Nantes, sept. 1901.

(1) In-8°. 173 p., 3 pl. Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, C. Naud.

giène de la *femme?* Quels seront ses débuts dans le mariage? Pourquoi et comment doit-elle éviter la stérilité? Ces questions sont traitées avec un soin de détail qui se montre bien plus encore, si possible, dans la relation de la *grossesse*, de l'*accouchement* et des *suites de couches*. Nous ne voulons y retenir que deux choses : la technique du chloroforme à la « Queirel » et celle des injections vaginales, technique ignorée de beaucoup de femmes, sans parler seulement des profanes à notre art. Tout est à connaître dans cette étude et dans celle de l'instruction de la mère devenue nourrice, car, à peu d'exceptions près, toute mère peut et doit nourrir.

Mais voici venue l'heure d'une nouvelle transformation génitale de la femme, prélude de la période d'involution de la *vieillesse*. Grâce aux conseils d'hygiène indiqués dans l'ouvrage, celle qui a été *mère*, qui va être bientôt *aïeule*, pourra sans grand retentissement physique affronter cette épreuve nouvelle de sa vie sexuelle.

Tel est, sèchement résumé et succinctement analysé, le travail des docteurs Platon et Sépet. Coquettement édité, bien écrit, il remplira le but que lui ont assigné ses auteurs.

Pour le médecin, de par sa forme et de par son fond, il constitue beaucoup mieux qu'un aide-mémoire; pour la sage-femme, il est le *livre nécessaire;* pour les femmes qui réclament pour elles et pour les leurs santé et beauté, il met au point des questions jusqu'ici ébauchées seulement dans des précis.

Livre d'évolution, livre de défense de la femme et de ce qui est sa chair, l'*Hygiène de la femme* a droit à un légitime succès; en l'écrivant, ses auteurs ont fait une bonne action qui restera.

Dr FRANÇOIS,
Médecin des hôpitaux de Marseille.

Traité des maladies de l'enfance (Lehrbuch der Kinderkrankheiten) (1), par M. le docteur Ad. BAGINSKY.

Ce livre qui en est à sa septième édition se signale par le seul nom de son auteur; son succès mérité s'explique par différentes raisons : c'est d'abord un manuel très complet qui traite non seulement des maladies communes et générales, mais embrasse toute la pathologie infantile, y compris les affections du système nerveux, du système génito-urinaire et d'organes tels que les yeux, le nez, les oreilles, le larynx, la peau. Les maladies ou lésions propres à chacun de ces organes forment l'objet de nombreux chapitres spéciaux qui s'ajoutent aux détails donnés sur ces mêmes organes à l'occasion de chaque maladie générale toutes les fois que le sujet traité l'exige; la description de ces affections, trop négligées souvent dans les manuels généraux, qui tiennent cependant une si grande place dans la pathologie infantile, occupe ici la large part qui lui convient et contribue à donner au livre un intérêt vraiment pratique et une allure bien moderne.

Un des traits tout à fait particuliers, tout aussi pratiques, qui caractérise encore ce livre a dû contribuer le plus à son succès, c'est l'importance donnée aux chapitres thérapeutiques dans lesquels l'auteur n'a pas craint d'entrer à propos de chaque maladie dans l'énumération de nombreux médicaments, le détail des doses et le mode d'emploi propres à chacun d'eux; j'ajoute qu'un formulaire général des médicaments les plus employés pour les enfants, ainsi qu'une table alphabétique indiquant les doses auxquelles il convient de les employer à leur âge, viennent encore en aide d'une manière précieuse au praticien.

Une table alphabétique très complète des matières, une autre par noms d'auteurs ajoutent à la commodité de ce manuel vraiment remarquable.

P. V.

(1) Fort vol. in-8°, 7e édit. Prix : 16 marcs 50. — Leipzig 1902, S. Hirzel.

Leçons de pharmacologie et de matière médicale (1), par M. le professeur G. POUCHET. Troisième série : *Antipyrétiques et antithermiques analgésiques.*

Le succès qui a accueilli, dès leur publication, les séries précédentes, séries consacrées aux *hypnotiques*, aux *analgésiques* et aux *modificateurs intellectuels*, a engagé aujourd'hui M. G. Pouchet à nous donner les *antipyrétiques* et les *antithermiques-analgésiques.*

Après quelques leçons de généralités, où l'auteur rappelle les faits relatifs à la thermogenèse, à la régulation thermique et au mécanisme de la fièvre, l'éminent professeur de pharmacologie aborde l'étude des quinquinas, et, conformément à son plan, il passe successivement en revue leur histoire naturelle et l'action physiologique de la quinine sur les différents systèmes : appareil digestif, circulatoire, nerveux, etc. Dans cette série d'articles, M. Pouchet nous donne, avec l'analyse des opinions courantes, ses théories personnelles, toujours clairement exposées et fortement documentées. Une leçon entière est consacrée aux alcaloïdes de quinquinas, autres que la quinine, leçon que suit l'étude des applications thérapeutiques et de la posologie du quinquina. Dans cette nouvelle série, comme dans les précédentes, M. Pouchet continue l'application des méthodes qui lui ont valu, dès le début de son enseignement, un si grand succès; il faut donc le remercier de nous donner, sur des sujets aussi importants que la quinine et le quinquina, le résumé des découvertes les plus récentes de la science et les résultats de son expérience personnelle.

L. B.

Les progrès de la science et leurs volontaires délaissés (2), par M. le docteur ROUSSY.

Dans cet opuscule, l'auteur s'efforce de mettre en relief le délaissement dans lequel se trouvent tous ceux qui font de la science pour la science, sans arrière-pensée de lucre ou d'ambition personnelle. Après avoir défini la *science*, ses origines subjective et objective, M. Roussy précise l'origine des *vocations scientifiques*, et aborde enfin l'étude du *délaissement des volontaires des progrès de la science*. Dans un chapitre curieux, l'auteur raconte l'histoire d'un de ces volontaires, nous dit ses efforts pour se consacrer à la science pure, ses déboires, sa résignation finale. Il essaye de fixer les *devoirs de l'État et de la société* envers ces héros obscurs, et adresse un appel pressant aux riches qui « doivent apporter leur collaboration pécuniaire raisonnée, intelligente et convaincue, au volontaire de la science qui jette sa cervelle à tous les vents et donne ainsi son patrimoine ». Un *projet d'organisation de la conquête de la science* termine ce livre très profondément pensé, et qui ne saurait être trop recommandé à ceux qui, comme l'auteur, ont « le désir passionné de voir notre France bien-aimée se placer et se maintenir toujours à la tête des progrès de la science et de la pensée, et, conséquemment, à la tête de l'humanité ».

L. B.

Manuel d'électrothérapie et d'électrodiagnostic (3), par M. le docteur E.-ALBERT WEIL.

De tous les agents physiques, les modalités électriques sont ceux dont les applications médicales sont les plus nombreuses et les plus efficaces. Mais si tout médecin praticien ne peut pas faire de l'électrothérapie, il doit être familiarisé avec les principales propriétés de cette médication, la conseiller en temps opportun et savoir discerner

(1) Gr. in-8°, 400 p., 333 fig. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, J. Rousset.
(3) In-12, avec 80 fig. dans le texte, cart. à l'angl. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

parmi les nombreuses formes de l'énergie électrique utilisables en médecine, celles qui doivent être conseillées aux malades.

Ce manuel a pour but de faire connaître la manière de les appliquer à l'organisme humain et le bénéfice qu'on en peut retirer pour le diagnostic et la thérapeutique.

L'ouvrage est divisé en quatre parties consacrées : la première, à la description des instruments et à la technique de leurs applications ; la seconde, aux effets et aux indications des modalités de l'énergie électrique; la troisième au diagnostic et la quatrième aux applications thérapeutiques.

Un certain nombre d'observations-types permettent de suivre les effets de la médication électrique et les résultats obtenus.

F. R.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Congrès universitaire pour la lutte contre l'alcoolisme et la tuberculose. — Ce Congrès, organisé par les Universités de Toulouse, Bordeaux et Montpellier, se tiendra à Toulouse, les 19, 20 et 21 mai prochain, à l'hôtel d'Azzézat.

Toutes les personnes désirant prendre part au Congrès recevront, sur demande, une carte de congressiste. S'adresser, pour Toulouse, Bordeaux et Montpellier, au secrétariat de la Faculté de médecine; en dehors de ces trois villes, à l'inspection académique de chaque département. Les adhésions sont gratuites.

Les deux principales questions examinées seront les suivantes :

1° Moyens pratiques de créer un sanatorium universitaire, à prix coûtant, pour les membres des trois ordres de l'enseignement public des trois académies de Toulouse, Bordeaux et Montpellier ;

2° Propositions pour introduire, sous une forme pratique, l'enseignement antituberculeux dans les programmes des écoles primaires, lycées, collèges et universités.

Des conférences seront données par les spécialistes les plus compétents sur : l'alcoolisme et la tuberculose, et la lutte sociale contre la tuberculose. En outre, une double exposition sera installée dans les locaux mis à la disposition du Congrès.

Les exposants n'auront d'autres frais que ceux de l'envoi; le retour sera à la charge du Congrès. Aucune redevance ne sera demandée pour les emplacements.

Des récompenses pourront être décernées sous forme de médailles.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la dix-septième semaine, 1014 décès, au lieu de 1085 et 1107 pendant les deux précédentes semaines et au lieu de la moyenne 1065. L'état sanitaire tend donc à s'améliorer d'une façon sensible.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, au lieu de 5 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 9; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins reste à peu près stationnaire (41, au lieu de 36 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 44).

La variole a causé 1 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 3; le nombre des cas nouveaux reste le même (22, au lieu de 19 pendant la semaine précédente et de la moyenne 21). A Londres, l'épidémie n'a causé que 42 décès pendant la seizième semaine, au lieu de 73 pendant la quinzième; elle continue à envahir les quartiers sud de la ville.

La rougeole a causé 25 décès, au lieu de 31 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 32; la scarlatine 7 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 4; la coqueluche, qui avait diminué depuis trois semaines (les chiffres successifs sont 22, 19, 9), présente cette semaine une recrudescence brusque; elle a causé 25 décès; c'est le chiffre le plus élevé que l'on ait observé depuis la vingtième semaine de 1896, la moyenne ordinaire est 9.

La diphtérie a causé 15 décès au lieu de 17 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 8; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est à peu stationnaire (133 au lieu de 126 pendant la semaine précédente ; la moyenne est 67).

La diarrhée infantile a causé 36 décès de 0 à 1 an, au lieu de 43 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 26.

En outre, 22 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 171 décès au lieu de 193 pendant la semaine précédente et au lieu de 204, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 9 décès (au lieu de la moyenne 18); bronchite chronique, 19 (au lieu de la moyenne 30); pneumonie, 46 (au lieu de la moyenne 52); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 97 (au lieu de la moyenne 104), dont 37 sont dus à la congestion pulmonaire et 44 à la broncho-pneumonie. En outre, 11 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 202 décès ; la méningite tuberculeuse, 25 ; la méningite simple, 26 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent, 11 ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 60; les maladies organiques du cœur, 59; le cancer a fait périr 50 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 5 décès; la cirrhose du foie, 16; la néphrite, 21; enfin, 30 vieillards sont morts de débilité sénile.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Avis.* — La Compagnie des chemins de fer P.-L.-M. a l'honneur de prévenir MM. les voyageurs qu'à partir du *5 mai prochain* elle mettra en service, à titre d'essai, des appareils garde-places, système « Boucher », dans ses trains rapides de jour, entre Paris et Marseille (train n° 1 partant de Paris à 9 h. 30 du matin et train n° 2 partant de Marseille à 9 h. 20 du matin).

L'emploi de ces appareils permettra à MM. les voyageurs de s'assurer la possession indiscutée de la place qu'ils auront choisie dans le train. A cet effet, il leur sera remis gratuitement, au moment du départ, un ticket spécial qu'il leur suffira d'introduire dans l'appareil placé au-dessus de la place de leur choix. En vertu d'une décision de M. le ministre des Travaux publics, les places dans l'appareil desquelles aura été introduit un ticket seront seules considérées comme régulièrement retenues ; aucun autre mode de marquer les places ne sera donc admis dans les voitures des trains 1 et 2 munies des appareils garde-places.

MM. les voyageurs auront également la faculté de se faire réserver à l'avance une place de leur choix, au départ des gares de Paris et de Marseille, moyennant le paiement d'une taxe de location de 1 fr. par place retenue d'avance.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Sinus et sinusites maxillaires (anatomie, physiologie, pathologie et traitement), par J. de Croes, chef de clinique à l'École dentaire de Paris. In-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine.

Annuaire des eaux minérales, stations climatiques et sanatoriums de la France et de l'Étranger, édition 1902 publiée sous la direction du docteur G. Morice, rédacteur en chef de la *Gazette des eaux*. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Maloine, ou aux bureaux de la *Gazette des Eaux*, 60, rue Mazarine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 52. — MARDI 6 MAI 1902. 75e ANNÉE. MARDI 6 MAI 1902. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — *Bordeaux*. — Un concours pour une place de chef de clinique médicale des maladies des enfants sera ouvert, le lundi 12 mai, à neuf heures du matin.

Un concours sera ouvert, le lundi 23 juin 1902, à neuf heures du matin, pour une place de chef de clinique chirurgicale des maladies des enfants.

Un concours sera ouvert, le lundi 17 novembre 1902, à neuf heures du matin, pour une place de chef de clinique médicale.

Marine. — Le prix de médecine navale, pour l'année 1901 a été décerné à M. Thémoin, médecin principal.

Des témoignages officiels de satisfaction ont été accordés à MM. Guézennec, Jan, Laugier, médecins principaux; Duclot, Mestet, médecins de première classe; Hermandez, Mathis, médecins de deuxième classe.

Travaux pratiques de bactériologie médicale. — Une série de travaux pratiques de bactériologie médicale commencera le lundi 2 juin, à deux heures, sous la direction de M. Macaigne, chef de laboratoire.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Devoisins (de Breteuil); Mollard (de Fontaine-sur-Saône); Renson (de Monthermé).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 12 AU 17 MAI 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 12 MAI, à une heure. — 2e, *Salle Pasteur* : MM. Ch. Richet, Retterer et Broca (André); — M. Cunéo, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Reclus, Legueu et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Teissier.

3e (officiat définitif) : MM. Poirier, Lepage et Bezançon; — M. Delens, suppléant.

MARDI 13 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, ~~épreuve pratique : MM. Cornil, Dupré et Desgrez.~~

2e, *Salle Béclard* : MM. Rémy, Langlois et Chassevant.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Salle Charcot* : MM. Dieulafoy, Gilbert et Thiroloix.

4e (ancien régime), *Salle Thouret* : MM. Brouardel, Proust et Vaquez ; — M. Thiéry, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Schwartz et Faure ; — (2e partie, 1re série) : MM. Hutinel, Ménétrier et Renon ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Achard et Gouget ; — M. Thoinot, suppléant.

MERCREDI 14 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Hayem, Blanchard et Widal ; — M. Rieffel, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Lannelongue, Lejars et Broca (Aug.) ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Landouzy et Wuztz; — M. Legueu, suppléant.

JEUDI 15 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Blanchard et Charrin.

2e : MM. Gley, Retterer et Hanriot.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Salle Richet* (1re série) : MM. Dieulafoy, Méry et Jeanselme; — *Salle Béclard* (2e série) : MM. Cornil, Achard et Vaquez.

4e (ancien régime), *Salle Pasteur* : MM. Brouardel, Wurtz et Thoinot; — (nouveau régime), *Salle Vulpian* : MM. Proust, Gilbet. et Richaud ; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 16 MAI, à une heure. — MM. Landouzy, Brissaud, et Tessier.

4e (nouveau régime) : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Poirier et Walther ; — (2e série) : MM. Terrier, Delens et Gosset ; — (2e partie) : MM. Hayem, Widal et Bezançon ; — M. Mauclaire, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich.

SAMEDI 17 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, G. Ballet et Gouget.

2e, MM. Rémy, Langlois et Desgrez.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime) : MM. Raymond, Charrin et Thiroloix ; — M. Renon, suppléant.

5e (1re partie), *Beaujon* : MM. Berger, de Lapersonne et Marion ; — (2e partie) : MM. Hutinel, Gilbert et Widal ; — M. Quenu, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Potocki ; — M. Rieffel, suppléant.

Paris, le 5 mai 1902

Du 15 décembre au 28 avril, dix juges, médecins, chirurgiens, accoucheurs des hôpitaux, n'ont cessé de siéger trois, quatre ou cinq fois la semaine, pendant trois heures consécutives, pour entendre la lecture de 416 copies remises par les candidats à l'internat et faire subir l'examen oral de 200 admissibles. Ces soixante séances deviennent pour les juges un cauchemar obsédant qui n'est pas compatible avec la bonne et saine appréciation des épreuves. Et c'est à ce point de vue que l'étude du fonctionnement du concours devient intéressante, car la lassitude et la fatigue des juges seraient choses secondaires si elles n'étaient pas préjudiciables aux candidats.

C'est qu'il n'est pas indifférent, en effet, pour un candidat de subir son épreuve à telle ou telle période du concours, alors même que le jury ne peut être soupçonné du moindre esprit de partialité. Les candidats connaissent d'ailleurs fort bien les oscillations de la cote, dont la courbe en apparence capricieuse varie suivant des lois presque toujours les mêmes.

Prenons un exemple typique, qui a la valeur d'une expérience : 39 candidats ont lu leur copie au début du concours du 15 décembre à la fin du mois, le total des points obtenus est de 383, soit à peu de chose près une moyenne de 10 points par candidat ; or notez que cette année 10 était la note élevée, la note qui assurait la nomination. Prenons les 39 derniers, nous arrivons à un total de 306 points, soit une moyenne inférieure à 8 points par candidat, c'est-à-dire une note entraînant l'insuccès à peu près certain.

Ce fait est dû à un état d'âme particulier du jury, et non, comme pourrait le croire, à ce que le hasard a classé au début du concours les meilleurs candidats pour reléguer les mauvais à la fin.

Le fait observé cette année se renouvelle à chaque concours et peut être facilement vérifié.

A quelle cause faut-il faire remonter l'explication de cette bizarrerie? A l'énervement et à la fatigue des juges surmenés, ou bien à ce qu'ils deviennent plus difficiles, parce que, comme l'insinuent les candidats, ils deviennent plus instruits au fur et à mesure de la lecture des copies?

A notre avis, voici exactement ce qui se passe. Au début les copies sont bien et sainement jugées à leur valeur, par une vue d'ensemble plus haute, par une appréciation plus saine des qualités générales du candidat, puis peu à peu, les lectures se suivant toutes plus ou moins semblables, le jury pour les différencier arrive à tenir compte de petits faits, de menus détails, de choses insignifiantes, négligées avec raison à l'audition des premières copies. Inconsciemment et malgré lui, le jury ne met plus au point, ne voit plus le gros de la question, devenu pour lui banal, et les dernières copies sont jugées sur des à-côtés.

La balance n'est donc pas égale entre les candidats, suivant qu'ils subissent leur épreuve à telle ou telle période du concours.

Une réforme s'impose donc, d'une part pour les canditats au nom de la simple équité, d'autre part pour supprimer aux juges la fastidieuse corvée qui leur est imposée.

Or, cette réforme est facile à réaliser. La copie écrite peut être simplement pourvue d'un numéro d'ordre, désignant candidat dont le nom serait connu de l'administration seule. La correction de ces copies — pour la confection desquelles on assurerait au candidat un temps plus long — serait confiée à trois juges : médecin, chirurgien, accoucheur ou anatomiste, suivant la nature du sujet de composition sorti de l'urne. Chacun de ces trois juges lirait chez lui, à tête reposée, les copies qui lui seraient soumises, et la moyenne des trois notes obtenues formerait le point définitif.

Notez que, par cette façon de faire, on abrégerait de beaucoup la durée du concours, que le favoritisme serait supprimé, que les finances de l'administration n'en souffriraient point, car les jetons de présence des dix juges du concours actuel pendant quarante séances suffiraient certainement pour indemniser les trois examinateurs désignés.

Le jury premier qui aurait fixé le choix de la composition se réunirait ensuite une fois l'admissibilité prononcée et l'épreuve orale aurait lieu comme par le passé.

Cette réforme est facile, si l'administration voulait la mettre à l'étude, nul doute qu'elle ne réunisse l'assentiment unanime des sociétés médicale et chirurgicale des hôpitaux. Il est également non douteux que parmi les jeunes médecins, chirurgiens ou accoucheurs du bureau central, l'administration trouverait des juges dont l'intégrité et la compétence seraient une garantie pour la bonne appréciation des épreuves soumises à leur jugement.

CLINIQUE CHIRURGICALE. — HOTEL-DIEU

ÉPANCHEMENTS SÉRO-PURULENTS ET ABCÈS APPENDICULAIRES RÉSORBABLES OU RÉSIDUAUX

Par M. Mauclaire, chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Nous avons en ce moment dans le service de mon maître, M. le professeur Duplay, que j'ai l'honneur de remplacer, bien des malades atteints d'appendicite, puisque, sur cent vingt malades, nous soignons une douzaine d'appendicites, soit un dixième. Parmi eux il en est quelques-uns sur lesquels je veux attirer votre attention. Le premier est un homme jeune, âgé de trente ans, qui était très bien portant jusqu'au 20 novembre, il ne présentait pas ces signes de gastralgie et de malaise abdominal qui, à mon avis, sont souvent prémonitoires d'une crise d'appendicite. Il n'avait pas fait le soir un repas plus copieux qu'à l'habitude, lorsque vers le milieu de la nuit il ressentit une douleur abdominale très vive dans la fosse iliaque droite. En même temps il eut des vomissements muco-glaireux et un peu verdâtres. Le malade et son entourage pensèrent à une simple indigestion, mais le médecin consulté n'hésita pas à reconnaître la gravité de l'affection et il nous envoya cet homme en songeant au diagnostic que vous avez déjà deviné par ce temps d'épidémie appendiculaire.

En examinant ce malade, nous lui trouvons un facies un peu altéré. Sans aucun doute, les traits sont tirés, les yeux excavés, le nez effilé.

Localement on note un peu de ballonnement du ventre, surtout au niveau de la fosse iliaque droite. La peau de la paroi est saine, sans œdème ni dilatations veineuses sous-cutanées. J'ai dit à notre malade de mettre le doigt à l'endroit le plus douloureux, et spontanément il a placé son index au point de Mac-Burney, c'est-à-dire à égale distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure et de l'ombilic.

Quand nous avons essayé de palper la région, nous avons noté une résistance très vive de la paroi abdominale. Mais

en insistant avec douceur et patience, nous avons senti profondément dans la fosse iliaque un petit plastron diffus, induré et très douloureux. L'ensemble de ce plastron « cartonné » avait plutôt une direction oblique en bas et en dedans et non presque verticalement ascendante comme dans certains cas.

En aucun point, je n'ai eu la sensation d'une fluctuation profonde pouvant faire admettre la possibilité d'un épanchement péri-appendiculaire séro-purulent ou purulent. D'ailleurs cette sensation de fluctuation profonde est si trompeuse que j'évite de la rechercher à outrance de peur de provoquer de graves dégâts, c'est-à-dire l'irruption dans la grande cavité péritonéale du pus contenu tout d'abord dans une poche relativement limitée, ce que j'ai vu faire une fois.

Comme *troubles fonctionnels*, il n'y a plus actuellement de vomissements, mais un état nauséeux. La langue est chargée, blanchâtre, mais humide.

Comme *troubles généraux*, nous notons 38°5 de température, le pouls est bien frappé, il est à 96 et la respiration à 18.

Le *diagnostic* était tellement évident que je ne l'ai guère discuté devant vous, je me suis contenté d'insister surtout sur le *pronostic* qui doit être toujours très réservé, même quand on est en présence d'une crise appendiculaire des plus légères que quelques dilettanti appellent une « crisette ».

Brusquement, en effet, on peut voir survenir une complication mortelle, la septicémie appendiculo-péritonéale ou franchement péritonéale.

J'ai institué immédiatement le *traitement* médical expectant, à savoir : l'application locale d'une vessie de glace suspendue au-dessus de l'abdomen, l'immobilité absolue, c'est-à-dire le repos horizontal permanent, des injections sous-cutanées de sérum artificiel. Quant au régime alimentaire, l'idéal serait de mettre le malade à la diète absolue ; toutefois la crise appendiculaire paraissant légère, j'ai prescrit tout au plus pour ce jour même un demi-litre de lait simplement et pour que la nuit fût calme j'ai fait faire une demi-piqûre de morphine.

Les jours suivants le malade fut surveillé très attentivement matin et soir avec l'intention d'intervenir à la moindre alerte. Mais dès le lendemain, grâce à l'application de glace, le ventre devint plus souple, il n'y avait plus de défense musculaire, les contours du plastron profond étaient plus nets, et celui-ci moins douloureux à la pression. La température et le pouls descendaient bientôt à la normale et heureusement pendant cette période « de refroidissement » aucune complication ne survint. Les applications locales de glace cessèrent au bout de six jours. Des lavements évacuateurs furent donnés pour éviter tout effort pendant la défécation et la stase stercorale. L'immobilité absolue et la diète lactée furent maintenues pendant un mois, malgré l'impatience du malade qui déclarait mourir de faim. Au bout de ce temps le plastron avait bien diminué de moitié, mais il n'était plus douloureux depuis longtemps.

Je me décidai alors à intervenir et à faire la résection « à froid » de l'appendice. Après avoir fait l'incision de Roux, je tombai immédiatement sur l'ancien foyer inflammatoire. De nombreuses ahérences unissaient l'appendice à la face latérale interne du cæcum. Cet appendice était presque doublé de volume et au niveau de son extrémité libre, il était transformé en une cavité kystique à paroi transparente.

A l'insertion cæcale de l'appendice, *j'ai trouvé, au milieu des adhérences un petit amas de matière caséiforme gros comme une noix*. Cette substance blanchâtre, molle, s'écrasait facilement sous le doigt et représentait sans aucun doute un reliquat d'abcès appendiculaire. Soit dans l'épaisseur du méso-appendice, soit dans la surface du cæcum, je n'ai pas trouvé d'adénite d'origine appendiculaire, comme je l'ai observé quelquefois. Toute cette masse résiduale fut bien essuyée et enlevée, l'appendice réséqué à sa base, et un petit drain fut maintenu dans la plaie. Voici l'examen bactériologique des lésions que je dois à l'obligeance de M. Griffon, chef de laboratoire de M. Dieulafoy : « La matière caséeuse ne contient plus de microbes vivants. De même, la culture du contenu de l'appendice kystique est demeurée stérile. Ce contenu était constitué par un liquide incolore et filant. »

Les suites de l'opération ont été régulières, et comme vous avez pu le constater, notre malade a guéri très rapidement.

Ce n'est pas la première fois que je trouve un *abcès résidual péri-appendiculaire*. Et voici le résumé d'un autre cas. J'ai soigné en août dernier, dans le service de M. Brun, que je remplaçais, un jeune enfant âgé de treize ans atteint d'appendicite. Je l'ai opéré soixante-huit jours après le début d'une crise assez sérieuse d'appendicite. Au cours de celle-ci, le diagnostic d'abcès n'avait pu être posé d'une façon ferme. Avant l'ouverture de l'abdomen, on sentait une masse du volume d'une grosse prune et roulant sous le doigt. Au milieu des adhérences rattachant l'appendice au cæcum je trouvai ici encore un « abcès résidual caséiforme » gros comme une noix. Tout ce magma fut enlevé et la région bien essuyée. L'enfant guérit.

Voici le résumé d'un cas qui m'a été communiqué par mon collègue et ami Souligoux. Il s'agissait d'un homme qui eut une première crise légère en juin 1900, une deuxième en février 1901, une troisième le 15 août 1901, celle-ci très sérieuse. M. Souligoux en faisant la résection à froid de l'appendice deux mois après, trouve celui-ci sectionné à sa partie médiane et les deux extrémités proximale et distale de l'appendice étaient oblitérées et comme cicatrisées. Ce demi-appendice sphacelé et détaché était placé au milieu des adhérences et en contact avec une « masse caséiforme » qui fut mise dans de l'alcool. M. Chevassu, interne du service, a bien voulu examiner celle-ci. Voici la note qu'il m'a remise : « Un examen direct sur lamelles après coloration au violet de gentiane a montré une quantité considérable de leucocytes très altérés, mais encore reconnaissables — sans aucun microbe apparemment. »

A propos de ces trois observations je voudrais vous parler *des épanchements séro-purulents, des abcès d'origine appendiculaire et de leur résorption partielle ou totale*. Mais auparavant je vous rappellerai quelques points concernant ces épanchements à leur période de formation, au début de la crise appendiculaire.

Leur siège tout d'abord a une certaine importance ; il est des plus variables et j'ai trouvé des abcès d'origine appendiculaire, en avant et en arrière du cæcum, autour des reins et du foie, au niveau de l'ombilic, dans la fosse iliaque gauche, dans tout le pelvis, c'est-à-dire : dans la cavité de Retzius, dans le cul-de-sac de Douglas, avec fusées dans l'échancrure sacro-sciatique et dans la fosse ischio-rectale.

Etant donné les recherches récentes sur les adénites péri-appendiculaires dans l'appendicite, il se pourrait que quelques-uns de ces abcès précoces ou tardifs fussent situés dans les ganglions. A ce point de vue, je vous renvoie à la thèse

de mon élève Bonjour (Paris, 1901) et aux observations de Fevrier, Weis, Jalaguier, Guinard, Schwartz, G. Marchant, etc.

Leur nombre est le plus souvent unique, mais pour Sonnenburg il y aurait souvent plusieurs abcès qu'il faut diviser en abcès primitifs et abcès secondaires. Ceux-ci se forment parfois même après l'ouverture d'un foyer primitif, comme je l'ai observé chez une malade qui succomba quatre jours après l'intervention.

Leur fréquence est très grande, puisque sur 52 cas d'appendicite opérés de bonne heure, 50 fois Sonnenburg trouva du pus. En ce qui me concerne j'ai également presque toujours trouvé du pus ou du séro-pus, quand j'opérai à chaud, sauf dans plusieurs cas d'appendicite folliculaire compliquée de salpingite avec adhérences rapportés dans la thèse de Barnsby.

Quant à *leur volume*, il est également des plus variables. A ce point de vue, on pourrait noter tous les intermédiaires entre, d'une part, l'abcès presque microscopique, véritable gouttelette de pus perdue soit dans la paroi appendiculaire (Picqué et Macé), soit au milieu des fausses membranes péri-appendiculaires, et, d'autre part, soit l'abcès péri-appendiculaire pré-cæcal gros comme une tête d'adulte et repoussant en avant la peau (ce que j'ai vu), soit la péritonite généralisée avec des poches multiples, ou sans poches.

Parfois on note un *abcès en bissac*; ainsi chez un de ses opérés Schwartz trouva une poche sous-péritonéale et une poche iliaque péritonéale autour du cæcum. On pourrait décrire aussi l'*abcès à diverticules* soit descendant (pelvien), soit ascendant (rénal, hépatique, etc.).

Le *contenu* de l'abcès appendiculaire est très varié; c'est un liquide séro-purulent ou purulent pouvant contenir des gaz (Gerster, Potherat, Terrier et Mignot, Poirier), des débris d'appendice sphacélé, des lombrics (observation personnelle), des calculs stercoraux, des débris de matières fécales, des débris alimentaires ou des corps étrangers avalés avec les aliments (grains de plomb, poils de brosse à dents, fragments d'os, émailles des casseroles, etc.).

Quant à leur *nature bactériologique*, presque toujours c'est du coli-bacille que l'on trouve dans ces épanchements séro-purulents et dans ces abcès aigus. Tantôt il est seul, tantôt il est associé au staphylocoque, streptocoque, pneumocoque ou saprophytes divers (1).

Dans 20 cas d'exsudats purulents péri-appendiculaires, Achard trouve le coli-bacille 7 fois (dans un cas il y avait perforation de l'appendice), le coli-bacille avec le streptocoque 5 fois (perforation de l'appendice 1 fois), le coli-bacille et le pneumocoque 1 fois, le coli-bacille et le staphylocoque blanc 1 fois (avec perforation), le coli-bacille avec le streptocoque et le staphylocoque 1 fois, le coli-bacille avec des saprophytes divers 2 fois (avec perforation), le streptocoque avec bacille aérogène 1 fois, le staphylocoque doré 1 fois, un bacille indéterminé 1 fois (avec perforation). Le coli-bacille est donc fréquent et il est souvent aidé dans son action par d'autres microbes qu'il ne tarde pas à masquer ou même à faire disparaître.

Veillon et Zuber ont étudié 22 cas d'abcès péri-appendiculaires, ils ont trouvé 1 fois le pneumocoque isolément, 19 fois des microbes anaérobies avec quelques streptocoques et des coli-bacilles et 2 fois des microbes anaérobies seulement. Ces microbes anaérobies ont été trouvés soit dans le pus contenu dans l'appendice, soit dans celui des abcès péri-appendiculaires, soit dans le péritoine au cours de la péritonite généralisée. De plus ils ont des propriétés gangréneuses, ce qui cadre bien avec la fréquence du sphacèle appendiculaire et la fétidité des abcès.

Terrier et Mignot ont également signalé ces microbes anaérobies dans les appendicites gangréneuses et gazeuses.

Dans les abcès à distance, abcès péri-hépatiques, abcès pleuraux, c'est le coli-bacille que l'on trouve le plus souvent, soit seul, soit associé au streptocoque (Piard).

Mais quelle est la virulence immédiate et la virulence consécutive de tous ces différents microbes?

Déjà, en 1892, Sahli disait qu'il fallait tenir compte des variations de virulence de l'agent infectieux pour pouvoir apprécier et pronostiquer l'évolution d'une appendicite. C'est également la conclusion qu'exprimait M. Terrier dans un article récent.

Dieulafoy et son élève Rénon ont aussi insisté, au point de vue du pronostic, sur la toxicité appendiculaire, toxicité venant compliquer l'infection. C'est dans ces cas que l'on peut noter des hématémèses foudroyantes.

Quoi qu'il en soit, bien des auteurs ont signalé ce fait capital à savoir que : *ces abcès aigus deviennent assez rapidement stériles* (Sahli, Helferich, Sonnenburg, etc.).

Mais au bout de combien de temps se produit cette si heureuse transformation dans l'évolution bactériologique de l'épanchement péri-appendiculaire?

Celle-ci n'est pas toujours la règle, car M[lle] Von Mayer nous dit dans sa thèse qu'elle a trouvé souvent des coli-bacilles et d'autres microbes encore *virulents* dans les reliquats appendiculaires et péri-appendiculaires symptomatiques d'appendicite à répétition.

Toutefois on peut dire qu'ici encore, on arrive à cette curieuse formule de pathologie générale à savoir que *dans les suppurations prolongées l'abcès se stérilise lui-même et devient aseptique.*

Quelle est l'*évolution anatomique* des épanchements péri-appendiculaires?

Dœrfler a décrit, en 1899, une *péri-appendicite séreuse* comme le premier terme de l'infection péritonéale locale n'aboutissant pas à la suppuration. La description clinique qu'il en donne ressemble à l'appendicite légère, car ses 18 malades ont guéri médicalement. Sa description ne suffirait pas pour admettre cette péri-appendicite séreuse que démontrent cependant les interventions faites à chaud, et la pathologie générale, c'est-à-dire la résorption spontanée des épanchements infectieux et séreux de la plèvre, des méninges, des séreuses articulaires, tendineuses, etc. Déjà en 1896, au XXV[e] Congrès des chirurgiens allemands, Sonnenburg insistait sur ces *épanchements péri-appendiculaires séreux et stériles* accompagnant les formes légères d'appendicite.

Parfois c'est un liquide poisseux que j'ai trouvé autour de l'appendice et sur les anses intestinales voisines, quand j'opérai les appendicites à chaud. J'ai observé dans un cas un épanchement séro-sanguinolent très septique, car le malade succomba à la septicémie générale.

Les épanchements simplement séro-fibrineux se résorbent en général spontanément. Mais leur persistance peut

(1) C'est ce qui résulte des recherches de Laruelle, Barbacci, Malvoz, Tavel et Panz, Franckel, Welch, Hoderpyl, Clado, Jalaguier, Quénu, Adenot, Brun, Achard et Broca, Charlotte von Mayer, Macaigne et Monod, Dieulafoy et Caussade, Tuffier, Hartmann et Mignot, A. Siredey et Le Roy, Le Dentu, Walther, etc., et plusieurs observations personnelles.

être très longue; dans un cas de Reynier (thèse Borderie, Paris, 1900) il persistait encore au bout de trente jours et dans les parois de l'appendice on trouva des streptocoques.

C'est avec raison que Gultmann admet toute une gamme reliant les exsudats séreux et les exsudats purulents et dont l'évolution anatomique est également variable.

Quant aux abcès péri-appendiculaires, que deviennent-ils s'ils sont abandonnés à eux-mêmes? Ai-je besoin de vous rappeler que ces épanchements septiques peuvent s'évacuer soit vers la peau, soit dans l'intestin, soit dans la cavité vésicale, dans le vagin et, ce qui est plus grave, dans la cavité péritonéale? — si des adhérences « providentielles » ne limitent pas d'emblée l'infection dans la fosse iliaque, et pour cela le grand épiploon a une très grande utilité.

D'après Fitz l'évacuation soit à la peau soit dans un organe voisin s'observerait dans un sixième de cas.

Mais la *résorption spontanée sans évacuation, soit au dehors à la peau, soit en dedans dans une cavité, est possible*; c'est ce qu'ont démontré les nombreuses interventions faites quelque temps après la crise. C'est ce qu'admettent tous ceux qui maintenant laissent refroidir les appendicites.

Tantôt cette résorption spontanée locale aboutit à un petit épanchement kystique séreux péri-appendiculaire. C'est, en somme, ce que j'ai trouvé dans la cavité même de l'appendice chez mon premier malade, et Lafforgue dans sa thèse a rapporté plusieurs observations de ces kystes appendiculaires.

Ces « reliquats séreux » sont rares. Ils rappellent assurément les poches séreuses que l'on trouve souvent au pourtour des salpingites suppurées ou non suppurées. Ils peuvent devenir ou redevenir suppurés.

De même, dans la cavité même de l'appendice, on peut trouver un reliquat caséiforme « composé de cellules en dégénérescence graisseuse, des leucocytes et des corpuscules granuleux ».

Mais ces amas caséiformes « résiduaux » sont le plus souvent péri-appendiculaires et placés au milieu des fausses membranes.

De semblables amas caséiformes péri-appendiculaires ont été signalés par Gerster, Routier, Jalaguier, Brun, Sonnenburg, Trèves, Weiss et Fevrier, Kirmisson, Schwartz, Reynier.

Ces abcès résiduaux ont été trouvés soit dans l'angle iléo-cæcal, autour du cæcum, soit dans l'épiploon adhérent, ou entre celui-ci et l'intestin ou la paroi abdominale antérieure.

Ils peuvent entourer un calcul fécal devenu appendiculaire (observation personnelle).

Cette résorption spontanée partielle ou totale des abcès appendiculaires n'est pas faite pour nous surprendre, étant donné ce que nous voyons du côté des abcès salpingiens ou péri-salpingien. Tous les chirurgiens laissent maintenant autant que possible bien refroidir les salpingites. Et quand nous intervenons nous trouvons des « suppurations chroniques froides », dont la virulence est nulle, comme le démontrent les cultures bactériologiques et aussi l'opération elle-même quand, malgré un bel étalage des compresses, le pus tombe sur l'intestin.

Il en est de même de la suppuration des kystes de l'ovaire, suppuration parfois froide et aseptique, et nous en avons rapporté de nouveaux exemples l'an dernier dans les *Annales de gynécologie*.

Ne croyez pas que ces dépôts caséiformes soient de nature tuberculeuse. Et cependant dans cette région la tuberculose est fréquente et tous les chirurgiens ont observé ces cas d'appendicites insidieuses chroniques qui se compliquent finalement de péritonite tuberculeuse. Nous en avons un cas en ce moment dans le service, et chez ce malade j'ai délibérément ouvert le foyer typhlo-appendiculaire pour le mettre à l'air et tenter ainsi la guérison spontanée; accessoirement, j'ai réséqué l'appendice recouvert de granulations tuberculeuses.

Mais pourquoi l'abcès péri-appendiculaire ne se résorbe-t-il pas toujours soit partiellement, soit complètement?

Est-ce une question de siège, de volume, de virulence?

Cette résorption spontanée est-elle plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte?

Voilà autant de questions auxquelles nous ne pouvons pas répondre malheureusement pour le moment.

Ce que je peux dire c'est que, sur une trentaine de cas de résection à froid, je n'ai trouvé que deux fois de semblables amas caséiformes de volume notable.

Il semble probable que plus on est éloigné du début de la crise, moins on a de chances de trouver un abcès résidual.

Pouvons-nous prévoir cette tendance à la résorption spontanée partielle ou totale?

L'examen du sang pourrait-il nous préciser soit le moment où l'abcès n'est plus virulent, soit le moment où il est englobé par les fausses membranes et réduit à un reliquat caséiforme visible ou invisible?

Il y a longtemps que le professeur Hayem a démontré que l'hyperleucocytose est symptomatique d'une suppuration en un point quelconque de l'économie. Récemment cette hyperleucocytose a été constatée au cours de l'appendicite par MM. A. Robin (de New-York), Silhol, Tuffier et Milian, Cursham, etc. Cette recherche hématologique permet de reconnaître la présence du pus mais rien de plus. Elle ne nous dit rien sur la virulence ancienne ou actuelle du pus. Jusqu'à plus ample informé ce n'est pas de ce côté qu'il faudra rechercher un élément indicateur pour ou contre l'intervention opératoire immédiate.

Ajoutons enfin que non seulement la résorption spontanée est possible pour les épanchements séro-purulents et purulents para-appendiculaires, elle serait possible pour des épanchements franchement intra-péritonéaux compliquant l'appendicite, épanchements soit libres, soit enkystés entre les anses intestinales (Sonnenburg et Finkelstein, Jalaguier, etc.).

Mais tous les abcès péri-appendiculaires ne sont pas résorbables; on les voit alors grossir et s'ouvrir soit dans le péritoine, soit dans un organe viscéral, ou bien ils bombent vers la peau de la région iliaque. J'ai vu dans un cas la paroi abdominale soulevée et faisant une saillie énorme du volume du poing.

Comment pourrez-vous favoriser cette résorption spontanée, afin d'obtenir un abcès résidual aseptique et souvent même, au bout d'un temps assez long, une résorption presque complète de l'abcès remplacé par quelques adhérences aseptiques?

Localement il faut dès le début de la crise appliquer de la glace sur la région de la fosse iliaque. Vous avez vu plusieurs fois que cette application locale de glace rend la paroi très souple; la contracture disparaît souvent complètement dans les vingt-quatre heures. On peut alors explorer la fosse iliaque profondément et se rendre compte de l'étendue et de la consistance d'un plastron formé par l'épiploon, l'iléon, le cæcum et l'appendice.

Quant au régime alimentaire, je ne crains pas de vous le répéter encore une fois, il doit être des plus sévères. Pour peu que la crise soit sérieuse, je vous engage d'ordonner la diète hydrique pendant au moins quatre à cinq jours. Pendant ce temps des injections de sérum artificiel soutiendront les forces du malade. Celui-ci conservera le repos absolu dans la position horizontale. Enfin, en ce qui me concerne, surtout chez l'enfant, je ne donne jamais d'opium, car celui-ci masque un peu les symptômes qui pourraient nous faire diagnostiquer l'infection péritonéale généralisée.

L'existence de cette résorption spontanée, partielle ou totale, bien étudiée maintenant dans son processus, doit-elle modifier notre manière de voir sur les indications de l'intervention précoce ou tardive comme traitement de l'appendicite ?

Comme cela a été dit à la Société de chirurgie, je vous rappelle tout d'abord qu'au point de vue de l'intervention, il y a les radicaux, c'est-à-dire les interventionnistes d'emblée, et les *opportunistes*. J'ajouterai la catégorie des *oscillants* tantôt opportunistes, tantôt radicaux ou les radicaux « honteux » (Talamon). Ils se laissent impressionner par leurs derniers cas, et se plaignent de ne pas avoir un élément de diagnostic, précisant les cas dans lesquels il faut se hâter et évacuer l'épanchement péri-appendiculaire pour éviter soit la péritonite généralisée, soit l'infection généralisée, c'est-à-dire la septicémie. De telle sorte que tantôt ils opèrent à chaud et tantôt ils laissent refroidir l'appendicite. Il est certain que pendant quelque temps on a été comme hypnotisé par la virulence des épanchements péri-appendiculaires, épanchements séreux ou suppurés.

Nous savons bien maintenant que ceux-ci sont rapidement stériles et peuvent souvent, mais pas toujours, se résorber sans accident. Il n'est donc plus démontré que, là où il y a du pus, il faut l'évacuer le plus tôt possible et quelques opportunistes heureux n'avouent qu'une mortalité de 2 p. 100 attribuable à l'expectation. Cette statistique est peut-être un peu trop favorable.

Mais la question est loin d'être aussi simple à trancher, car malgré un traitement expectant sévère, il est des appendicites qui se compliquent plus ou moins rapidement de péritonite. Le péritoine n'a pas toujours eu le temps d'organiser sa défense, soit par l'accolement de l'épiploon et des anses, soit par la sécrétion d'un liquide bactéricide comme a cherché à le démontrer Paul Delbet pour qui « le pus est en somme peu virulent, bactéricide et non toxique ».

D'ailleurs, malgré les recherches expérimentales très intéressantes de Wegner, Gravitz, Pawlowsky, etc., déjà anciennes, et celles récentes de Benvenuti, Querolo, Fideli, rapportées au XIe congrès des médecins italiens, le pouvoir de défense du péritoine est encore bien obscur, car des injections virulentes de cultures microbiennes dans la cavité péritonéale ne déterminent pas toujours de la péritonite ! Cette constatation est assez troublante. Ajoutons encore que les expériences de Colbet et de Melsone semblent démontrer « qu'une infection pelvienne aiguë donne au malade une immunité plus ou moins grande pour une infection similaire et donne du moins, une fois l'abcès calmé, une sécurité opératoire beaucoup plus grande ».

Mais comme l'a fait remarquer mon maître M. Le Dentu, « il n'y a pas encore de preuves absolues que l'intervention ne soit jamais fâcheuse en pleine crise aiguë. » C'est ce que proclamait également M. Jalaguier dans son rapport au Congrès international de 1900.

D'une manière générale, il faut reconnaître qu'il semble bien que ce soit « à contre cœur » que les chirurgiens laissent refroidir la plupart des appendicites. Ce sont des « opportunistes honteux ». *Leur idéal ne serait-il pas d'évacuer immédiatement ces épanchements infectieux et d'enlever l'appendice immédiatement, si la technique opératoire permettait de le faire sans craindre de propager la péritonite*? Mais, parmi les interventionnistes immédiats, les uns se contentent d'évacuer l'épanchement infectieux sans trop rechercher l'appendice. D'autres recherchent « à outrance » l'appendice, car pour eux au point de vue de la propagation de l'infection, l'ablation de l'appendice infecté est capitale, l'épanchement péri-appendiculaire est moins dangereux que la persistance de l'appendice infecté.

Ce qui est plus grave, c'est que dans certains cas, malgré un examen attentif, on peut laisser passer le début d'une péritonite déjà envahissante sinon généralisée, et dès lors l'intervention est tardive. Toutefois, dans trois de mes cas de péritonite généralisée tout au début, la laparotomie suivie de drainage semble avoir favorisé la guérison.

De plus, il y a des appendicites toxiques d'emblée, caractérisées par le subictère, l'albuminurie, l'urobilinurie, des hématémèses, un état typhoïde. Jusqu'à plus ample informé, dans ces cas graves l'expectation et l'intervention ne semblent pas réussir mieux l'une que l'autre.

Si vous vous reportiez à une de mes cliniques parue en septembre 1899 dans le *Bulletin médical*, vous pourriez constater que, en ce qui me concerne, pendant une première période de ma pratique, j'ai opéré à chaud toutes les appendicites; dans une deuxième période je ne suis plus intervenu que dans le cas de fièvre élevée persistante avec frisson, un large plastron, des douleurs très vives malgré l'application de la glace, du ballonnement abdominal, des nausées ou vomissements avec état subictérique, une certaine dyspnée toxique, une douleur remontant jusque dans la région épigastrique.

Ces conditions vous montrent que je suis plus volontiers interventionniste, mais je me place parmi les « oscillants ». Je surveille très attentivement les malades et dans plusieurs cas j'ai opéré « à tiède ». Vous m'avez vu faire cette intervention « à tiède » chez deux malades qui, quinze jours après le début de la crise, firent de nouveau une légère élévation de température, avec réapparition de la douleur, sans qu'une alimentation abondante puisse être invoquée apparemment. J'ai trouvé un magma séro-caséiforme, rétro-cæcal dans le premier cas, précæcal dans le deuxième.

Voici ma statistique personnelle depuis le 1er novembre 1896, jour de mon entrée comme chef de clinique dans le service de M. Le Dentu:

De 1896 à janvier 1900 j'ai opéré toutes les appendicites à chaud sans rechercher à outrance l'appendice et je note pour ces trois ans et deux mois.

A. *34 interventions à chaud avec épanchement séro-purulent ou abcès péri-appendiculaires* : avec 8 morts post-opératoires attribuables à : *a*. une péritonite généralisée survenant les jours suivants (4 cas) ; *b*. à un abcès sous-phrénique consécutif (2 cas); *c*. à l'existence d'un autre abcès appendiculaire non ouvert au cours de l'opération et qui maintint la septicémie (1 cas); *d*. à la persistance de l'infection ou de l'intoxication générale sans péritonite généralisée apparente (2 cas).

B. *2 interventions à tiède* pour appendicite chronique compliquant une annexite ou vice versa.

C. *14 laparotomies pour péritonites généralisées* (8 à forme suppurée et 6 à forme septique diffuse), 12 morts, 2 guérisons, celles-ci dans des cas de forme franchement suppurée et paraissant limitée à toute la région sous-ombilicale de l'abdomen.

Je vous répèterai encore que la péritonite généralisée est parfois difficile à reconnaître par la clinique pure et dans plusieurs cas il m'a fallu la laparotomie pour la constater.

D. *7 cas de résection à froid* : 7 guérisons.

E. Dans un cas complexe d'abcès rétro-cæcal ayant fusé dans la gaine du psoas et ouvert dans l'uretère, les manœuvres opératoires pour drainer le foyer de suppuration détruisirent des adhérences et provoquèrent une péritonite généralisée mortelle.

En 1900 et 1901 voici ma statistique intégrale :

A. *35 interventions pour abcès péri-appendiculaires* presque évidents et je note 6 morts post-opératoires. D'une manière générale, j'ai enlevé plus souvent l'appendice que je cherchai avec plus d'insistance en ouvrant sûrement toutes les poches péri-appendiculaires. De plus *l'intervention ici a été plus précoce* que dans les cas semblables de la série des années précédentes, les malades étant plus vite amenés à l'hôpital où nous étions appelé pour les opérer d'urgence. Les cas de mort paraissent attribuables tous ici à la septicémie péritonéale consécutive soit immédiate soit tardive. Dans un cas l'appendice entouré de quelques fausses membranes flottait au milieu des anses intestinales sans adhérer à celles-ci. Ces « appendicites flottantes » sont assez rares heureusement, car la péritonite généralisée est presque inévitable.

B. *15 laparotomies pour péritonites généralisées* avec 14 morts et 1 guérison dans un cas de péritonite généralisée à forme suppurée. Je ne place pas ici trois cas dans lesquels, croyant à une péritonite généralisée, j'ai fait la laparotomie : il y avait un léger épanchement généralisé avec rougeur des anses intestinales. Les malades ont guéri grâce à cette laparotomie précoce.

C. *20 cas de résection à froid* : 20 guérisons.

La bénignité de la crise m'avait permis dans ces cas de faire d'abord le traitement médical.

D. *5 résections à tiède*, une légère hyperthermie de retour m'ayant fait hâter la résection qui fut suivie de guérison.

Mais j'ai hâte d'ajouter que cette statistique n'a qu'une portée très générale, car elle contient des cas bien différents. Il ne faut pas désespérer de voir signaler bientôt soit un perfectionnement nouveau de la technique opératoire, soit des symptômes sinon nouveaux du moins importants qui nous permettront de reconnaître les appendicites qu'il faut opérer de suite et celles que l'on peut laisser refroidir, car vouloir opérer toutes les appendicites d'emblée c'est une formule trop simple et partant inexacte.

Et voyez les effets des statistiques : pour quelques auteurs les appendicites que l'on a voulu laisser refroidir, parce qu'elles ne paraissaient pas graves au début, donnent 10 p. 100 de mortalité par septicémie péritonéale ou appendiculo-péritonéale, et les appendicites opérées à chaud dès le début de la crise donnent la même mortalité !

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(2 mai 1902)

MM. A. Gilbert et P. Lereboullet montrent que la **cholémie** joue un rôle considérable dans la production d'un grand nombre de mélanodermies, généralisées ou localisées, spontanées ou provoquées. C'est l'observation d'un grand nombre de cas de cholémie familiale ou de maladies diverses du foie entraînant la présence de pigments biliaires dans le sérum sanguin qui les a amenés à cette conclusion. Chez leurs malades, ils ont noté avec une fréquence particulière la présence sur les téguments et particulièrement sur la face de nævi pigmentaires divers, notamment de grains de beauté, de taches de rousseur, de taches biliaires répondant aux taches hépatiques des anciens auteurs, tantôt isolés, tantôt ayant l'aspect d'une pigmentation péri-oculaire, plus ou moins marquée, tantôt constituant un véritable masque (masque biliaire); le masque de la grossesse et les diverses pigmentations gravidiques (ligne brune abdominale, pigmentation des seins) semblent souvent influencés par la cholémie. D'autres fois la pigmentation est diffuse. Dans ces cas elle peut donner au visage l'aspect gris ou terreux habituel chez les cirrhotiques. Ces pigmentations, lorsque surtout on les observe à la face, constituent autant de signes révélateurs, caractérisant le facies cholémique. Dans un autre groupe de faits, la cause occasionnelle de la pigmentation est plus nette, mais le rôle de la cholémie n'est pas moins évident et MM. Gilbert et Lereboullet rapportent des observations où ils ont constaté chez des cholémiques des pigmentations consécutives à la chaleur, au grattage, à l'application de vésicatoires. Il en est de même des pigmentations consécutives aux dermatoses, et des mélanodermies phtiriasiques, où à deux reprises les auteurs ont pu mettre en évidence le rôle de la cholémie. Certaines pigmentations d'origine médicamenteuse (arsenic, antipyrine) peuvent être également influencées par la présence de pigments biliaires dans le sérum. Le rôle de la cholémie est enfin hors de doute dans certains cas d'ictère noir, analogues à celui que présentent MM. Gilbert et Lereboullet, dans ce cas il s'agit d'un ictère à poussées successives remontant presque à la naissance; la pigmentation généralisée est remarquablement intense, commence après chaque poussée d'ictère et disparaît lorsque l'ictère a lui-même disparu. Les pigmentations muqueuses sont exceptionnelles, mais peuvent s'observer dans certains cas.

L'examen histologique pratiqué sur quatre cas différents a montré l'exagération de la pigmentation épidermique normale; les cellules de la couche basilaire de l'épiderme étaient bourrées de granulations pigmentaires qui étaient moins abondantes dans les couches plus superficielles du corps muqueux de Malpighi, qui disparaissaient complètement; les amas pigmentaires dermiques faisaient presque entièrement défaut. Les granulations pigmentaires n'ont pas donné les réactions des sels de fer et semblent en tout semblables aux granulations de mélanine du pigment normal.

Dans ces mélanodermies d'origine biliaire, le rôle de la cholémie est hors de doute. Elle n'agit pas seulement à titre d'excitant de la fonction pigmentaire de l'épiderme; elle paraît surtout intervenir en apportant aux cellules épidermiques le pigment aux dépens duquel elles peuvent former la mélanine. Suivant l'activité de ces cellules, et suivant l'intensité et l'ancienneté de la cholémie, la pigmentation

est plus ou moins marquée, apparaît spontanément ou reste provoquée par une cause accidentelle (chaleur, grattage, vésicatoire, etc.). On peut d'ailleurs concevoir cette exagération de la fonction pigmentaire de l'épiderme, comme un moyen de défense opposé à la cholémie. Le pigment biliaire circulant est ainsi fixé et détruit. On peut même se demander, si, dans la pigmentation normale de la peau, le sérochrome ou pigment normal du sérum n'intervient pas de la même manière, et si ce séro-chrome, susceptible de se transformer en mélanine, ne traduit pas la présence d'une cholémie physiologique légère. Au degré près, la pigmentation normale de la peau ne diffère pas anatomiquement de la pigmentation pathologique, et on conçoit que les mêmes éléments pathogéniques, cholémie, et fonction pigmentaire de la cellule épidermique, interviennent dans les deux cas.

M. Lion rapporte un cas de **mort subite dans l'appendicite** qui peut se résumer ainsi qu'il suit : au treizième jour d'une appendicite de moyenne intensité, quand, depuis une semaine, la fièvre était tombée, la douleur et la tension abdominale avaient disparu, une jeune fille se réveille un matin, complètement remise en apparence. Elle demande le bassin, urine, se soulève pour permettre d'enlever l'appareil; elle retombe morte. C'est là un accident tout à fait exceptionnel. Roux (de Lausanne) en a rapporté un à peu près semblable. Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans qui, après avoir traîné une huitaine de jours, dut s'alliter le 17 juillet 1901. Il fut opéré le 19 et l'on trouva un foyer de suppuration d'où l'on retira l'appendice gangréné et perforé. Les suites de l'opération furent parfaites. Deux jours après le malade se plaint de maux de ventre et meurt subitement. A l'autopsie, dans ce dernier cas, on trouva un infarctus gros comme un poing d'adulte dans le lobe inférienr du poumon gauche. On pensa que la terminaison fatale avait été produite par une embolie pulmonaire dont l'origine était probablement une thrombose développée dans le réseau veineux de l'appendice. On peut en tout cas penser que l'embolie pulmonaire, en somme assez fréquente dans l'appendicite, est une cause de mort subite dans cette maladie.

M. Vincent signale que l'**angine à bacilles fusiformes et spirilles** est très rarement contagieuse. Cependant, il vient d'observer un malade âgé de vingt-quatre ans, se croyant atteint de syphilis de la gorge, qu'il aurait contractée auprès d'une femme atteinte de la même affection. Or, il s'agissait chez les deux d'une angine fuso-spirillaire qui guérit en quatre jours sous l'influence d'un traitement iodé.

De leurs **recherches cliniques sur le processus angineux dans la scarlatine chez les enfants**, MM. Variot et Roy concluent ainsi : 1° l'angine de la scarlatine n'offre aucun caractère spécifique; elle est polymorphe, tantôt non exsudative; son intensité est variable; 2° dans certaines formes membraneuses intenses, le bacille de Löffler peut exister dès le début; il y a d'ailleurs des formes membraneuses sans Löffler, et dont les caractères cliniques sont identiques à ceux des angines diphtériques : ce sont des pseudo-diphtéries de la scarlatine; 3° les ulcérations, superficielles en général, se rencontrent assez souvent au cours de ces angines; 4° l'influence du processus angineux et de ses irradiations est prédominante pour régler le cycle thermique et la gravité de l'évolution de la maladie.

Sur les 864 cas qui servent de base à ses conclusions, 339 se rapportent à l'année 1901 (pavillon de la scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades) et le surplus aux recherches antérieures de M. Variot avec son interne M. Deyé, à l'hôpital Trousseau, en 1899.

MM. Duflocq et Voisin présentent un malade de cinquante-cinq ans, atteint d'**anévrisme de la portion ascendante de l'aorte.**

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(30 avril 1902)

A l'occasion du procès-verbal, M. Tuffier revient sur son observation du 12 mars, relative au **traitement chirurgical des anévrismes de l'aorte.** Il regrette que la pénurie d'orateurs inscrits l'ait obligé à communiquer une étude insuffisamment rédigée. Mais, M. Kirmisson, qui présidait la séance ce jour-là, ne laisse pas passer cette assertion sans une vigoureuse protestation : il tient à dire que M. Tuffier a pris la parole à son tour et non pas à l'improviste. Il ajoute qu'il est fort regrettable que M. Tuffier n'ait pu mettre sous les yeux de ses collègues la pièce anatomique qu'il avait formellement promis d'apporter.

Pour M. Poirier, l'observation de M. Tuffier n'est point frappée au coin de la précision qu'on est habitué à rencontrer dans les observations présentées à la Société de chirurgie; elle fourmille de contradictions flagrantes; les dessins représentés et le compte rendu de l'autopsie ne sont pas d'accord.

Il est vraiment regrettable pour M. Tuffier que la négligence de son chef de laboratoire l'ait dépossédé d'une pièce anatomique de si haute valeur et dont la présentation eût suffi pour réduire au silence ses contradicteurs.

M. Picqué présente des moules qui ont été pris sur un sujet tabétique atteint d'**hallux valgus.** Après avoir constaté que l'irréductibilité de l'orteil tenait à la rétraction de l'abducteur oblique, il a fait la section du tendon et, pour maintenir la réduction, il a dû faire la transplantation de l'extenseur sur la face externe du premier métatarsien. Il peut donc exister pour cette maladie une origine musculaire, bien qu'elle soit le plus souvent articulaire.

M. Kirmisson fait observer à M. Picqué, qui a pu obtenir un bon résultat au point de vue de la marche, qu'il fait une confusion entre l'hallux réel, dans lequel les lésions portent exclusivement sur le premier métatarsien, et les déformations, suite de contracture chez les tabétiques. Ce sont des faits tout à fait différents.

PRATIQUE MÉDICALE

Il résulte d'un travail du professeur Destrée que l'agurine, cette nouvelle combinaison de théobromine sodée et d'acétate de soude, est un excellent diurétique. Ses effets se manifestent à doses relativement faibles, de $0^{gr}25$ à $0^{gr}50$ par jour, et portent à la fois sur la quantité d'eau éliminée et sur les éléments solides excrétés par le rein. L'agurine, qui renferme 60 p. 100 de principe actif, ne renferme pas de salicylate de soude, il n'y a donc pas à craindre les inconvénients causés fréquemment par la diurétine.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine et de thérapeutique (1), publié sous la direction de MM. P. Brouardel et A. Gilbert.

Le tome IX du *Traité de médecine et de thérapeutique* continue l'étude des maladies nerveuses, étude entreprise dans le tome précédent. Il débute par une magistrale description des *encéphalites chroniques* et des *idioties* par M. Bourneville. Avec sa compétence habituelle, cet auteur distingue des idioties d'ordre méningitique, d'ordre méningo-encéphalitique, des idioties symptomatiques d'un arrêt de développement, d'une sclérose tubéreuse, d'une sclérose atrophique, de lésions en foyer dues à une oblitération vasculaire ou à une hémorragie, d'une hydrocéphalie ou d'un arrêt de développement cérébral avec malformations congénitales, d'une microcéphalie, d'un myxœdème. Après avoir décrit soigneusement les caractères anatomo-pathologiques et cliniques de ces différentes variétés, l'auteur passe en revue les méthodes d'éducation thérapeutique, si délicates dans leur application, mais aussi si fructueuses et condamne la crâniectomie qui représente une hypothèse « tout à fait en contradiction avec l'anatomie pathologique ». L'étude de l'*hydrocéphalie* par le même auteur suit naturellement celle de l'encéphalite chronique.

C'est à MM. Raymond et P. Sérieux qu'a été dévolue la *paralysie générale*. Dans leur partie clinique, ces auteurs ont soin de reléguer au second plan les états délirants « qui souvent font défaut sans que rien manque au tableau caractéristique de la maladie ». L'anatomie pathologique, rédigée par M. Cl. Philippe, insiste justement sur ce fait que les altérations rencontrées chez les paralytiques généraux n'ont pas toutes la même valeur, que les unes sont précoces et constantes, c'est la méningo-encéphalite, les autres tardives, accessoires, sclérose névroglique bulbo-médullaire, névrite périphérique, etc. De fort belles figures originales aident à la compréhension de ce chapitre. Dans les pages qui suivent, M. H. Claude décrit les maladies de l'*isthme de l'encéphale*, du *cervelet*, des *tubercules quadrijumeaux*, des *pédoncules cérébraux*, de la *protubérance* et du *bulbe*. MM. Hutinel, Klippel et Vaillant étudient les méningites encéphaliques aiguës ou chroniques.

Les *maladies de la moelle épinière* sont traitées par MM. Déjerine et Thomas. Ces auteurs exposent clairement et discutent les questions capitales relatives aux *myélites aiguës*, aux *polio-myélites* et à la *paralysie ascendante aiguë*; ils décrivent ensuite, en tenant compte des travaux les plus récents, l'*hématomyélie*, la *syringomyélie*, la *maladie de Little*. L'étude des affections systématisées les conduit à une étude remarquable du tabes, étude dans laquelle, à l'aide de figures excellentes, ils critiquent les théories pathogéniques actuellement en faveur et admettent que seules sont atteintes, par le processus tabétique, les fibres exogènes des cordons postérieurs. La description de la syphilis médullaire par MM. Gilbert et Lion, celle des méningites rachidiennes par M. Claude terminent ce volume qui est à tous égards, et par le choix heureux des rédacteurs, et par le soin de l'impression, digne de ceux qui l'ont précédé.

L. B.

Manuel de diagnostic médical et d'exploration clinique (2), par P. Spillman et P. Hausalter.

Le manuel classique de MM. Spillmann et Hansalter arrive aujourd'hui à sa quatrième édition. Dans cette nouvelle édition, tout en respectant leur plan primitif, les auteurs ont remanié complètement tous les chapitres qui nécessitaient des développements nouveaux, tel l'examen des urines, du sang, l'exploration de l'estomac. Ils ont aussi ajouté un paragraphe, rédigé par M. Guillot, sur les applications médicales de la radiographie et de la radioscopie.

Le livre actuel est divisé en trois parties : dans une première, MM. Spillmann et Haushalter passent successivement en revue les diverses *méthodes d'investigation* dont nous nous servons habituellement pour arriver au diagnostic : méthodes naturelles, inspection, exploration mensuelle, mensuration, pesage, dynamométrie, percussion et auscultation, thermométrie, examen du sang et des urines, etc. Dans une seconde partie, est étudiée la *méthode générale d'examen des malades*, qui doit tenir compte et des antécédents et de l'examen attentif de tous les organes et appareils. Le dernier chapitre est consacré aux *méthodes spéciales* qui permettent le diagnostic des maladies entre elles : maladies respiratoires, nerveuses, circulatoires, etc. Ecrite avec la remarquable clarté et l'ordre vraiment scientifique qui ont déjà assuré le succès des premières, cette nouvelle édition rendra les plus grands services aux jeunes étudiants qui n'arrivent pas à se débrouiller dans l'examen d'un malade, et à ceux qui ne connaissent pas, ou ne connaissent que peu telle ou telle branche de la pathologie médicale.

L. B.

La syphilis. Chancre et syphilis secondaire (1), par le docteur Vouzelle, ancien interne des hôpitaux.

Ce volume traite des deux premières étapes de la syphilis : du chancre et des accidents secondaires. Certes les ouvrages sur ce sujet sont innombrables, mais la plupart sont des œuvres didactiques, ayant pour but le triomphe d'une idée, la discussion dogmatique de certains points particuliers, le développement d'idées nouvelles, de faits nouveaux. Les autres sont, par leur importance même, longs et difficiles à consulter dans la pratique courante de la médecine.

Ce que l'auteur a cherché avant tout c'est à être bref, tout en étant complet. Puisant à toutes les sources, s'inspirant des publications, des ouvrages anciens ou récents, de Ricord, de Diday, de Lancereaux, de Julien, de Fournier, etc., il s'est efforcé de présenter, en le résumant, le tableau de la syphilis, d'après les opinions régnantes.

L'historique de la question, indispensable pour bien dégager la syphilis des maladies nombreuses avec lesquelles longtemps elle fut confondue, est traitée aussi succinctement que possible. Toutes les théories pathogéniques plus ou moins incertaines sont simplement signalées. L'anatomie pathologique est sommairement décrite.

Par contre la partie clinique est très développée.

Le chancre est l'objet d'une étude minutieuse. Tous les signes qui peuvent le différencier des lésions avec lesquelles il peut si aisément se confondre, qui en permettent le diagnostic précoce malgré ses modalités si diverses, sont décrits avec détails et précision.

Les moindres accidents secondaires sont l'objet d'une description spéciale; leurs signes pathognomoniques mis en lumière. Aussi pensons-nous que le volume de M. Vouzelle sera accueilli avec intérêt par tous les praticiens.

(1) T. IX : *Maladies du système nerveux*. Gr. in-8°, 1004 p., 173 fig. Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) 4e édit., entièrement refondue. In-16. Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

(1) Petit in-8°. (Encycl. scient. des aide-mémoire.) Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17


ZÔMOL
Z
SUC DE VIANDE DESSÉCHÉ

N° 53. — JEUDI 8 ET SAMEDI 10 MAI 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 8 ET SAMEDI 10 MAI 1902. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

L'angine de Vincent.

Par M. Ch. DOPTER, médecin aide-major de première classe.

Parmi les indiscutables progrès que la bactériologie a fait faire à la pathologie des angines, il faut accorder une place à la découverte effectuée par M. Vincent, professeur agrégé au Val-de-Grâce. L'angine qui porte actuellement son nom se distingue nettement, par son étiologie et sa nature, des autres variétés jusqu'alors isolées des angines à fausses membranes.

En 1898 en effet, M. Vincent décrivait une angine, causée par un bacille ressemblant au bacille de Löffler, mais affectant la forme d'un fuseau, et se distinguant des bacilles diphtériques par sa façon différente de prendre la matière colorante. Ce bacille « fusiforme » était le plus souvent en symbiose avec un spirille.

La clinique journalière devait bénéficier de cette description : à l'aide d'un examen microscopique direct, le praticien pouvait aisément éliminer l'hypothèse de diphtérie ou même de chancre syphilitique avec lesquels l'angine en question présente beaucoup de points de ressemblance.

Depuis les premières publications de Vincent, les faits se sont rapidement accumulés, tous confirmatifs des données de la première heure. L'étude approfondie des cas observés n'a fait que compléter la description donnée en 1898 à la Société médicale de hôpitaux, et a contribué à donner droit de cité à l'angine de Vincent.

Les observations diffèrent peu entre elles, aussi la symptomatologie est-elle facile à dégager.

I

Symptomatologie. — Ce sont tout d'abord des phénomènes généraux qui attirent l'attention des malades : ils se plaignent de fatigue, céphalée, courbature, ils présentent de la fièvre, qui, le plus souvent légère, peut atteindre en certains cas 38°5 et même 39. En même temps, ils accusent de l'inappétence ; les premières voies digestives sont saburrales, surtout chez l'enfant ; enfin, on note, soit de la diarrhée, soit de la constipation ; tous symptômes, en un mot, qui font partie du cortège habituel d'une infection et particulièrement des angines banales. Parfois, déjà à cette époque le sujet ressent en avalant une légère douleur, si minime en certains cas, qu'il ne s'en inquiète aucunement, « c'est une sensation de corps étranger, qui gêne, plutôt qu'elle ne fait souffrir. »

L'examen de la gorge montre l'existence soit d'une fausse membrane pure et simple, soit d'une ulcération recouverte d'un enduit grisâtre, pseudo-membraneux, tapissant l'amygdale. Il faut admettre avec Vincent que ce ne sont pas là deux manières d'être différentes de l'angine, mais seulement deux étapes successives d'un même processus engendré par la même action pathogène, autrement dit dans le ou les premiers jours de la maladie, l'angine présente un aspect diphtéroïde ; ultérieurement elle est ulcéro-membraneuse.

PREMIÈRE PÉRIODE. — *Angine diphtéroïde.* — A cette période de début, la muqueuse amygdalienne est le siège d'une petite tache blanc grisâtre à contours légèrement irréguliers. C'est une pseudo-membrane revêtant nettement un caractère diphtéroïde. Le plus souvent unique, elle peut être accompagnée dans son voisinage d'une ou de plusieurs autres productions semblables. L'amygdale du côté opposé peut présenter un aspect identique, mais le fait est relativement rare. Son étendue peut être minime, mais assez fréquemment on la voit envahir toute la surface de la tonsille, puis la muqueuse, les piliers du voile du palais (Rispal-Lacoarret, Siredey), de la luette (Vincent). Sa consistance molle permet de l'enlever par le râclage : elle est formée d'une matière, pulpeuse à la partie toute superficielle, plus cohérente dans sa profondeur. Son épaisseur atteint 1 à 2 millimètres environ. Sa surface sous-jacente, après ablation de cette fausse membrane, est érodée et saigne très facilement.

Autour de cette lésion, la muqueuse est rouge, œdématiée, d'aspect nettement inflammatoire.

A noter au cours de ces phénomènes quelques symptômes accessoires : la salivation est exagérée, l'haleine en général est fétide ; enfin les ganglions sous-maxillaires sont engorgés, tuméfiés. Peu sensibles et peu hypertrophiés dans les cas bénins, ils deviennent très durs et très douloureux à la pression quand la fausse membrane est étendue et que la lésion n'est pas traitée. Jamais cette adénopathie n'a passé à la suppuration.

Cette forme diphtéroïde, traitée convenablement, rétro-

cède rapidement : la fausse membrane disparaît peu à peu, se détache, et tout se répare. Par contre, si elle est abandonnée à elle-même, la fausse membrane s'épaissit, s'étend dans la profondeur, ronge en quelque sorte les tissus sous-jacents. En un mot il se forme une ulcération manifeste.

Deuxième période. — *Angine ulcéro-membraneuse.* — L'apparition de cette ulcération caractérise le deuxième aspect clinique. Elle se produit, en général, le deuxième ou le troisième jour. L'amygdale est le siège d'une excavation de forme ronde ou ovale, en bissac parfois. Quand deux ulcérations se sont fondues en une seule, les bords en sont irréguliers, anfractueux et taillés à pic. Cet ulcère profond de 1 à 2 millimètres est recouvert d'une matière caséeuse blanchâtre ou grisâtre, rappelant encore l'aspect du plâtre en train de se dessécher. Mais cet enduit n'est en réalité que la partie superficielle de la fausse membrane dont le centre s'est nécrosé et a donné lieu à un tissu mortifié, sans consistance, s'enlevant aisément au moindre attouchement. La partie profonde de cette fausse membrane est plus adhérente, s'enlève assez aisément, laissant au-dessous d'elle une surface bourgeonnante et sanguinolente après le râclage. Enlevée, cette fausse membrane se reproduit rapidement du jour au lendemain.

L'aspect de l'amygdale est peu différent de ce qu'il était au stade diphtéroïde. A noter l'absence d'induration constatable par la palpation digitale.

A cette période, la dysphagie est habituellement marquée l'haleine est très fétide, la salivation abondante, et les ganglions sous-maxillaires hypertrophiés et douloureux. Les enfants présentent parfois du jetage nasal qui dans la règle reste séreux. Il ne s'agit pas ici d'une propagation de la lésion pharyngée à la muqueuse nasale, car les germes que le produit de jetage véhicule sont de tout autre nature que ceux qui végètent au niveau de l'ulcération tonsillaire.

Sous l'influence d'un traitement antiseptique, l'exsudat pseudo-membraneux devient plus fluide, l'ulcère se déterge peu à peu, mais lentement. Les bourgeons charnus du fond ulcéré prolifèrent, les bords se rapprochent, et la lésion guérit. En même temps, les phénomènes généraux s'atténuent, la dysphagie, la fétidité de l'haleine, l'adénopathie rétrocèdent progressivement.

Tel est le tableau clinique décrit dans toutes les observations publiées jusqu'alors ; elles ne diffèrent que par quelques points de détails.

La durée totale de ces phénomènes est variable : « Vers le huitième ou dixième jour en général, dit M. Vincent, l'amygdale se nettoie, et dès que les débris pseudo-membraneux, qui tapissent encore les anfractuosités de l'ulcère, ont été éliminés, la réparation est rapide. Dans certains cas, l'affection est tenace, et dure quinze jours et plus. »

D'après les auteurs, la durée moyenne est de quinze jours ; toutefois il est des cas rebelles où la guérison ne se fait qu'au bout de vingt-cinq, trente, soixante, et même soixante-dix jours (Sacquépée). Vincent signale un fait, où l'affection mal soignée a duré six mois. Ces longues durées sont assurément en rapport avec l'absence de traitement.

Les récidives sont relativement fréquentes ; elles s'effectuent à plus ou moins brève échéance, soit sur la même amygdale, soit sur celle du côté opposé. Dans ce dernier cas, il semble que la lésion se propage par une véritable inoculation : on cite en effet des cas où un attouchement thérapeutique de la muqueuse saine par une substance trop caustique a contribué au développement d'une nouvelle fausse membrane siègeant précisément au point de la muqueuse qui a été traumatisé. Athanasiu a observé un fait de ce genre à la suite d'un badigeonnage avec une solution de chlorure de zinc.

Complications. — On pensait, jusqu'à ces derniers temps, que l'angine de Vincent était une affection purement locale, le début s'accompagnait bien de phénomènes généraux, mais aucun symptôme particulier, survenant au cours de la maladie, ou pendant la convalescence, ne venait montrer la présence d'une complication quelle qu'elle soit. Seul le fait de Nicolle signalant l'apparition d'un érythème, était considéré comme une exception. Or, M. Simonin vient récemment d'insister sur certaines complications qu'il a vues survenir au cours de l'angine de Vincent.

Elles portent sur les téguments, les articulations et les viscères.

Les *téguments* sont parfois le siège d'un érythème qui peut revêtir un aspect scarlatiniforme, ou celui de l'érythème noueux ; enfin, le plus souvent l'éruption cutanée est polymorphe, plus rarement elle est purpurique. Ces phénomènes peuvent rester localisés ou se généraliser. On a noté encore à plusieurs reprises l'œdème de la face.

Des *phénomènes articulaires* se manifestent assez fréquemment sous forme d'arthralgies multiples sans tuméfaction notable ; ils s'accompagnent ou non d'élévation de la température.

Ces symptômes, arthralgies, éruptions érythémateuses, surviennent en moyenne cinq à six jours après le début de l'angine ; leur durée est variable : en certains cas, tout a rétrocédé en trente heures, d'autres fois, ils ont persisté quinze jours.

Les *complications viscérales* sont très rares. A noter, au cours de l'angine de Vincent, un cas de spléno-pneumonie, un cas de myocardite, enfin l'albuminurie (Niclot et Marotte, Siredey, Simonin). Disons d'ailleurs que ces complications ne semblent pas relever du bacille fusiforme lui-même, mais des agents microbiens qui lui sont associés (Simonin).

Somme toute, ces complications sont bénignes ; à part un cas de mort signalé à la suite de la spléno-pneumonie indiquée précédemment, elles ne laissent aucune trace de leur passage.

II

Étiologie. — Les sujets malpropres, ceux qui ne prennent aucun soin hygiénique de leur bouche, sont plus particulièrement prédisposés à cette forme d'angine. Le plus grand nombre des cas publiés porte sur le sexe masculin.

Il est à remarquer que beaucoup des sujets atteints ont une dentition défectueuse, mal soignée. On a signalé la carie dentaire, l'éruption de la dent de sagesse comme des conditions favorables pour contracter l'angine de Vincent.

De nature microbienne, l'angine à bacilles fusiformes est *contagieuse*. Plusieurs auteurs, dans divers travaux, avaient envisagé le rôle de la contagion comme probable, mais en l'absence de données suffisamment positives pour faire admettre cette étiologie, la contamination n'avait pu être que soupçonnée. Or, les faits récemment rapportés sont très affirmatifs : un militaire fait usage de la pipe d'un de ses camarades atteint d'angine de Vincent ; il contracte une

stomatite (1) à bacilles fusiformes. Un jeune homme prend une angine de Vincent de sa maîtresse atteinte de la même affection (Launois et Le Marc'Hadour). Un fait absolument identique à ce dernier est signalé par M. Vincent. Le doute n'est donc plus de mise, et l'on peut avancer d'après les observations précédentes que le contact nécessaire à la propagation peut être direct ou indirect.

L'état général du sujet est assurément un facteur étiologique important. Athanasiu a observé un grand nombre de cas d'angine à bacilles fusiformes chez des enfants adénoïdiens et scrofuleux. On a accusé la misère physiologique, l'affaiblissement, la fatigue, le surmenage, de favoriser l'éclosion de l'affection. Et de fait, l'angine de Vincent, étant une maladie microbienne, rentre dans le cadre de toutes les affections parasitaires et, comme telle, doit subir les mêmes lois de l'étiologie générale : l'invasion microbienne a d'autant plus de prises sur un organisme, que ce dernier offre moins de résistance à son atteinte.

L'influence du terrain ne peut être mise en doute, il prépare les voies d'accès à l'agent pathogène.

Bactériologie. Agent pathogène. — L'examen microscopique d'un frottis de la fausse membrane prélevée au niveau de l'amygdale fait percevoir au milieu d'éléments cellulaires (cellules endothéliales, leucocytes, etc.), des agents bactériens : parfois le *bacille fusiforme* y existe seul, très abondant, en culture pure; plus souvent, le bacille fusiforme est en symbiose avec des *spirilles* ; enfin, d'autres germes peuvent s'associer aux précédents : ce sont des *staphylocoques*, *streptocoques*, *coli-bacilles*, etc. Ces divers microbes, surtout les deux premiers, réclament une étude toute spéciale.

I. Bacille fusiforme. — Vincent, qui l'a complètement décrit, en fixe les données morphologiques suivantes :

Le bacille a l'aspect d'un fuseau, il est très allongé, et mesure 10 à 12 μ de longueur; ses deux extrémités sont minces, sa portion moyenne, au contraire, est plus épaisse, et paraît renflée ; il est, soit droit, soit incurvé, surtout dans les formes courtes; il peut revêtir une forme très longue, et devient alors filamenteux, mais l'amincissement de ses bouts le fait aisément reconnaître. Ces bacilles abondent dans une préparation, on peut les voir isolés, ou groupés deux à deux, parfois, ils se présentent « en amas confluents, ou même en faisceaux composés d'éléments divergents et presque radiés » (Vincent).

A côté de cet aspect, existent des formes d'involution fréquentes, surtout quand l'affection a subi déjà un traitement. Dans la forme d'involution la plus commune et « qu'on peut considérer comme normale », on constate au milieu du protoplasma les vacuoles incolores qu'il ne faudrait pas confondre avec les spores : outre que leur volume est inégal, elles ne prennent pas la coloration habituelle des formes de résistance de certains agents microbiens. D'autres fois, le bacille prend un aspect « bombé, irrégulier ou échancré ».

Examiné à l'état frais sans coloration dans la salive et à chaud, le bacille fusiforme est parfois mobile. « Les mouvements de cette bactérie, dit Letulle, se font sur un même plan, par oscillations onduleuses, rappelant les mouvements d'un poisson. » Cependant, beaucoup d'auteurs l'ont trouvé complètement immobile, même en se plaçant dans les conditions les plus favorables pour constater le fait. Vincent, dans toutes ses communications, affirme l'immobilité du bacille fusiforme. Cultivé, le même microbe est immobile. Toutefois, dans un cas récemment étudié, il a constaté une mobilité légère (communication orale). D'après ce qui précède, ne semble-t-il pas que la mobilité, si elle existe en certains cas, n'est pas constante ? Il en est de même, comme on sait, pour certains autres microbes. La recherche des cils est toujours restée négative.

Coloration. — La fuschine diluée de Ziehl, la thionine phéniquée, le violet de gentiane donnent d'excellentes colorations. Le bacille fusiforme *ne prend pas le Gram*. Ce dernier caractère permet de le différencier nettement d'avec le bacille diphtérique avec lequel il présente de prime abord, surtout dans les formes courtes, de grandes analogies. Il est cependant certaines formes d'involution de ce germe, qui présentent une certaine difficulté à se décolorer par l'alcool absolu, une fois la réaction iodo-iodurée opérée. Néanmoins, en thèse générale, le bacille fusiforme ne se colore pas par la réaction de Gram.

II. Spirille. — En association presque constante avec le bacille fusiforme, le spirille se présente sous la forme d'un long filament, ondulé, flexueux. Les flexuosités sont plus ou moins accusées suivant les éléments; elles donnent des figures variées : en 8 de chiffre, en spirale, en tire-bouchon, etc. La ténuité du spirille est extrême. Les spirilles sont isolés ou groupés; quand ils sont en amas, ils forment un chevelu inextricable.

A l'état frais on constate que ce germe est habituellement doué de mouvements très actifs. Il se meut brusquement, se tend et se détend comme un véritable ressort. Toutefois, en certains cas, cette mobilité est fort peu accusée.

Le spirille prend les mêmes colorations que le bacille fusiforme, mais généralement avec beaucoup moins d'intensité que ce dernier; comme lui, il *ne prend pas le Gram*.

L'abondance du spirille comparativement à celle du bacille fusiforme est variable : parfois en nombre nettement prédominant, il est d'autres fois en quantité minime, ou même totalement absent, comme dans des cas rapportées par Vincent, où la forme diphtéroïde de la lésion était absolument pure.

III. Autres bactéries. — Les bactéries que le microscope montre dans le frottis de la pseudo-membrane à côté des deux variétés précédentes, ne comportent pas de description spéciale. Ce sont des agents habituels de la suppuration : le staphylocoque, le streptocoque, des cocci mal déterminés. Le colibacille est assez fréquent ; le pneumocoque, le pseudo-diphtérique, des levures y ont été rencontrés. Inutile d'insister sur ces germes si connus.

Cultures. — L'ensemencement de l'exsudat pseudo-membraneux, sur les milieux de culture usités journellement en bactériologie, ne donne lieu qu'au développement des colonies de la dernière catégorie des germes envisagés : le bacille fusiforme et le spirille ne poussent pas dans ces conditions. Jusqu'à ces derniers temps, toutes les tentatives avaient échoué, même avec les milieux artificiels et

(1) On sait actuellement que certaines stomatites ulcéro-membraneuses sont engendrées, au même titre que l'angine de Vincent, par le bacille fusiforme. Ces deux affections, différentes par leur siège, sont identiques dans leur nature; le fait est notoirement prouvé par la coexistence chez le même malade des deux lésions, anatomo-pathologiquement et bactériologiquement semblables (Vincent, Siredey).

organiques les plus variés, et en particulier dans la salive. Tout au plus avait-on obtenu en bouillon ordinaire, et dans le liquide d'ascite, un petit nombre de bacilles fusiformes en symbiose avec les autres bactéries qui, elles, avaient envahi la culture.

Dernièrement, Vincent a pu obtenir des cultures abondantes et durables du bacille fusiforme sur des milieux spéciaux; mais le spirille ne s'est jamais multiplié.

Dans le bouillon Martin, le bacille fusiforme se cultive sous forme de longs filaments immobiles. Mais les milieux les plus favorables sont les milieux organiques de préférence humains, tels que le sérum sanguin, le liquide céphalo-rachidien additionné de sang, le liquide pleurétique, enfin, le liquide provenant d'une hydarthrose rhumatismale. Le bacille y présente sa forme et ses réactions caractéristiques. Ces cultures dégagent une odeur fétide, semblable à celle du pharynx des malades atteints d'angine de Vincent.

Des résultats semblables ont été obtenus ultérieurement par MM. Niclot et Marotte. Ils ont pu cultiver, dans un mélange de bouillon (1 partie) et de sérum humain (3 parties), le bacille fusiforme à l'exclusion du spirille, qui avait disparu dès le premier essai. Par contre, un mélange de bouillon et de sérum pleurétique leur a permis de faire pousser le spirille seul, mais pour le bacille fusiforme, comme pour le spirille, jamais ils n'ont pu obtenir de cultures pures : streptocoques, staphylocoques, cocci vulgaires, etc., s'y sont toujours mêlés. Il est permis de se demander si la présence concomitante de ces bactéries n'est pas indipensable à la multiplication du bacille fusiforme.

En réalité, le fusiforme d'une part, le spirille de l'autre, ni même l'association fuso-spirillaire, n'ont pu encore être isolés à l'état de pureté.

Inoculations. — Les premiers essais d'inoculation du bacille fusiforme et du spirille restèrent négatifs. Mais Vincent put, en inoculant les cultures précédentes, sous la peau ou dans l'épaisseur des muscles, obtenir des abcès, puis des foyers de nécrose, dont les produits pseudo-membraneux renfermaient le bacille fusiforme accompagné du spirille, et d'autres bactéries banales. Ces microorganismes se trouvèrent toujours associés, jamais isolés cliniquement, la lésion expérimentale présentait chez l'animal tous les caractères observés au niveau de l'amygdale humaine : aspect plâtré de l'ulcère formé, avec fétidité intense, etc.

Plus tard, le mémoire de MM. Niclot et Marotte signale la réussite des inoculations de l'exsudat pseudo-membraneux sous la peau des muscles, dans l'épaisseur du derme et le péritoine. L'injection intra-péritonéale peut provoquer en certains cas des abcès siégeant à la face externe du foie, et nantis des mêmes caractères que l'ulcération tonsillaire. M. Simonin a obtenu des résultats identiques.

Ainsi donc, voilà bien définies dans leur morphologie leurs conditions de culture, l'inoculation, les germes décelables par les frottis de l'exsudat tapissant les lésions amygdaliennes. Quel est le rôle pathogène qui leur doit être attribué?

Rôle pathogène. — Tout d'abord, s'il est des cas où les trois variétés de microbes signalés se retrouvent à l'examen de la fausse membrane, avec prédominance déjà manifeste du bacille fusiforme et du spirille, il en est d'autres, très fréquents, où le bacille en fuseau n'est accompagné que du spirille; d'autres enfin, mais plus rares, où le bacille de Vincent est le seul décelable et semble, par conséquent, seul incriminable dans la genèse de la lésion.

D'autre part, les examens bactériologiques répétés à quelques jours de distance au fur et à mesure que les phénomènes évoluent, donnent des renseignements précieux sur le rôle de chaque catégorie d'agents bactériens.

Au début, c'est nettement le bacille fusiforme qui prédomine, il peut même être seul, comme dans les cas déjà signalés par Vincent; le spirille vient s'y adjoindre, en petite quantité tout d'abord, puis progressivement en grande abondance. Surviennent alors les agents habituels de la flore buccale : cocci, staphylocoques, streptocoques, etc. La période de régression est marquée par l'abondance de ces derniers, devant lesquels bacilles fusiformes et spirilles finissent par disparaître peu à peu. S'il se produit une récidive, c'est encore le bacille fusiforme qui abonde les premiers jours avec le spirille et le même processus évolutif se reproduit comme précédemment.

Ces faits, bien établis déjà par les premières publications, joints à cet autre que le bacille fusiforme est le seul décelable dans l'extrême profondeur de la fausse membrane (Vincent), prouvent d'une façon péremptoire le rôle véritablement pathogène du bacille fusiforme. Dès lors, cette notion implique que les autres germes, spirilles et autres, ne sont que des agents d'association secondaire, mais dont la présence n'est pas indifférente pour la formation de l'ulcère (spirille) ou la genèse de complications générales (staphylocoques, streptocoques, etc.).

Toutefois le rôle pathogène du bacille fusiforme a été, un moment, contesté. Letulle a voulu montrer que ce germe se trouvant dans le tartre dentaire, le pus de certains abcès dentaires, des ulcérations buccales autres que l'angine de Vincent, ne devait se rencontrer dans cette dernière affection qu'à titre banal pur et simple. Mais la cavité buccale est riche en microbes de toute espèce, qui y vivent en saprophytes, et qui, à un moment donné, sous les influences déterminées, peuvent devenir pathogènes et donner lieu notamment à des angines. Le streptocoque, le pneumocoque sont du nombre, et le fait le plus frappant à opposer aux objections formulées est l'exemple de la diphtérie, dont le bacille spécifique existe normalement chez certains sujets sains.

D'ailleurs les agents pathogènes en général provoquent dans les tissus des effets multiples. Si l'angine est la manifestation la plus habituelle de la présence et du développement du bacille diphtérique, les faits montrent qu'il peut se rencontrer ailleurs, et notamment engendrer des suppurations diverses. « Bien qu'il soit le facteur de lésions si disparates, le bacille de Löffler ne saurait être évidemment dépossédé de sa spécificité dans la diphtérie » (Vincent). Il en est de même de la plupart des agents bactériens et du bacille fusiforme en particulier : le bacille fusiforme se trouve partout dans la bouche, chez le sujet sain comme aussi au niveau des ulcérations diverses dont la cavité buccale peut être le siège. Comme le bacille de Löffler, on le rencontre encore sur la membrane recouvrant la plaie produite par l'amygdalotomie, etc.; la fausse membrane de certaines stomatites ulcéro-membraneuses peut être uniquement provoquée par sa présence, et de même, pour Vincent, la pourriture d'hôpital serait encore son œuvre. « Le bacille fusiforme, par la variété de ses effets pathogènes, mérite assurément d'être rapproché du bacille de Löffler, et

les mêmes raisons qui plaident en faveur de son rôle dans l'angine pseudo-membraneuse lui sont applicables. » L'angine de Vincent a donc non seulement « une physionomie clinique particulière, mais encore une bactériologie propre ».

Le rôle pathogène du bacille fusiforme est donc indéniable.

Cette action spécifique peut s'exercer *d'emblée* et, dans ces conditions, le bacille fusiforme peut engendrer à lui seul, et de toutes pièces, la lésion locale débutant par la fausse membrane et se continuant par l'ulcération. Mais à la faveur d'une brèche épithéliale, effectuée soit par un traumatisme, soit par une infection quelconque, le bacille fusiforme peut intervenir *secondairement*; il se greffe sur cette porte d'entrée qui lui est ouverte, se multiplie et produit une fausse membrane caractéristique de l'angine de Vincent. Le fait avait été signalé par Vincent à la suite de l'amygdalotomie, d'une excoriation ou d'une cautérisation de l'amygdale, par Athanasiu, consécutivement à un attouchement de la gorge au chlorure de zinc; ce dernier auteur a encore remarqué que certaines ulcérations syphilitiques perdaient leur aspect habituel pour revêtir le masque de l'angine de Vincent, et en pareil cas, le développement du bacille fusiforme au niveau de la surface ulcérée venait singulièrement compliquer et modifier les caractères cliniques de la lésion primitive. Enfin M. Simonin vient d'observer qu'au décours d'infections pharyngées à staphylocoques, streptocoques, bacilles de Löffler, le bacille fusiforme engendrait sa lésion spécifique, à la faveur d'une érosion produite par l'agent microbien qui a infecté primitivement la même muqueuse.

Associations microbiennes. Leur rôle. — Parfois, avons-nous dit, le bacille fusiforme existe à l'exclusion de tout autre élément parasitaire, mais c'est le cas le plus exceptionnel. La plupart du temps, des germes lui sont associés et le plus fréquent est assurément le spirille. Le spirille doit être considéré comme prenant une part très importante à la genèse de la lésion. Il intervient pour favoriser la végétation du fuso-bacille et contribue pour une grande part à la formation de l'ulcère : plus le spirille est abondant; plus la perte de substance amygdalienne est considérable; et plus aussi est marquée la fétidité de l'haleine.

Les autres éléments habituels de la flore buccale s'y adjoignent encore, comme on sait; ils contribuent à exalter et à favoriser l'action pathogène spécifique du bacille de Vincent. Le fait, d'ailleurs, a été constaté expérimentalement par Vincent, par Niclot et Marotte : les inoculations sont nettement favorisées par la symbiose streptococcique. La phagocytose s'exerce sans doute sur le streptocoque et laisse intact le bacille fusiforme. C'est d'ailleurs ce que nous avons constaté dans les préparations de frottis pseudo-membraneux : les bacilles fusiformes se sont toujours montrés libres, extra-cellulaires, tandis que, fréquemment, cellules endothéliales et leucocytes étaient bourrés d'agents microbiens de toute espèce.

Ce rôle favorisant n'est pas le seul : le bacille fusiforme, soit seul, soit en symbiose avec le spirille, ne produit jamais qu'une lésion locale; ces germes ne se généralisent pas; les autres agents microbiens, au contraire, peuvent pénétrer par la porte que l'ulcération a ouverte à leur développement et leur pullulation lointaine. M. Simonin a tout récemment insisté sur ces faits; il a montré que : arthralgies, éruptions polymorphes, purpura, etc., étaient les manifestations à distance du streptocoque ayant cultivé à la faveur de l'ulcération de Vincent. « A dater du moment où la plaie épithéliale a été creusée par le bacille fusiforme et le spirille, l'histoire des malades peut devenir brusquement celle de la streptococcie » (Simonin). Cette streptococcie peut être décelée par la présence du streptocoque dans les frottis de fausse membrane, l'urine, certains abcès, le sang, etc.

Cette étude bactériologique peut être résumée en quelques mots :

1. *L'agent spécifique de l'angine de Vincent est le bacille fusiforme*, seul ou associé à un spirille;

2. *Des agents d'association*, *le spirille* est, de beaucoup, *le plus constant*; *viennent ensuite les germes habituels si nombreux de la flore buccale* (streptocoque, coli-bacille, staphylocoque, etc.). Leur rôle est double : ils aident l'action pathogène du bacille fusiforme et engendrent des complications dont les allures cliniques leur appartiennent en propre et ne relèvent aucunement du bacille fusiforme.

III

Anatomie pathologique. — L'aspect général de la fausse membrane a déjà été décrit précédemment. Il suffira d'ajouter que l'examen macroscopique permet d'y déceler l'existence de deux zones distinctes de caractères différents :

La zone superficielle présente un aspect blanc crayeux, de coloration gris sale. La véritable bouillie qui la constitue n'est pas uniforme; elle est composée de dépôts, d'amas, de grumeaux plus ou moins épais, se laissant facilement écraser entre les doigts, et donnant au toucher une sensation de corps gras. Cette substance, assurément en état de nécrose, se désagrège aisément à l'aide d'un courant d'eau et laisse percevoir, une fois ainsi délayée, la couche la plus profonde.

Cette couche profonde est de coloration jaunâtre, elle est ferme, élastique, et ne se laisse pas dissocier dans l'eau.

Les caractères microscopiques de cette fausse membrane ont été décrits par Vincent, dans un cas où le bacille fusiforme était l'agent unique qui pût être décelé, soit au frottis, soit à la coupe.

Histologiquement, la fausse membrane présente trois couches d'aspect différent :

La couche superficielle ne possède pas de structure bien définie, c'est du tissu de nécrose qui la constitue, il prend mal les colorants, et les noyaux ne sont qu'à peine perceptibles; le bacille fusiforme s'y trouve, accompagné de micro-coques, nombreux en certains points.

La couche moyenne est constituée par une trame fibrineuse aréolaire, ressemblant à celle des fausses membranes diphtériques. Les bacilles fusiformes y sont en abondance extrême, serrés très étroitement les uns contre les autres, et formant de véritables buissons gigantesques. Quelques microcoques y sont encore décelables.

La couche profonde a la même structure histologique; mais les bacilles fusiformes y sont plus rares; ils y sont toutefois à l'état de culture pure.

Depuis cette description, sommairement reproduite, aucune étude semblable n'a été faite, il serait désirable cependant de connaître les caractères anatomo-pathologiques de l'ulcération, et surtout la répartition des spirilles, et leurs rapports avec le bacille fusiforme.

IV

Diagnostic. — Le diagnostic se fait, en thèse générale,

par l'examen microscopique. Mais pour si aisé qu'il semble être de prime abord, il peut parfois donner lieu à des hésitations légitimes. Cependant, même dans les cas litigieux, une analyse rigoureuse des phénomènes amène facilement le clinicien à éviter toute erreur.

1. Angines diverses. — C'est tout d'abord avec les diverses variétés d'angines que le diagnostic doit être établi, et tout particulièrement avec la diphtérie.

a. *Angine diphtérique.* — Dans sa première communication, Vincent insistait sur la ressemblance clinique, entre l'angine diphtérique et l'angine à bacilles fusiformes à son début, à la période de la fausse membrane. Et de fait les analogies sont des plus frappantes; fièvre, phénomènes tonsillaires, adénite, sont trois symptômes à peu près identiques dans l'une et l'autre. Ultérieurement, quand l'exsudat de l'angine de Vincent se nécrose à sa surface et se ramollit, il est comparable à celui des formes poly-bactériennes de la diphtérie, où la fétidité de l'haleine est notoire. Mais en cas de diphtérie, l'état général est mauvais, la fièvre très élevée, le teint plombé, la prostration intense, la tachycardie constante; puis la fausse membrane enlevée, grattée, ne repose jamais sur une ulcération: autant de signes que l'angine de Vincent ne compte pas au nombre de ses manifestations; ajoutons que la sérothérapie antidiphtérique, si puissante contre le bacille de Löffler, est sans action sur le bacille fusiforme. Enfin le criterium dans l'espèce est l'examen bactériologique qui lève tous les doutes.

b. *Autres variétés.* — Bien souvent des germes comme le staphylocoque, le streptocoque, le coli-bacille, le pneumobacille, etc., forment des fausses membranes à l'occasion de leurs manifestations pharyngées. De même une simple mention doit être faite les angines à leptothrix, des angines oïdiennes, etc. Dans tous ces cas, outre l'aspect clinique dont les particularités diffèrent de celles de l'angine de Vincent, l'examen microscopique fait le diagnostic.

Il en est de même d'une variété particulière décrite par Moure en 1895, et qu'il a nommée : *amygdalite ulcéreuse lacunaire aiguë.* Au début, le doute n'est guère possible : la lésion consiste en un petit kyste lacunaire de l'amygdale. Mais ce kyste peut s'ouvrir, une cavité d'apparence ulcéreuse se former, et l'excavation recouverte d'un produit puriforme peut faire songer à l'angine de Vincent, mais outre les caractères cliniques totalement différents, le contrôle bactériologique montre que, dans cet enduit, pullulent des microbes de la flore buccale. Le bacille fusiforme peut y être représenté par quelques éléments microbiens, mais le nombre restreint de ces derniers permet d'éliminer l'existence de l'ulcération de Vincent.

2. Syphilis amygdalienne. — Avec la syphilis amygdalienne on touche le point particulièrement important de la question. Les diverses variétés de la syphilis tonsillaire peuvent en imposer de prime abord pour l'angine à bacilles fusiformes.

La plupart des auteurs signalent l'analogie frappante dans l'aspect clinique entre ces deux processus de nature essentiellement différente; et la ressemblance est telle que quelques-uns d'entre eux donnent à l'angine de Vincent l'étiquette de « chancriforme ». Mais là ne réside pas encore le point délicat : grandes deviennent les difficultés, quand chez le même malade surviennent les accidents syphilitiques primaires ou secondaires avec coexistence d'une ulcéromembrane à bacilles fusiformes. Le départ est malaisé, et le devient d'autant plus, quand, à la surface d'une ulcération syphilitique, se forme une fausse membrane qui donne au microscope un nombre assez marqué de bacilles fusiformes et de spirilles. Si ces derniers sont peu abondants (un ou deux ou trois par champ de microscope) leur rôle saprophytique est seul à pouvoir être envisagé ; mais si la quantité du fuso-spirille est plus accusée, il faut admettre, dit Vincent, « ou bien que la syphilis s'est inoculée sur l'angine préexistante, ou bien que l'infection fuso-spirillaire s'est développée sur la lésion syphilitique. Ce dernier cas est sans doute le plus fréquent. »

Les microbes s'ensemencent sans doute sur la plaie ulcérée par le chancre. C'est d'ailleurs un fait observé par divers observateurs, que le bacille fusiforme, hôte banal de la bouche, a une tendance à végéter à la surface d'une muqueuse dont la barrière épithéliale a été préalablement détruite : Vincent a montré que la fausse membrane qui recouvre la plaie formée par l'amygdalotomie, est extrêmement riche en bacilles fusiformes ; de même une fausse membrane contenant les mêmes germes se développe au niveau d'une muqueuse cautérisée soit par le galvanocautère, soit par un attouchement au chlorure de zinc en solution forte; et enfin une infection antérieure joue le même rôle (angine diphtérique, scarlatineuse, etc.), en produisant à la muqueuse une érosion qui laisse une porte ouverte à l'inflammation et la multiplication du bacille fusiforme, devenant alors pathogène, de saprophyte qu'il était.

Une telle interprétation semble rationnelle; mais le diagnostic n'en reste pas moins parfois épineux; c'est alors l'ensemble des données commémoratives, cliniques et bactériologiques, qui permettra de se prononcer d'une façon précise.

Les commémoratifs sont importants à considérer au point de vue de la syphilis; ils sont trop connus pour qu'il soit utile d'insister. L'absence de ces accidents primordiaux doit donc faire pencher pour l'angine de Vincent, mais il faut toujours compter avec une syphilis ignorée dont la fréquence est actuellement reconnue. Mais cette donnée, négative en réalité, n'a pas de valeur pour le chancre primitif de l'amygdale, puisqu'il est le premier en date. Et, enfin, une cause d'erreur réside encore dans certaines éruptions polymorphes, signalées plus haut, et qui peuvent en imposer pour une roséole spécifique.

Les renseignements bactériologiques ont une grande importance : « Dans la syphilis, même assaisonnée d'infection fuso-spirillaire, les deux microbes n'ont pas l'abondance extraordinaire qu'ils affectent dans l'angine. En outre, ou les trouve mélangés à un grand nombre d'autres micro-organismes... Leur présence exclusive et en quantité parfois colossale, plaidera, au contraire, en faveur de l'angine » (Vincent). Enfin, Vincent signale, comme très utile, le contrôle thérapeutique : « Très sensibles à l'iode, les deux microbes de l'angine ne tardent pas à se raréfier et à disparaître, lorsqu'on cautérise régulièrement l'amygdale par cet antiseptique. Si donc la lésion ulcéreuse persiste après la disparition de ces deux microbes, c'est là une nouvelle présomption en faveur de la syphilis. »

Nous ajouterons que cette vérification post-thérapeutique est valable encore après le traitement par le bleu de méthylène, qui amène rapidement la guérison et, avec elle, la disparition rapide du bacille fusiforme et du spirille.

Les données cliniques, réunies aux précédentes, fournissent un appoint important à la rigueur du diagnostic.

Les *plaques muqueuses simples* peuvent donner le change avec une fausse membrane de l'angine de Vincent, au début de sa formation ; mais les anamnestiques renseignent rapidement sur leur véritable nature, puis les phénomènes qui les accompagnent revêtent bien les caractères de sa spécifité, enfin, à leur surface on ne trouve que de rares éléments microbiens, hôtes commensaux de la muqueuse buccale.

Mais il est des cas où les *plaques muqueuses* prennent une *apparence diphtéroïde*. « Dans ce cas, les amygdales sont souvent volumineuses, les lésions sont recouvertes d'une fausse membrane porcelainique (Fournier), ou bien grisâtre, jaunâtre (Bourges), parfois noirâtre. Cette membrane est *extrêmement adhérente* à la muqueuse sous-jacente ; c'est là un caractère que ne présente pas la fausse membrane de l'angine à bacilles fusiformes. D'ailleurs, dans la syphilis, on trouve des lésions en d'autres points de la bouche et aux organes génitaux, à l'anus. La roséole, la syphilide papuleuse, l'alopécie, l'existence d'une cicatrice chancreuse indurée permettent, à défaut de l'examen bactériologique, de trancher le diagnostic » (Vincent).

Le *chancre infectant* est, avons-nous dit, une lésion qui, dans l'espèce, prête à confusion, d'autant que le chancre de l'amygdale se recouvre souvent d'un enduit qui peut ressembler à celui de l'angine de Vincent. Mais l'exsudat couenneux du chancre est très cohérent, et contraste avec la fausse membrane de l'angine fuso-spirillaire, qui est molle et friable. Puis le chancre porte en lui-même le cachet de tout accident primitif d'origine syphilitique, l'*induration*. L'amygdale, dans l'angine de Vincent n'est pas indurée ; elle peut être turgescente, mais ne présente jamais la dureté ligneuse habituelle de lésion chancreuse. L'*adénopathie* présente des différences d'aspect dans l'un ou l'autre cas : dans l'angine, seuls les ganglions sous-maxillaires sont engorgés et douloureux, la région sous-maxillaire est empâtée ; en cas de syphilis au contraire, les ganglions cervicaux sont pris en même temps que les ganglions sous-maxillaires ; il existe en réalité une véritable chaîne ganglionnaire constituée par des ganglions très durs, absolument indolores, très mobiles, et roulant sous le doigt. Enfin, dans l'angine de Vincent les phénomènes généraux, cette adénopathie, la fétidité de l'haleine disparaissent rapidement sous l'influence de la thérapeutique purement locale, tandis que le même traitement ne fait disparaître aucun de ces phénomènes, s'il s'agit de syphilis.

Les *manifestations tertiaires*, et notamment les *gommes ulcérées* de l'amygdale pourront être confondues avec l'angine de Vincent quand l'examen n'a pas permis d'assister au premier stade de la gomme, avant le rejet du bourbillon central.

Outre que la fièvre n'accompagne pas le développement de cette lésion, outre que celle-ci évolue sans occasionner la moindre douleur, la moindre dysphagie, c'est surtout le traitement qui servira de pierre de touche.

3. Tuberculoses amygdaliennes. — Les manifestations amygdaliennes de la tuberculose peuvent parfois en imposer pour l'angine à bacilles fusiformes.

Il est rare qu'un malade ne vienne consulter le médecin qu'au moment où les *ulcérations* surviennent. Auparavant, la muqueuse est le siège de tubercules miliaires plus ou moins confluents dont la présence se révèle avec leur aspect bien connu, puis on note une salivation abondante, un gonflement œdémateux du tissu amygdalien entourant l'ulcère, enfin, la dysphagie est des plus intenses. L'ulcération, une fois constituée, possède des bords anfractueux, ses contours sont très découpés, puis tout autour, comme au niveau de la perte de substance, des tubercules jeunes sont habituellement perceptibles.

Le *lupus amygdalien* coexiste ordinairement avec les ulcérations lupiques de la face, des lèvres, du pharynx. L'ulcération est serpigineuse, ses bords sont plats, mous, atones. Tout autour, le tissu amygdalien présente une teinte violacée, et est souvent envahi par un véritable phagédénisme. Puis, l'indolence est absolue, et l'adénopathie absente. Enfin quelle que soit la forme existante, le microscope tranche rapidement la question.

4. Ulcérations amygdaliennes au cours des maladies infectieuses. — La *fièvre typhoïde* engendre parfois des ulcérations dans l'arrière-bouche, mais elles siègent de préférence sur le voile du palais et le pharynx, rarement sur les amygdales. Elles sont très superficielles, l'enduit qui les recouvre se détache rien que par le lavage ou des gargarismes, et ne contient du bacille de Vincent que quelques rares éléments dans toute une préparation. Il serait possible, cependant, que le bacille fusiforme profitât de cette brèche faite à l'épithélium pour s'y implanter, et qu'une angine de Vincent vînt se greffer sur une ulcération ainsi produite. L'hypothèse est d'autant plus légitime, que M. Simonin a noté le fait, signalé plus haut, dans certains cas de *scarlatine*, de *diphtérie*, où la localisation du germe pathogène dans la gorge a laissé une porte ouverte à l'infection fuso-spirillaire, qui s'y est ultérieurement développée.

5. Tumeurs. — Une simple mention sera suffisante sur la question des tumeurs, à propos desquelles l'hésitation ne peut être longue. Signalons seulement les ulcérations de l'épithélioma, du sarcome, du lymphadénome, pour lesquels l'aspect clinique, puis l'évolution renseignent amplement le clinicien sur la véritable nature des lésions. Toutefois, en cas de doute, ce dernier sera facilement levé par l'examen bactériologique.

V

Traitement. — Les divers traitements, proposés tout d'abord, amenaient la rétrocession des phénomènes et la cicatrisation de l'ulcère en huit, dix, quinze jours, c'étaient des gargarismes antiseptiques ou au chlorate de potasse. Les badigeonnages biquotidiens à la teinture d'iode sont très efficaces ; il faut frictionner le fond de l'ulcère avec le tampon iodé (Vincent).

La glycérine formolée, les lavages à l'eau oxygénée ont donné de bons résultats (Niclot et Marotte). Siredey a préconisé l'acide chromique, enfin, tout récemment, des applications de *bleu de méthylène* en poudre, chimiquement pur. C'est assurément avec la teinture d'iode le traitement le plus efficace : en trois ou quatre jours, l'ulcération se déterge et cicatrise (Vincent, Siredey, Chauffard, Simonin).

Bibliographie. — Abel. Bactériologie de la stomatite et de l'angine ulcéreuse, *Centralbl. für Bakter. in Parasitenk.*, 15 juil. 1898. — Athanasiu. *Angine de Vincent chez les enfants*, Th. de Paris, 1900. — Auché et Triboudeau. Soc. de biol., oct. 1901. — Babès. Sur un cas de scorbut, *Arch. de méd. expérimentale*, 1893. — Barbier. Soc. méd. des hôpitaux, 14 mars 1902. — Baudouin. Un cas d'angine de Vincent évoluant au cours d'une syphilis primaire, *Touraine méd.*, 15 juil. 1901. — Beitzke. Sur les angines à bacilles fusi-

formes, *Münch. med. Wochens.*, 18 juin 1901. — BERNARD. Sur l'angine de Vincent, *Lyon méd.*, 1900. — BERNHEIM. Ueber einen bakteriol. Befund bei Stomatitis ulcerosa, *Centralbl. f. Bakter. u. Parasitenk*, 11 fév. 1898. — BOSQUIER. Poussée d'angine ulcéro-membraneuse avec bacilles fusiformes de Vincent, sur une amygdalite chronique, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1899. — BOURGES et HUDELO. Recherches bactériologiques sur les fausses membranes des syphilis diphtéroïdes, Soc. de biol., 27 janv. 1899. — BRINDEL et RAOULT. Ulcérations de l'amygdale, Soc. française d'otologie, laryngologie, rhinologie, 1900. — CARNOT et FOURNIER. Sur un cas d'angine de Vincent, Soc. de biol., fév. 1901. — CHAUCHARD. Th. de Bordeaux, 1900. — CHAUFFARD. Traitement de l'angine de Vincent par le bleu de méthylène, Soc. méd. des hôpit., 1901. — CHAVIGNY. Angine de Vincent, *Indépend. méd.*, 1901. — COSTARD. *De l'amygdalite ulcéro-membraneuse chancriforme à bacilles fusiformes et à spirilles ou maladie de Vincent*, Th. de Paris, 1900. — DE STŒCHLIN. Contribution à l'étude des angines ulcéro-membraneuses, *Centralb. f. Bact.*, 1898; — Recherches sur la présence et le rôle du bacille fusiforme dans les angines banales et spécifiques, *Arch. de méd. expériment.*, sept. 1899 et mai 1900 — DOPTER. Sur un cas d'angine à bacilles fusiformes de Vincent, *Presse méd.*, 10 août 1899; — Note sur la contagion de l'angine et de la stomatite de Vincent, Soc. méd. des hôpit., 1902. — ESCAT. *Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx.* — FREYCHE. *Étude sur l'angine diphtéroïde et ulcéreuse à bacilles fusiformes de Vincent*, Th. de Toulouse, 1899. — HECHT. Préparation microscopique d'un cas d'angine de Vincent, Soc. d'otol. et de laryngol. de Munich, 12 nov. 1900. — JACQUES. *Rev. hebdomadaire*, juin 1899. — KŒNIG. Sur un cas d'angine éroso-membraneuse, *Archives intern. de laryngol., d'otologie, de rhinol.*, juillet 1901. — LACOARRET. *Rev. hebd. de laryngol. etc.*, 1899. — LANDRIAU. Purpura primitif infectieux, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1900. — LANSAC. Sur un cas d'angine de Vincent, Soc. de biol., 2 juin 1901. — LEGENDRE. Soc. méd. des hôpit., 11 mars 1898. — LEMOINE. Angine ulcéro-membraneuse à spirilles et bacilles fusiformes, Soc. méd. des hôpit., 24 mars 1898. — LETULLE. Angine de Vincent, Soc. méd. des hôpit., 21 déc. 1900, et *Presse méd.*, 29 déc. 1900. — LESUEUR. Th. de Paris, 1900. — LICHTWITZ et SABRAZÈS. Bacille fusiforme de Vincent dans un cas d'amygdalite ulcéreuse et dans deux cas de suppurations péri-buccales, *Arch. internat. de laryngol.*, 1899. — MANTOUX. Le bleu de méthylène en thérapeutique, *Presse méd.*, 1902. — MARIAU. Sur un cas d'angine à bacilles fusiformes et à spirilles, *Echo méd. du Nord*, 22 janvier 1899. — MENDEL. Diagnostic de l'angine chancriforme, *Echo méd. du Nord*, 1900; — De l'amygdalite ulcéreuse chancriforme, *Revue de laryngol.*, 1895, p. 873. — MOURE. Amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë, *Revue de laryngol. d'otol. et de rhinol.*, 15 sept. 1895. — NICLOT et MAROTTE. L'angine et la stomatite à bacilles fusiformes de Vincent et à spirilles, *Revue de méd.*, 10 avril 1901; — L'angine de Vincent, et les diverses déterminations de la symbiose du spirille et du bacille fusiforme, *Méd. moderne*, 5 juin 1901. — NICOLLE et HALIPRE. Soc. méd. de Rouen, 1899. — NICOLLE. Angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et spirilles, *Arch. prov. de méd.*, avril 1899. — PAGLIANO et FRANÇAIS. Purpura infectieux au cours d'une stomatite ulcéro-membraneuse, *Presse méd.*, 26 avril 1899. — PANOFF. *Angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes de Vincent*, Th. de Nancy, 1899. — POTIADES. Un cas de stomatite et d'angine ulcéro-membraneuse associées avec bacille fusiforme de Vincent, *Arch. de méd.*, 1er juillet 1899. — RAOULT et THIRY. Amygdalites ulcéro-membraneuses à bacilles fusiformes et spirilles, Congrès de laryng. de Paris, mai 1898; — Nouveaux faits d'amygdalite ulcéro-membraneuse, Congrès des Soc. savantes, avril 1901; — *Revue hebd.*, 1898; — Soc. franç. de laryng., mai 1899. — RISPAL. Angine diphtéroïde à bacilles fusiformes et spirilles, Soc. de méd. de Toulouse, 11 nov. 1898, et *Presse méd.*, 1898, p. 146. — SACQUÉPÉE. Note sur 5 cas d'angine à spirilles et à bacilles fusiformes de Vincent, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 13 janv. 1899. — SALOMON. Nouvelle communication sur l'angine à spirochètes, *Deutsch. med. Wochens.*, 22 août 1901. — SCHNEIDER. Angine à bacilles fusiformes de Vincent, *Presse méd.*, 17 juin 1899. — SEVESTRE. Soc. méd. des hôpit., 1898. — SIMONIN. Les complications de l'angine de Vincent, leur pathogénie, Soc. méd. des hôpit., 6 déc. 1901; — Les rapports de la symbiose fuso-spirillaire avec les angines banales; la scarlatine, la diphtérie et le scorbut, Soc. méd. des hôpit., 14 mars 1902. — SIREDEY et MANTOUX. Stomatite de Vincent, Soc. méd. des hôpit., 25 oct. 1901. — SURMONT. Stomatite ulcéro-membraneuse, ses rapports avec l'angine de Vincent, *Echo méd. du Nord*, janv. 1901. — TARASSEWITCH. Sur un cas d'angine à bacilles fusiformes, *Arch. russes de pathologie*, nov. 1899. — VINCENT. Sur l'étiologie et sur les lésions anatomo-pathologiques de la pourriture d'hôpital, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1896. — Sur une forme particulière d'angine diphtéroïde, angine à bacilles fusiformes, Soc. méd. des hôpit., 11 mars 1898, et *Presse méd.*, 12 mars 1898; — Nouvelles recherches sur l'angine diphtéroïde à bacilles fusiformes, Soc. méd. des hôpit., 13 janv. 1899, et *Arch. intern. de laryng.*, 1899; — Recherches bactériologiques sur l'angine à bacilles fusiformes, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1899. — Sur la culture et l'inoculation du bacille fusiforme, Soc. de biol., 23 mars 1901; — Syphilis et bacille fusiforme, *Presse méd.*, 1er juin 1901; — Sur un cas de contagion de l'angine à spirilles et bacilles fusiformes, Soc. méd. des hôpit., 2 mai 1902.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(5 MAI 1902)

Comment se fait-il que les ordres du jour de l'Académie soient si peu chargés? De toutes les sociétés savantes il n'en est pas une seule qui produise aussi peu. Plus nous allons et plus cette pénurie de travaux s'accentue.

Aujourd'hui encore nous n'avons à enregistrer qu'une courte communication de M. Le Dentu qui se rattache à la discussion récente sur le **chloroforme**. Il s'agit d'un homme que M. Le Dentu opère, qui supporte très bien l'anesthésie et qui, trois mois après, meurt subitement d'une affection cardiaque qui avait passé inaperçue. Cette observation confirme la conclusion de M. Huchard et l'opinion émise par la plupart des chirurgiens sur l'immunité relative du chloroforme chez les cardiaques.

Toutefois ces conclusions comportent quelques réserves. Dans le cas de M. Le Dentu, l'anesthésie avait été parfaitement régulière. La mort, survenue trois mois après, a été presque subite. A l'autopsie pas d'embolie cérébrale ou bulbaire, rien dans les artères, mais une dilatation du cœur droit avec insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire. Cet homme a succombé à une syncope.

M. Kermorgant a été élu membre dans la section des associés libres par 73 suffrages sur 83 votants.

Au début de la séance, M. le président, et après lui M. Galippe, ont prononcé l'éloge de M. Filhol — et c'est tout.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(7 MAI 1902)

Dans la dernière séance M. Potherat a présenté un appendice atteint d'**appendicite chronique** qu'il a trouvé dans une

hernie inguinale gauche. M. Guinard revient sur ce sujet et pense que la présence de l'appendice dans des hernies n'est pas un fait rare. Il arrive souvent même qu'une hernie, jusque-là indolente, devienne douloureuse. On l'opère et les douleurs persistent après la cure radicale. Or ces malades continuent à souffrir parce que leur hernie contenait l'appendice atteint d'appendicite chronique. Il faut donc, dans les cas de hernies devenues douloureuses, penser à l'appendice. M. Guinard cite l'exemple d'une malade qui avait eu une crise d'appendicite trois ans auparavant et qui demandait à être opérée d'une hernie inguinale droite devenue douloureuse. Ayant eu connaissance de la crise d'appendicite antérieure, M. Guinard, au moment d'opérer cette malade, fit observer à son élève qu'il était indiqué, dans ce cas, de prolonger l'incision pour aller chercher l'appendice. Il ne fut pas nécessaire de prolonger l'incision, l'appendice se trouvant dans la hernie. Il est bon d'appeler l'attention sur ces faits.

M. Potherat, tout en se ralliant aux observations très judicieuses de M. Guinard, rappelle que son malade ne souffrait pas, qu'il s'agissait d'une cure radicale ordinaire et qu'il a trouvé le cæcum dans une hernie inguinale gauche, c'était là surtout le fait intéressant de son observation.

M. Kirmisson appelle l'attention de ses collègues sur une **lésion congénitale de la narine**, assez intéressante au point de vue de la pathogénie. Il s'agit d'une enfant de deux ans, née de parents bien portants, bien constituée elle-même et ne présentant comme unique malformation qu'une division congénitale de la narine droite, caractérisée par une fente triangulaire exactement limitée à la narine. La base du nez présentait un certain élargissement. M. Kirmisson décolla l'aile du nez, la rabattit et la fixa sur l'angle du nez. Il restait une petite perte de substance au-dessus qu'il ne fut même pas nécessaire de combler par un lambeau autoplastique. Il suffit d'en aviver et d'en rapprocher les bords.

Suit un travail important de M. Quénu ayant pour titre : **tentative de diagnostic des formes graves d'avec les formes bénignes des interventionnistes**. Il y a deux classes de chirurgiens et de médecins pour lesquels cette tentative de diagnostic n'offrira que très peu d'intérêt, ce sont, d'une part, les interventionnistes à outrance et, d'autre part, les abstentionnistes de parti pris. Mais ce diagnostic présentera un réel intérêt pour ceux qui, plus éclectiques, pensent qu'en matière d'appendicite il faut savoir intervenir, attendre ou s'abstenir suivant les cas.

L'appendicite grave est l'appendicite gangréneuse ou tout au moins celle qui se termine par le sphacèle partiel ou total de l'appendice. La suppuration est déjà une forme atténuée de cette appendicite. Le pronostic de ces appendicites gangréneuses est très grave. M. Quénu cite l'exemple d'une appendicite gangréneuse qu'il trouva au milieu d'un abcès. Il opéra, enleva l'appendice et draina l'abcès. Les accidents continuèrent; M. Faure, appelé à voir cette malade, crut devoir rouvrir le ventre; il ne trouva rien et la malade succomba à la résorption de produits toxiques. Il y a une forme hypertoxique d'appendicite dans laquelle la gangrène est primitive et se fait à une période très rapprochée du début des accidents. Il serait bien important de pouvoir de bonne heure diagnostiquer ces formes. M. Quénu rapporte l'observation d'un enfant qui, à la suite d'une indigestion, est pris de douleurs vives dans le ventre et de vomissements; température 38, pouls 104. Douleurs spontanées dans tout le ventre, mais avec maximum au point de Mac Burney. On met l'enfant à la diète; on applique de la glace sur le ventre. M. Quénu voit l'enfant le second jour à trois heures et demie; il allait assez bien, toutefois la diffusion de la douleur, l'altération des traits le poussent à proposer l'opération; M. Marfan qui voit le malade avec lui trouve ce cas bénin et propose d'attendre; M. Quénu arrive à convaincre M. Marfan et pratique l'opération le soir à neuf heures et demie. Il trouve la séreuse saine, pas d'adhérences, pas de liquide; il trouve l'appendice et le résèque, ainsi qu'un énorme ganglion allongé. L'enfant guérit. L'appendice est ouvert, il renferme un liquide sanieux, fétide; il y avait des lésions dans les follicules clos et dans l'appareil lymphatique.

Il s'agissait d'une véritable lymphangite appendiculaire. M. Quénu cite plusieurs exemples et insiste sur l'importance de ces lymphangites appendiculaires. Le point de Mac Burney répond aux voies lymphatiques beaucoup plus qu'à l'appendice lui-même. Aussi peut-on dire que la diffusion de l'adénopathie donne la mesure de la toxicité des appendicites. Il faut donc, dès les premières heures, bien rechercher les signes, attacher la plus grande importance à la diffusion de la douleur avec maximum au point de Mac Burney. Il y a des appendicites, ce sont les plus graves de toutes, qui deviennent très rapidement gangréneuses. Il faut savoir opérer ces malades dans les premières heures : exemple : un malade est pris de malaise jeudi matin; il se purge; dans la nuit de jeudi à vendredi, il éprouve de vives douleurs dans le ventre; un médecin appelé douze heures après le début des accidents trouve une douleur vive au point de Mac Burney avec diffusion dans le côté gauche du ventre; il demande M. Quénu qui opère et trouve une appendicite gangréneuse. Il est possible de diagnostiquer les formes putrides ou gangréneuses dans les vingt-quatre premières heures par la diffusion de la douleur; il faut bien examiner l'état des ganglions mésentériques.

On comprendra toute l'importance de ce diagnostic, car si, dans bien des cas, il y a lieu d'attendre pour opérer à froid, il y a aussi des cas dans lesquels l'opération la plus précoce est la seule chance de salut. C'est surtout de ces cas qu'a voulu parler M. Quénu et il faut le féliciter d'avoir cherché à bien délimiter les symptômes qui peuvent mettre sur la voie d'un diagnostic aussi important au point de vue de la conduite chirurgicale à tenir.

M. Chaput fait une importante communication sur les **indications respectives de la cocaïnisation locale, de la rachicocaïnisation et de l'anesthésie générale**. Voici les conclusions de ce travail :

La *cocaïnisation locale* paraît être, avec le chloréthyle, le procédé de choix pour les petites opérations.

Elle est indiquée, lorsqu'elle est possible, chez les malades qui redoutent l'anesthésie générale.

Elle est applicable aux hernies et aux laparotomies superficielles.

Elle est préférable à l'anesthésie générale chez les diabétiques et chez les tarés.

Elle est contre-indiquée chez les enfants, chez les émotifs pour les laparotomies difficiles, les grosses tumeurs, les opérations compliquées, les amputations et résections sur les membres inférieurs.

La *rachicocaïnisation* est la méthode de choix pour les opérations sur les membres inférieurs, l'anus, le rectum, les

organes génito-urinaires de l'homme et de la femme.

Elle est applicable aux hernies et aux laparotomies superficielles.

Elle est indiquée pour les opérations sur le thorax et les laparotomies difficiles quand l'anesthésie générale est dangereuse.

L'*anesthésie générale* est seule possible pour les émotifs, pour les laparotomies profondes, pour les ulcérations compliquées sur la tête et le cou.

Elle est la méthode de choix pour les opérations moyennes et grosses de la zone supra-pelvienne.

Elle est contre-indiquée chez les malades qui la craignent et chez les diathésiques.

M. Schileau a été élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

M. Quillier. L'eczéma des nourrissons. — M. Durieux. Traitement de la fièvre typhoïde infantile : étude comparée des diverses médications. — M. Durbece. Contribution au diagnostic de la pneumonie infantile. — M. Duflos. La fonction lombaire en psychiatrie. — M. Quillon. Hypertrophie congénitale des membres. — M. Le Monnyer. Contribution à l'étude de la cellule nerveuse. — M. Guinement. Etude sur la cure radicale des hernies crurales par la voie inguinale. — M. Sempe. Perméabilité des séreuses à l'état pathologique. — M. Mainot. Du traitement des péritonites et pleurésies tuberculeuses séro-fibrineuses par les lavages d'eau très chaude. — M. Perrody. L'aérophagie. — M. Jullien. La dégénérescence rénale amyloïde et la perméabilité du bleu de méthylène. — M. Blanquinque. Essai sur le choix de l'intervention dans le traitement des abcès chauds de la prostate. — M. Trifonoff. L'étiologie et la sérothérapie des tumeurs malignes. — M. Eonnet. Un pavillon de chirurgie modèle. — M. Nicollas. Etude sur la conjonctivite à pneumocoques. — M. Thuillier. Étude sur un ancien et un nouveau traitement de la syphilis. — M. Périer. Recherches sur les kystes pararénaux. — M. Berruyer. Le drainage du péritoine après la laparotomie pour lésions utéro-annexielles. — M. Brillaud. Du traitement du pied bot congénital chez le nouveau-né et les jeunes enfants. — M. Bonjo r. Des adénopathies péri-appendiculaires dans l'appendicite. — M. Beauverger. Contribution à l'étude des kystes développés aux dépens des glandes para-urétrales de la femme (glandes de Skene). — M. Ayme. Contribution à l'étude et au traitement de l'ongle incarné. — M. Podevin. Contribution à l'étude des fractures de métatarsiens par cause indirecte. — M. Ferrand. Rhino-bronchite spasmodique. — M. Thorel. Des fistules muco-purulentes de la vésicule biliaire et de leur traitement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux. — Le jury de ce concours ayant donné sa démission, le concours est suspendu.

Bourses de doctorat. — L'aticle 4 de l'arrêté du 15 février 1900, relatif aux bourses de doctorat en médecine, est modifié ainsi qu'il suit :

Seront admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. — L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angéiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire. Les épreuves sont : *a.* une épreuve d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie ; *b.* une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire. Les épreuves sont : *a.* une composition de médecine ; *b.* une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire. Les épreuves sont : *a.* une composition de médecine ; *b.* une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

La valeur de chaque composition est exprimée par un chiffre qui varie de 0 à 20.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine et de thérapeutique, par P. Brouardel, membre de l'Institut, et A. Gilbert, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. T. IX : *Maladies du système nerveux*. Gr. in-8° de 1004 p., avec 173 fig. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Guide pratique d'histologie normale et pathologique, *technique et diagnostic*, par L. Alquier et E. Léfas, internes des hôpitaux de Baris ; préface par V. Cornil, professeur à la Faculté de médecine de Paris. In-8°, avec 151 fig. noires et color. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Diagnostic et traitement des maladies infectieuses, par le docteur J. Schmitt, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. In-16, cart. — Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Conférences pour l'internat des hôpitaux de Paris, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux. Fascic. VII : *Œil et oreille*. — Prix : 1 franc. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Manuel de diagnostic médical et d'exploration clinique, par P. Spillmann, professeur de clinique médicale à l'Université de Nancy, et P. Haushalter, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, chargé de la clinique des enfants. 4e édit. entièrement refondue. In-16, cart. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

Les cirrhoses biliaires, par le docteur Pierre Lereboullet, interne lauréat des hôpitaux. In-8°, broché, avec 90 fig. dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

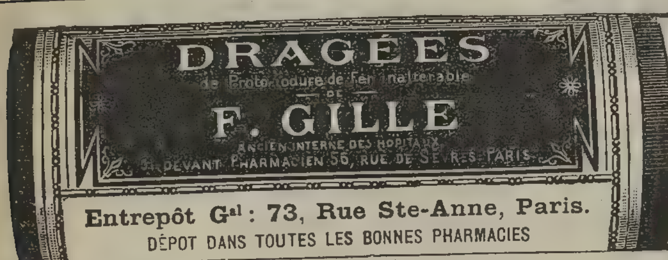
La syphilis. Chancre et syphilis secondaire, par M. Vouzelle, ancien interne des hôpitaux. Petit in-8°. (Encycl. scient. des Aide-mémoire.) — Prix : broché, 2 fr. 50 ; cart., 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Les courants de haute fréquence en dermatologie (traitement des maladies cutanées et vénériennes), par le docteur H. Lebon. In-8° de 60 p., orné de nomb. fig. dans le texte, broché. — Prix : 2 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques et littéraires.

La conjonctivite granuleuse, par le docteur Hourmouziadès, aide de clinique à l'hospice national ophtalmologique des Quinze-Vingts, avec préface par le docteur A. Trousseau, médecin de la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. In-8° de 186 p., broché. — Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques et littéraires.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17


DRAGÉES
de Proto-Iodure de Fer inaltérable
DE
F. GILLE
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX
PHARMACIEN 56, RUE DE SÈVRES PARIS
Entrepôt Gal : 73, Rue Ste-Anne, Paris.
DÉPOT DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

N° 54. — MARDI 13 MAI 1902. 75e ANNÉE. MARDI 13 MAI 1902. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Paris, le 12 mai 1902.

Nous avons déjà dit, dans un précédent article, que les candidats à l'internat devaient maintenant sortir des limites un peu artificielles, qu'ils s'étaient tracées au sujet de la préparation de l'anatomie. Maintenant que les questions d'anatomie et de pathologie posées à l'épreuve écrite sont indépendantes, le sujet d'anatomie n'étant plus subordonné et lié au sujet de pathologie, il s'ensuit que la splanchnologie ne doit plus constituer l'étude presque exclusive du candidat à l'internat, et l'anatomie descriptive vraie, l'anatomie topographique devront faire partie du bagage de tout candidat sérieux. Les questions posées à l'épreuve écrite des derniers concours sont la preuve de ce que nous avançons. Les candidats sont maintenant suffisamment avertis pour que nous n'insistions pas.

Ceux qui prennent la responsabilité de diriger les candidats à la préparation de l'internat devraient se débarrasser de cette fâcheuse habitude qu'ils ont prise de conseiller à leurs élèves de faire étalage de la plus vaste érudition, à propos de la question posée quelle qu'elle soit. Ces digressions plus ou moins appropriées sont mal vues du jury. La copie devient un véritable pot-pourri d'anatomie ou de pathologie où le sujet principal se noie et disparaît dans les hors-d'œuvre.

Enfin, nous ne saurions trop recommander aux candidats de s'en tenir au texte même de la question posée. Ainsi, cette année une des questions était ainsi formulée : « Signes et diagnostic du goitre exophtalmique. » Or nombre de candidats se sont lancés dans l'étude des causes et de la pathogénie qu'on ne leur demandait pas, et cela, sous le prétexte de traiter le diagnostic de la cause ! Les mêmes candidats, d'ailleurs, ébauchaient l'étude du traitement dont on les dispensait de parler sous le même prétexte d'étudier le diagnostic de l'intervention ! Ce sont là de mauvaises manières et de déplorables méthodes. Quand un jury demande à des candidats : Symptômes et diagnostic, c'est qu'il a l'intention de ne leur demander ni la cause ni le traitement. De même quand une question est posée comme celle-ci : « Diagnostic de la tuberculose testiculaire, » c'est que le jury entend parler du diagnostic vrai, du diagnostic différentiel et non de la symptomatologie ! Or, dans le concours actuel, la grande majorité des questions orales, traitant du diagnostic, étaient uniformément mauvaises parce que les candidats consacraient les deux tiers de leur temps à l'étude des symptômes. Il est vrai que, pour leur excuse, ils étiquetaient cette description des symptômes sous le nom de diagnostic positif ! Plusieurs candidats instruits ont payé de leur nomination cette regrettable façon de faire.

Par contre si une question était formulée : « Symptômes de... » invariablement le candidat étudiait les symptômes principaux à la période d'état, mais laissait hors du sujet les modes de début, l'évolution et les modes de terminaison, oubliant qu'une maladie a un commencement, une période d'état et une fin, et qu'à ces trois périodes il y a des symptômes.

Si ces fautes étaient isolées, nous n'aurions pas pris la peine de les signaler ici. Mais elles constituent une manière de faire à peu près générale. La faute en est donc moins aux candidats qu'à leurs chefs de conférences à qui nous adressons ces quelques conseils.

CYSTITE HÉMORRAGIQUE GRIPPALE

Par M. A. BRETON (de Dijon),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Au cours de l'épidémie de grippe qui sévit dans cette région, d'allures bénignes d'ailleurs, nous avons pu relever un mode spécial qui n'a pas encore été cité, du moins à notre connaissance : c'est la grippe abdominale, à forme de cystite hémorragique.

Notre premier cas concerne une dame Q..., âgée de cinquante ans environ, veuve depuis douze ans. Elle fut prise, le 14 décembre 1901, des phénomènes généraux de la grippe : catarrhe naso-pharyngo-trachéo-bronchique, adynamie, courbature générale, fièvre, etc. Au bout de quatre à cinq jours, il se fit une rémission de tous ces symptômes au point de laisser supposer la guérison complète, quand brusquement éclatèrent des troubles urinaires. Douleur au bas-ventre, strictement localisée à la région vésicale, douleur spontanée et provoquée par la pression abdominale, par le toucher vaginal combiné avec le palper. Puis, pollakiurie, ténesme vésical, sensation de pression anale, brûlure pendant la miction, et enfin *hématurie*. Les urines étaient san-

glantes, ne contenant ni sucre, ni albumine. L'hématurie persista durant trois jours et céda par le repos au lit et le traitement. Pas de douleurs de reins, pas de sensibilité provoquée par le palper profond de ces organes. Le sang ayant disparu des urines, celles-ci restèrent foncées pendant huit jours avec dépôt léger muco-purulent, pour reprendre enfin leur aspect normal. Durant douze jours, les signes de cystite demeurèrent en s'atténuant. Le volume des urines émises en vingt-quatre heures ne dépassa pas la normale. La station debout, la marche exaspéraient tous ces symptômes et principalement les douleurs spontanées de la vessie. La guérison ne fut complète que le 2 janvier 1902.

Le 20 janvier, le fils de notre malade, âgé de vingt-trois ans, eut une grippe bénigne à forme de congestion pulmonaire. Soit à cause de la fatigue causée par les soins donnés au malade, soit par suite d'une nouvelle infection, Mme Q... fut reprise de ses phénomènes de cystite. Mais dans cette rechute, qui ne dura que six jours, il n'y eut pas d'hématurie. Tous les autres signes mentionnés réapparurent, mais très atténués. Depuis cette époque, nos deux malades ont recouvré leur santé complète.

Le second cas fut celui de Mme V..., âgée de soixante-cinq ans, bien portante jusque-là et de constitution robuste. Le 5 janvier dernier, la grippe fit, chez elle, son apparition avec le cortège classique des symptômes bien connus. Il y eut d'abord une localisation congestive des deux poumons, et brusquement, après trois jours de ces prodromes, parurent des signes de cystite comme dans le cas précédent, avec disparition des autres symptômes de grippe. Avec les caractères classiques de la cystite, l'*hématurie* se manifesta. Notre malade n'ayant pu garder le lit et ayant continué de vaquer à ses occupations, cette hématurie fut rebelle, dura huit jours et fut assez abondante.

A cause, sans doute, de ce manque de repos, la cystite fut violente. La douleur vésicale particulièrement vive, spontanée, empêchait le sommeil; exaspérée par la pression abdominale, par le toucher vaginal, elle ne céda qu'aux narcotiques. Pas de douleurs rénales, ni spontanées ni provoquées. Pas de polyurie. Les urines furent normales, sauf au moment du pissement du sang. Après disparition de l'hémorragie, l'urine fut, pendant une dizaine de jours, très chargée de muco-pus. Enfin, le 20 janvier, tout rentrait dans l'ordre. Le 21 février, le fils de cette dame, revenant d'un voyage en Suisse, fut atteint de grippe à localisation pulmonaire : foyer de broncho-pneumonie du lobe supérieur gauche. Sa mère se dévoua pour lui donner les soins nécessaires et eut une rechute de sa cystite avec tout le cortège décrit ci-dessus, moins l'hématurie. La caractéristique de cette rechute résida dans les phénomènes douloureux, qui durèrent huit jours. Depuis, Mme V... n'a plus aucun trouble urinaire.

Le troisième cas est celui de Mme J..., âgée de trente-quatre ans, femme de ménage, de constitution vigoureuse, qui nous consulta le 5 mars. En raison des exigences de la vie, elle ne s'alita qu'au dernier moment. Elle nous apprit qu'elle était souffrante depuis dix jours. Le début de sa maladie se fit par les phénomènes ordinaires de l'invasion grippale, avec prédominance du catarrhe naso-pharyngien. Subitement, après trois ou quatre jours de ces malaises, elle était prise de douleurs vésicales, des symptômes de la cystite classique, mais surtout d'une *hématurie* abondante. Tous autres signes de grippe disparaissaient alors. Ce n'est que devant la persistance de la perte de sang qu'elle décida de s'aliter et de voir son médecin. Lors de notre première visite, l'hématurie datait donc de cinq à six jours et persista encore pendant trois jours, soit neuf jours pleins. Par le repos au lit et le traitement, Mme J... a repris sa santé normale après vingt-deux jours de maladie.

Pour expliquer peut-être cette persistance, il faut ajouter que cette femme, assujettie à un labeur quotidien plus ou moins pénible, s'était déjà beaucoup fatiguée pendant trois mois à soigner sa mère morte récemment d'une affection hépatique.

Le 7 mars parurent les règles, sans amener de modifications dans l'état local.

En résumé, nous voyons trois malades, trois femmes, atteintes simultanément de troubles vésicaux succédant aux troubles généraux de la grippe vulgaire et les remplaçant trois à quatre jours après leur apparition, pour persister pendant quinze jours environ.

Inutile de dire qu'un examen méticuleux du rectum, du vagin, de l'utérus, des annexes, de la vulve, de l'urètre, du méat ayant été fait, ne nous permit pas d'y voir la cause de l'hématurie, dans une lésion si minime fût-elle, d'un quelconque de ces organes. Le sang venait bien de la vessie. Pas de passé rénal, urinaire, chez ces trois malades. Elles furent prises de grippe en état de santé normal, et les signes de cystite éclatèrent soudain. Chez toutes les trois, début classique de la grippe avec son cortège de symptômes généraux, durée des prodromes pendant trois à quatre jours, localisation grippale sur la vessie et disparition de tous autres signes. Ce ne peut être là une coïncidence fortuite, vu la disparition des phénomènes généraux de la grippe lors de l'apparition de la cystite, vu l'évolution identique de la maladie chez les trois femmes. Nous relevons donc une forme spéciale, qui n'a point lieu de nous surprendre. Le microbe de Pfeiffer et ses toxines ont une action élective congestive spéciale pour les muqueuses, celle de la vessie ne peut apparemment y faire exception.

La grippe hémorragique est déjà signalée : l'*hématurie grippale* viendra se ranger à côté de l'entérorragie, des métrorragies connues pour avoir cette origine.

Le traitement consista dans le repos complet au lit, régime lacté, boissons émollientes. Contre l'hématurie, nous avons employé utilement l'ergotine en potion, les injections vaginales très chaudes et les lavements chauds. Les suppositoires à la belladone et à l'opium eurent raison de la douleur vésicale, du ténesme. Contre les signes propres de la cystite, les perles de térébenthine et le benzoate de soude nous ont rendu service. Nous insistons sur le séjour complet au lit, comme fondamental. Nos deux malades V... et J..., n'ayant pu garder ce repos dès le début, virent l'affection durer, être plus douloureuse et l'hématurie être plus abondante que chez Q..., immobilisée dès les premiers symptômes.

La température n'a pas dépassé 39 degrés chez nos malades et est revenue à la normale dès la rémission des troubles vésicaux.

Ces trois observations sont intéressantes à citer. Elles ont pour but d'attirer l'attention des cliniciens sur des faits qui ne pourront manquer de réapparaître au cours d'épidémies grippales ultérieures.

OBSERVATION D'APPENDICITE LATENTE

Par le médecin principal Moty,
Professeur agrégé libre au Val-de-Grâce.

L'observation qui suit est celle d'un chirurgien que j'ai pu observer pendant la plus grande partie de sa maladie; je lui laisse l'anonyme qu'il désire garder et publie, sous ma responsabilité, les notes qu'il a recueillies lui-même, en me contentant de les commenter brièvement pour mettre en relief leurs points les plus intéressants.

Auto-observation d'appendicite chronique. — Docteur X..., cinquante-quatre ans. Plusieurs poussées de rhumatisme articulaire aigu dans l'enfance, dyspepsie de 1874 à 1882, plusieurs attaques de dysenterie dont une grave à Biskra, en 1882; plusieurs attaques de paludisme, dont une fièvre rémittente grave à Lang-Son, en 1887, suivie d'impaludisme tenace; attaque de grippe bénigne en janvier 1898 et deux atteintes de tænia, la dernière en 1887, au Tonkin. Urines normales.

Le premier symptôme apparent d'appendicite remonte au 30 septembre 1892. J'avais par hasard soigné ce jour-là quatre ou cinq cholériques atteints successivement en quelques heures, dans un bourg de Normandie; en rentrant à Paris dans la soirée, je fus pris de violentes coliques et de diarrhée profuse sans algidité; tout se calma vers le matin, mais je restai convaincu que j'avais été influencé par la constitution médicale régnante.

Cependant, à partir de cette époque, je restai sujet à des troubles intestinaux fréquents et inexplicables et présentai bientôt une hémisudation du côté droit de la face et du crâne, sans troubles sensitifs ni moteurs, que j'eus l'occasion de faire remarquer à M. Hallopeau en 1893.

Aucun dérangement notable jusqu'en 1898; je remarque seulement que mes jambes sont de plus en plus lourdes et que quelques varices apparaissent au genou droit; que je deviens sujet à des sueurs nocturnes modérées. Dans le cours de l'été, je rends une petite quantité de sang grisâtre à la fin d'une selle; je reste songeur, je me palpe soigneusement l'abdomen et ne trouve rien; cette perte ne se renouvelle pas; je cesse d'y penser. A la même époque, je remarque des mictions nocturnes assez fréquentes avec faiblesse de la vessie; ce symptôme ne dure que deux mois.

Rien à noter de 1898 à 1901. Cette dernière année, je suis atteint d'empyème du sinus maxillaire droit, suite de carie du collet de la première grosse molaire supérieure du même côté, enlevée le 22 juin. Les troubles intestinaux sont plus accusés, surtout en août; alimentation très sommaire; usage continu du sous-nitrate de bismuth.

Dans la nuit du 3 au 4 septembre, je suis éveillé par une violente douleur abdominale avec algidité et nausées; la douleur diminue peu à peu et se localise dans la fosse iliaque droite, de sorte que tout à coup la lumière se fait dans mon esprit et que je me rends compte de la cause de tous mes malaises passés.

Une injection de morphine calme complètement la douleur et je me fais transporter à l'hôpital pour y être opéré séance tenante. Mais les collègues qui veulent bien m'examiner restent sceptiques à l'égard de mon diagnostic et me font remarquer qu'il n'y a aucune urgence à intervenir, ce dont je conviens sans difficulté, le pouls étant à 72 et la température à peu près normale. Seul, M. le médecin-major Sieur, professeur agrégé au Val-de-Grâce, qui pratique le toucher rectal, accepte mon opinion sur la nature du mal, mais se range à l'avis général sur la question d'intervention. Je dois donc me résigner à l'expectation qui, objectivement, paraît indiquée, j'en conviens, mais qui me fait subjectivement l'effet d'un ajournement inutile.

Après quarante-huit heures de diète, je recommence à m'alimenter très légèrement et sors de l'hôpital le 7 avec les jambes faibles et en conservant la sensation d'une douleur gravative faible, mais constante, dans le flanc droit. Je prends quelques jours de repos sans ressentir aucune amélioration notable, la marche et les secousses des voitures continuent à me placer sous la menace d'une nouvelle poussée péritonéale.

L'examen des selles, au point de vue parasitaire, est d'ailleurs négatif.

Pour en finir, je prie mon ami Jalaguier de vouloir bien m'examiner et me donner son avis; il y consent très aimablement et me dit : « Je suis assez conservateur, surtout à votre âge; mais il me semble que votre appendicite vous jouera un mauvais tour; à votre place, je m'en débarasserais. » Fort de son avis, qui était le mien, je revins à la charge auprès des premiers consultants, et cette fois l'opération fut décidée.

Elle fut très habilement pratiquée sous le chloroforme par M. Sieur, dans la matinée du 26 novembre, avec le concours de M. le médecin principal Gross et de M. Bonnet, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Réveil agréable, sensation de délivrance et de calme parfait; dans la soirée, vomissements très douloureux dans la ligne de suture; diète absolue; ni urines, ni gaz intestinaux.

Le 27, nuit assez bonne; sensation de fatigue; bronchite pénible à cause du retentissement de la toux sur les sutures; urines spontanées, petites traces de gaz intestinaux; un peu d'eau fraîche en boisson.

Le 28, amélioration, un peu d'appétit, bouillon; douleur vive brusque, mais passagère, du côté du cæcum. On me présente mon appendice coudé, atrophié et enfoui dans un méso considérablement hypertrophié.

Le 29, un peu de riz; douleurs de rate; pilules de sulfate de quinine.

Le 30, mieux sensible; lavement huileux déterminant quelques coliques, mais pas de selles.

Le 1er décembre, première selle, peu abondante, mais non douloureuse sur le bassin.

Le 2 décembre, selle abondante sur la chaise après un inutile essai sur le plat-bassin.

Le 3, pas de selle.

Le 4, selle naturelle le matin.

Le 5 décembre, dixième jour, ablation des sutures; appétit franchement marqué; je passe la journée dans un fauteuil, ce qui me soulage beaucoup. Les vaporisations créosotées ont calmé la bronchite; selle naturelle; les urines, rares jusqu'ici, deviennent abondantes, quoique toujours riches en acide urique. Application d'une ceinture de gymnastique sur le pansement.

Le 10, sortie de l'hôpital.

Le 11, poids 62 kilogrammes.

Le 15, parti pour le Havre, arrivé à destination sans fatigue, mais toujours faible.

Le 31 décembre, court voyage dans le Midi bien supporté.

Le 3 janvier, poussée de colite avec selles abondantes. Poids, 65 kilogrammes avant la poussée; diète de vingt-quatre heures.

Le 9, poids 63 kilogrammes.

Le 15, poids 63 kilogrammes. Je reprends mes fonctions.

Le 17, poids 63k800.

Le 24, poids 63k900.

Le 5 février, poids 65k100.

Le 22, poids 66 kilogrammes.

En mars, le poids redescend à 63 kilogrammes et remonte à 63k500, point autour duquel il continue à osciller.

Le sous-nitrate de bismuth a été continué jusqu'en avril, mais depuis la fin de mars les fonctions digestives sont normales. L'hémisudation de la face a disparu presque tota-

lement dès les premiers mois après l'opération; la faiblesse des jambes a cédé peu à peu, et les varices elles-mêmes paraissent avoir plutôt diminué.

J'ajoute à cette observation que l'appendice, ouvert et examiné par moi cinq jours après l'intervention, ne contenait qu'une bouillie noirâtre confinée dans sa partie terminale, indurée, dilatée, et présentant deux ulcérations profondes de la muqueuse. Le reste de l'organe était blanchâtre, notablement atrophié et rétréci vers son abouchement dans le cæcum; sous le microscope, le magma était presque exclusivement composé de houppes d'hématine. Des coupes bactériologiques, très habilement faites dans le laboratoire de M. Metchnikoff sur la partie moyenne de la pièce, montrent que les tuniques de l'appendice sont indemnes de microbes et à peu près intactes à ce niveau. On est donc en présence d'une de ces appendicites de cause obscure que l'on peut rattacher soit à la grippe, soit à des lésions anciennes dysentériques, dyspeptiques ou autres, sans être à même de démontrer rigoureusement la légitimité de cette filiation.

J'appelle ensuite l'attention sur ce fait curieux qu'une appendicite ait pu évoluer dix ans sur un chirurgien sans qu'il ait reconnu la nature de son mal, et sur l'hémisudation du côté droit de la tête et du crâne, symptôme très incommode s'accentuant pendant l'été, mais persistant en toute saison et devenant apparent au cours des opérations et dans tous les locaux surchauffés. Ce symptôme ne s'explique guère que par une action réflexe; les pupilles sont restées normales.

En résumé, les seuls signes objectifs de la maladie pendant près de dix ans ont été les troubles digestifs avec selles souvent fétides et une fois sanglantes, l'hémisudation du côté droit de la tête et le développement de petites varices plus marquées à droite; les symptômes subjectifs étaient la fatigue générale, la lourdeur des jambes plus accusée à droite et avec tiraillement au haut de la cuisse, de fréquentes coliques sans cause apparente et sans localisation précise. On voit combien le diagnostic était difficile dans ces conditions. Les formes bénignes latentes de l'appendicite sont généralement admises aujourd'hui; mais en présence des résultats de plus en plus favorables des interventions, il y aurait intérêt à discuter de bonne heure ces formes, dont il est impossible de déterminer exactement la gravité et qui portent les plus sérieuses atteintes à l'activité physique et intellectuelle des malades. Si, mis en éveil par l'ensemble de ces symptômes, j'avais pratiqué le toucher rectal dans les premiers stades de la maladie, j'aurais peut-être provoqué la douleur localisée et perçu la sensation si nette d'engorgement qui ne manquent presque jamais dans les foyers d'adhérence profonde, ainsi que l'a remarqué Jalaguier. Un diagnostic précoce, c'était dix ans de malaises épargnés à mon malade, et c'est pour cela que j'accorde tant d'importance aux symptômes à distance dont je n'ai compris la signification qu'après coup.

On ne sera pas surpris de la persistance de quelques troubles intestinaux après l'opération, si l'on n'a pas perdu de vue que la maladie datait de dix ans et si l'on remarque que le chirurgien doit nécessairement lier le méso, quand il est isolable, en plein tissu morbide et qu'il laisse ainsi derrière lui un foyer inflammatoire remontant plus ou moins haut dans le méso du cæcum et dans les lymphatiques voisins.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(9 mai 1902)

MM. Achard et Lœper étudient la **rétention des chlorures dans les néphrites.** Ils rappellent que l'épreuve de la chlorurie alimentaire qui consiste à faire absorber 10 grammes de chlorure de sodium et à observer ensuite l'élimination urinaire leur a déjà servi à mettre en évidence la rétention remarquable qui a lieu dans les tissus pour les chlorures au cours d'un grand nombre d'affections aiguës. Ils l'ont étudiée aussi dans les néphrites.

Or, il résulte de leurs recherches que la rétention des chlorures s'observe dans les néphrites aiguës de même que dans les autres maladies aiguës non compliquées d'altérations rénales; que dans les néphrites subaiguës, l'hypochlorurie et la rétention sont variables et généralement moindres que précédemment; que dans les néphrites interstitielles chroniques, la rétention existe lorsque surviennent des complications aiguës et notamment des crises urémiques.

La communication de MM. Claude et Mauté sur la **chlorurie alimentaire expérimentale dans les néphrites** est à rapprocher de la précédente. Les auteurs prétendent que l'élimination par les urines du chlorure de sodium ingéré en excès sur le régime alimentaire antérieur, se fait de façon différente suivant que le rein est sain ou altéré à des degrés divers. L'épreuve de la chlorurie alimentaire expérimentale peut donner, dans les néphrites, des indications utiles au point de vue du pronostic et du traitement. Un sujet est soumis à un régime alimentaire constant (3 litres de lait par exemple), on examine pendant quelques jours les urines au point de vue des diverses éliminations : azote, urée, phosphate et chlorure de sodium, puis l'on fait ingérer 10 grammes de NaCl par jour avec un demi-litre d'eau dans la journée, en supplément. Chez le sujet sain le NaCl est éliminé immédiatement dans les vingt-quatre heures. Dans certaines néphrites, à pronostic bénin, le résultat de cette élimination est sensiblement le même.

D'autres néphrites sont caractérisées par une élévation légère du taux de NaCl; chez d'autres malades l'élimination du NaCl en excès est retardée dans son apparition comme dans sa disparition. Ces néphrites sont d'un pronostic plus sombre et l'état du rein ne permet pas une autre alimentation que le lait. Enfin l'épreuve de la chlorurie montre parfois que le chlorure de sodium ne passe pas en excès dans les urines; le taux reste constant avant comme pendant l'épreuve; les substances achlorurées sont, au contraire, éliminées en proportion plus considérable pendant l'épreuve. Les sujets qui présentent ce type d'élimination, bien que ne présentant pas toujours d'accidents urémiques, succombent dans un laps de temps relativement court, et le régime lacté est le seul qui leur convienne.

Enfin, une troisième communication de MM. Achard, Laubry et Thomas, se rapporte aux mêmes questions. Elle traite des **phosphates urinaires dans les états aigus.** Dans les maladies aiguës qui s'accompagnent d'une rétention des chlorures, il n'y a pas de parallélisme constant entre les chlorures et les phosphates urinaires. Toutefois dans l'asystolie, sous l'influence de l'amélioration produite par le repos, le lait et la digitale, on voit s'élever en même temps le volume de l'urine, le taux des chlorures et celui des phosphates, parce que l'insuffisance de la circulation rénale dis-

paraît, mais dans les autres états aigus, la concordance fait généralement défaut. Les décharges phosphatiques sont fréquentes; on les observe souvent avant la crise des chlorures et même dans la fièvre typhoïde, à une période où l'état général ne s'améliore pas. D'autre part, les décharges phosphatiques peuvent manquer alors que se produisent des crises thermiques, diurétiques et chloruriques.

L'injection sous-cutanée de glycérophosphate de soude à la dose de 3 grammes (soit environ 1 gramme d'acide phosphorique) augmente le taux de l'urine chez les sujets sains. Dans les états aigus, elle est généralement suivie aussi d'une augmentation de ces phosphates, ce qui n'est pas favorable à l'hypothèse d'une rétention. Mais l'interprétation est plus difficile pour les chlorures, car pour les phosphates l'abaissement est moins prononcé, les décharges moins élevées, les oscillations plus nombreuses que pour les chlorures.

MM. Souques et Janvier présentent un malade âgé de quarante ans, alcoolique et tuberculeux, atteint d'**induration chronique des veines superficielles des membres**. Cette induration est bilatérale et symétrique. Cette phlébo-sclérose peut être rapprochée de l'artérite progressive de Friedlander.

M. Maury rapporte une observation de **cancer de l'ampoule de Vater**.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des vertiges.

De l'excellent livre tout récemment paru, de M. J. Vires (1), nous extrayons le traitement des vertiges.

La première indication thérapeutique consiste à supprimer la *cause* du vertige, que cette cause soit locale ou générale. Chez les syphilitiques, chez les paludéens, la médication spécifique s'impose donc; les vertiges infectieux relèveront du traitement de la maladie dont ils ne sont qu'un symptôme, les vertiges toxiques seront combattus par le traitement habituel des intoxications. En particulier, dans les auto-intoxications d'origine digestive, il convient d'instituer dès l'abord le régime lacté; chez les constipés, chez les individus à fermentations gastro-intestinales nombreuses et à résorptions putrides, on y associera les antiseptiques intestinaux et les purgatifs; dans les cas de vertige gastrique, on traitera la dilatation de l'estomac, l'hyper ou l'hypochlorhydrie, les résorptions anormales au niveau de la muqueuse de l'estomac. C'est seulement lorsqu'on est assuré que le vertige est bien d'origine gastrique que l'on pourra essayer la strychnine préconisée par Trousseau; en effet, dans les autres cas, elle irrite le bulbe et les centres d'orientation et peut ainsi accroître les phénomènes vertigineux. Les malades atteints de vertiges sont-ils des goutteux, des artério-scléreux, des urémiques latents? on leur appliquera le traitement de ces diverses affections. Dans la recherche des causes, il faut encore attribuer une place importante aux lésions de l'oreille : on recherchera donc les lésions de l'oreille externe ou interne, de la trompe, et on leur opposera un traitement approprié.

Le *traitement médical général* comprend d'abord le traitement des états constitutionnels, arthritisme, goutte, syphilis, puis un traitement révulsif et résolutif par l'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme pendant des mois, par périodes alternatives et égales de repos et de médication, par le massage, l'électrisation, les mouches de Milan ou les pointes de feu appliquées sur le mastoïde, et surtout par la médication quinique mise en honneur par Charcot.

La *médication quinique* ne sera mise en pratique que tout autant que les autres méthodes moins dangereuses auront été inutilement essayées : elle sacrifie en effet l'audition et conduit, répétée, à la surdité absolue. Voici comment il convient de l'administrer. On administre, *pro die*, 60 à 80 centigrammes de quinine par pilules de 10 centigrammes. Pendant les huit premiers jours, il se produit une exaspération des bruissements et du vertige; on cesse pendant le même temps, et une amélioration réelle se produit. A la deuxième reprise, l'exaspération est moins forte, et, au deuxième repos, l'amélioration est plus marquée. On continue ainsi en intercalant des repos de durée égale aux périodes d'administration jusqu'à ce qu'on arrive à la guérison. Celle-ci n'est durable qu'après un traitement prolongé.

Le *salicylate de soude*, surtout chez les arthritiques, donne des succès, il a été administré par Charcot à la dose de 2 à 3 grammes par jour, par périodes alternantes de repos et d'activité.

Les vertiges centraux, dus aux tumeurs cérébrales, ne comportent pas d'indication spéciale. Il n'en est pas de même de ceux qui sont dus à des troubles circulatoires. Ceux-ci relèvent-ils d'une congestion active, ils comportent ce traitement de la congestion cérébrale; sont-ils causés par la congestion passive, ils sont passibles de la médication habituelle de l'asystolie; sont-ils fonction de l'anémie générale, le traitement de l'anémie cérébrale leur sera appliqué dans toute sa rigueur.

Le vertige des artério-scléreux ne diffère pas essentiellement du traitement général de l'artério-sclérose, on donnera l'iodure de sodium à la dose de vingt centigrammes par jour pendant des années avec des interruptions de huit jours par mois. Simultanément ou alternativement, on lui associe III à IV gouttes de la solution à 1/100 de trinitrine matin et soir. Il sera bon d'instituer au moins une fois par mois et pendant une semaine entière le régime lacté absolu et tous les vingt-cinq jours on administrera un purgatif. L'hygiène sera celle des artério-scléreux. On peut, à ce sujet, adopter les règles prescrites par M. Huchard.

Prendre matin, midi et soir, une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Iodure de potassium........	3 grammes.
Eau distillée................	300 —

L'usage de l'iodure, à doses ainsi fractionnées, ne doit être suspendu qu'à de rares intervalles.

S'il existe des tendances angineuses, donner trois cuillerées à soupe par jour de la solution suivante :

Solution de trinitrine......	XL à LX gouttes.
Eau distillée..............	300 grammes.

S'il y a des accès angineux, prescrire du nitrite d'amyle en inhalation.

Si c'est la tachycardie qui domine, donner chaque jour 2 à 3 des pilules suivantes :

Extrait de convallaria..	dix centigrammes.
Sulfate de spartéine....	cinq —

pour une pilule.

Ou encore une à deux injections sous-cutanées de 1 centimètre cube de la solution suivante :

Sulfate de spartéine..	cinquante centigr.
Eau stérilisée.......	Q. s. p. 10 cent. cubes.

Si les forces diminuent notablement, donner par jour, pendant une semaine, deux cuillerées à café de la mixture

(1) *Maladies nerveuses. Diagnostic et traitement.* — Montpellier, Coulet et fils; Paris, Masson et Cie.

suivante dans un demi-verre d'eau de Vittel ou de Martigny sucrée.

Extrait fluide de kola........ 120 grammes.
Extrait fluide de coca........ 80 —

Si le malade se plaint d'inappétence, administrer xv gouttes du mélange suivant au début de chaque repas :

Teinture de noix vomique. } ââ 10 grammes.
— de gentiane.....
— de colombo......

Ou encore un granule de quassine matin et soir.

Les insomnies sont améliorées par la chloraline à doses de 10 à 20 centigrammes ou par le trional à doses de 50 à 75 centigrammes.

L'œdème des membres inférieurs et l'oligurie seront combattus par la théobromine à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes. Si, malgré ce traitement l'œdème augmente, reprendre le régime lacté absolu, puis le traitement suivant :

1° Eau-de-vie allemande 15 à 30 grammes, ou l'un des cachets suivants :

Scamonnée......... cinq centigrammes.
Jalap............... quinze —

Pour un cachet.

2° Pendant cinq jours, tous les matins, à jeun, prendre x gouttes de la solution de digitaline cristallisée à 1/1000.

3° Pendant cinq jours, repos et théobromine.

4° Recommencer cinq jours de digitaline après un nouveau purgatif.

Les vertiges des névroses s'expliquent le plus souvent par des auto-intoxications. Chez le neurasthénique, on appliquera donc, en plus du traitement général, les eupeptiques et les antiseptiques intestinaux, on aura recours au besoin aux grands moyens : massage, électrisation, sangle hypogastrique de Glénard.

Au vertige des goutteux, on opposera la médication salicylée, les diurétiques, les eaux alcalines, l'hygiène alimentaire rigoureuse, le colchique à l'intérieur. Quand il sera installé, on essaiera de le dévier à l'aide de la médication perturbatrice (purgatifs, dérivation sur les jointures par la révulsion) et de le fixer sur une articulation.

Contre le vertige oculaire, Charcot préconisait l'extrait de belladone à la dose de 1 centigramme, en élevant progressivement la dose jusqu'à l'intolérance. A la belladone il associait l'hydrothérapie. On calmera la sensibilité par les bromures et les pratiques hydrothérapiques, bains tièdes, douches froides, enveloppement dans le drap mouillé.

L. B.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 19 AU 24 MAI 1902)

Examens de doctorat.

MARDI 20 MAI, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Rémy, Hanriot et Langlois.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Charcot* : MM. Le Dentu, Demelin et Rieffel.

4e, *Salle Thouret* : MM. Proust, Thoinot et Vaquez ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Pozzi, de Lapersonne et Marion ; — (2e partie, 1re série) : MM. Gilbert, Charrin et Achard ; — (2e série) : MM. Raymond, Hutinel et Dupré ; — M. Méry, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Schwartz et Thiéry ; — (2e série) : MM. Berger, Quénu et Faure ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Jeanselme ; — M. Ménétrier, suppléant.

MERCREDI 21 MAI, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Ch. Richet, Retterer et Broca (André).

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Richet* (1re série) : MM. Kirmisson, Lejars et Potocki ; — (2e série) : MM. Reclus, Poirier et Lepage ; — (3e série) : MM. Delens, Rémy et Wallich ; — (2e partie), *Salle Broussais* : MM. Fournier, Brissaud et Widal ; — M. Gley, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Terrier, Legueu et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Lannelongue, Sébileau et Broca (Aug.) ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Gaucher et Bezançon ; — M. Legry, suppléant.

JEUDI 22 MAI, à une heure. — 2e (2e partie, ancien régime), *Salle Vulpian* : MM. Gley, Launois et Langlois.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Dieulafoy, Ménétrier et Gouget ; — (1re partie), *Salle Béclard* : MM. Schwartz, Thiéry et Demelin.

4e, *Salle Pasteur* (1re série) : MM. Pouchet, Wuztz et Tessier ; — *Salle Thouret* (2e série) : MM. Gilbert, Achard et Thoinot ; — M. Renon, suppléant.

VENDREDI 23 MAI, à une heure. — (3e, oral, ancien régime, 2e partie), *Salle Corvisart* : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz ; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie) *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Gosset ; — (2e série) : MM. Tillaux, Broca (Aug.) et Walther ; — (2e partie) : MM. Hayem, Landouzy et Widal ; — M. Mauclaire, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Beaudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Rieffel, suppléant.

SAMEDI 24 MAI, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Gley, Launois et Desgrez ; — M. Guiat, suppléant.

5e (chirurgie, 2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Proust, Thiroloix et Vaquez ; — (2e série) : MM. Chantemesse, G. Ballet et Renon ; — M. Gouget, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Demelin et Potocki.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Marseille.* — M. Juge est nommé chirurgien adjoint.

Le banquet de l'internat. — La banquet annuel des internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris aura lieu au palais d'Orsay (quai d'Orsay), le samedi 24 mai à sept heures et demie, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

Le prix de la souscription est fixé à 20 francs pour les anciens internes, et à 12 francs pour les internes en exercice.

Commission d'hygiène industrielle. — Notre collaborateur, M. Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux, médecin en chef des manufactures de l'État, est nommé membre de la Commission d'hygiène industrielle instituée auprès du ministère du commerce.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Essai sur l'hémiplégie des vieillards. Les lacunes de désintégration cérébrale, par le docteur Jean FERRAND, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°, 192 p., 8 pl. — Prix : 6 francs. — Paris, J. Rousset.

Hygiène de la femme (enfant, jeune fille, femme, mère et aïeule), par MM. PLATON et SÉPET. In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, C. Naud.

Les champignons parasites de l'homme, par M. E. BODIN, professeur de bactériologie à l'Université de Rennes. Petit in-8° avec 35 fig. (Encycl. scient. des Aide-mémoire.) — Prix : broché, 2 fr. 50 ; cart., 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17


QUINIUM ROY
TONIQUE
Granulé
FÉBRIFUGE
MAGNÉSIE ROY

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le jeudi 26 juin 1902, à 9 heures du matin.

Il sera pourvu : 1° Pour le clinicat médical : A la nomination de trois chefs de clinique et de quatre chefs de clinique adjoints;

2° Pour le clinicat chirurgical : A la nomination d'un chef de clinique titulaire ;

3° Pour le clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

4° Pour le clinicat des maladies des voies urinaires : A la nomination d'un chef de clinique adjoint ;

5° Pour le clinicat obstétrical : A la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints.

6° Pour le clinicat chirurgical infantile : A la nomination d'un chef de clinique titulaire.

7° Pour le clinicat médical des maladies infantiles : A la nomination d'un chef de clinique tiulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la dix-huitième semaine, 989 décès, au lieu de 1014 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 1065. L'état sanitaire continue donc à être satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, au lieu de 6 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 9; le nombre des cas nouveaux signalés à la préfecture diminue (29, au lieu de 41 pendant la semaine précédente et lieu de la moyenne 44).

La variole a causé 4 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 3; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins reste à peu près stationnaire (19, au lieu de 22 pendant la semaine précédente et de la moyenne 21). L'amélioration constatée à Londres pendant la seizième semaine s'est maintenue pendant la dix-septième ; le nombre des décès est stationnaire (42) et frappe les mêmes régions de la ville.

La rougeole a causé 10 décès, au lieu de 25, 31 et 29 pendant les semaines précédentes et au lieu de la moyenne 32; la scarlatine 4 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 7 pendant la semaine précédente; la coqueluche, 18 décès, au lieu de 25 pendant la semaine précédente (la moyenne est 9).

La diphtérie, maintenant toujours un chiffre élevé de mortalité, a causé 18 décès au lieu de 15 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 8; le nombre des cas nouveaux a diminué (105, au lieu de 133 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 67).

La diarrhée infantile a causé 27 décès de 0 à 1 an, au lieu de 36 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 26.

En outre, 30 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 159 décès au lieu de 171 pendant la semaine précédente et au lieu de 204, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 15 décès (au lieu de la moyenne 18); bronchite chronique, 18 (au lieu de la moyenne 30); pneumonie 43 (au lieu de la moyenne 52); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 83 (au lieu de la moyenne 104), dont 35 sont dus à la congestion pulmonaire et 37 à la broncho-pneumonie En outre, 12 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 222 décès ; la méningite tuberculeuse, 21 ; la méningite simple, 21 les tuberculoses autres que celles qui précèdent, 10 ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 63 ; les maladies organiques du cœur, 46; le cancer a fait périr 75 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 7 décès; la cirrhose du foie, 13; la néphrite, 30; enfin, 30 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lomuller, ancien médecin-major, qui se fit jésuite missionnaire et vient d'être massacré en Chine dans la région du Weï-Hien et de Taï-Ming-Fou ; — Martrès (de Calais).

THESES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

M. DELACOURT. De la dystocie par kystes hydatiques du bassin. — M. MÉLIKIAN. Etude clinique sur l'appendicite à forme néoplasique. — M. MERLE. Occlusion de l'artère poplitée par rupture de ses tuniques interne et moyenne. — M. MAURIN. L'emploi des rayons de Rœntgen par le médecin de campagne. — M. STEPINSKI. Des épulis. — M. PAPILLON. Tuberculose et prophylaxie ; réglementation et desiderata. — M. HALGAN. L'hypnotisme devant la loi. — M. SÉE. Hématémèses névropathiques. — M. SLATINEANO. Septicémie expérimentale par le cocco-bacille de Pfeffer. Essai d'immunisation. — M. RAFFIER. Contribution à l'étude des pelvipéritonites puerpérales. — M. RONGIER. L'anémie des nourrissons dyspeptiques. — M. LACASSAGNE. Contribution à l'étude de la maladie kystique du testicule. — M. RAVAUT. Le diagnostic de la nature des épanchements séro-fibrineux de la plèvre. Cytodiagnostic. — M. BISCH. La gangrène des fibromyomes utérins non pédiculés. — M. ILÜNE. De la cure radicale de la hernie.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et externes, à dater du 15 mai 1902.

A. Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le professeur Dieulafoy; chef de clinique : M. Gandy; chef de clinique adjoint : M. Griffon ; interne : M. Gouraud; externes : MM. Maillard, Guérin, Vidal (Denis), Rais, Doury, Lecaplain, Fagollé, Delacroix, Savouré, Pietkiewicz.

2. Médecin : M. Cornil ; interne : M. Périn; externes : MM. Menant, Bezançon, Gérard, Rousselot, Vitet, Fortineau.

3. Médecin : M. Muselier ; interne : M. Autefage ; externes : MM. Lorenzo, Oury, Ageon, Debonnelle, Tastevin.

4. Médecin : M. Brissaud ; interne : M. Bruandet ; externes : MM. Trèves, Cantonnet, Hédouin, Bonniot du Ruisselet.

5. Médecin : M. Faisans; interne : M. Civatte; externes : M. Labarrière, Mme Grandjean, MM. Glaret, Broc.

6. Médecin : M. Ballet; interne : M. Delherm ; externes : MM. Monier-Vuiard, Jouvin, Semper, Giraudeau, François (Max).

7. Chirurgien : M. le professeur Duplay ; chef de clinique : M. Fredet ; chef de clinique adjoint : M. Ménier ; internes : MM. Ricou, Descomps, Muret, da Silva; externes : MM. Calvet, Guénot (Pierre), Charpentier, Mayraud, Mascarenhas, Caraven, Boivin, Bard, Deroy.

8. Chirurgien : M. le professeur de Lapersonne; chef de clinique : M. Druault; chef de clinique adjoint : M. Scrini; internes : MM. Assicot, Poulard, Cauchoix ; externes : MM. Joseph, Légillon, Emanuel, Delogé, Onfray, Mettey.

9. Chirurgien : M. Lucas-Championnière ; internes : MM. Monier, Martin ; externes : MM. Lucas-Championnière, Lemarquand, Sahut, Fourcade, Richard, Boucheseiche.

Consultation. — 10. Médecin : M. Renault ; assistant : M. Terrien ; interne provisoire : M. Cerise ; externes : MM. Gazagnaire, Mezbouriau, Seguret.

11. Chirurgien : M. Marion ; suppléant : M. Ombredanne ; externes : MM. Lamoureux (Joseph), Carey, Boyer.

B. Hôtel-Dieu Annexe. — 1. Médecin : M. Souques; interne provisoire : M. Morel ; externes : MM. Stettiner, Haas (Gustave), Magnin, Cormon.

2. Médecin : M. Mosny; interne provisoire : M. Pater; externes : MM. Chaix, Estéoule, Vouters, Schaffer.

3. Accoucheur : M. Champetier de Ribes; interne : M. Carton ; externes : MM. Mauscion, Legou, Schacher.

C. Hôpital de la Pitié. — 1. Médecin : M. Robin ; interne : M. Viteman ; externes : MM. Benoît, Privat, Peyrou du Peloux, Gourdon, Landolt, Cellerier.

2. Médecin : M. Petit ; interne : M. Boidin; externes : MM. Clément, Laurence, Boulard (Louis), Guimbert, Cubertafon, Bourretère.

3. Médecin : M. Babinski ; interne : M. Braillon ; externes : MM. Dinet, Caruette, Budin, Rabinovitch.

4. Médecin : M. Darier; interne : M. Digne; externes : MM. Blois, Boulland, Meusnier, Walter, Dupré, Tréhet, Kresser.

5. Médecin : M. Morel-Lavallée ; interne : M. Le Gambier; externes : MM. Vaillant (Jules), Rodocanachi, Macrou, Le Serrec de Kervily, Faugère.

6. Médecin : M. Dalché; interne : M. Fouquet; externes : MM. Hernandez, Haas (Joseph), Colombel, Renaudin.

7. Chirurgien : M. le professeur Terrier ; chef de clinique : M. Reymond ; internes : MM. Alexandre, Cresson, Sauvé; externes : MM. Blain (René), Pottet, Guimbellot, Singer, Charrier, Michel, Barbier (André), Vannier.

8. Chirurgien : M. Walter; internes : MM. Silhol, Chapotin, Piquand ; externes : MM. Schaefer, Blairon, Gaillard, Monod (Octave), Vidal (Pierre), Cornélius, Theulet-Lugié.

9. Accoucheur : M. Lepage ; interne : M. Chevé; externes : MM. Fessard, Demarque.

Consultation. — 10. Médecin : M. Claude; suppléant : M. And. Martin ; externes : MM. Chaboussant, Rullier, Gouin.

11. Chirurgien : M. Michon ; suppléant : M. Herbet; externes : MM. Guillaumin, Crépin, Andrieu.

D. Hôpital de la Charité. — 1. Médecin : M. Bouchard; interne : M. Balthazard; externes : MM. Menard, Camacho, Deschamps, Laffont.

Service temporaire. — Externes : MM. Lemerle, Bory.

2. Médecin : M. Gouraud ; interne : M. Klein ; externes : MM. Barthès, Domani, Aucopt, Bourgoix, Cornillon.

3. Médecin : M. Labadie-Lagrave ; interne : M. Rollin; externes : M. Gaudois, Mlle Bernberg, MM. Vigneron, d'Heucqueville, Chaulet.

4. Médecin : M. Moutard-Martin ; interne : M. Thaon ; externes : MM. Buizard, Flurin, Leroux, Presbéance.

5. Médecin : M. Oulmont; interne : M. Beaufumé ; externes : MM. Aumont, Verdier, Geffroy, Caron (Marcel).

6. Médecin : M. H. Martin ; interne M. Taguet ; externes : MM. Carrière, Courcellet, Denance, Willette.

7. Chirurgien : M. le professeur Tillaux ; chef de clinique : M. Wiart ; internes : MM. Darré, Morisetti, Loederich ; externes : MM. Pouliqueu, Demarquest, Petel, Couesnon, Vaury, Lemanissier, Ehringer.

8. Chirurgien : M. Campenon; internes : MM. Morlet, Cathala ; externes : MM. Woissant, Lemeland, Junès, Pepin (Gaston).

9. Accoucheur : M. Maygrier; interne : M. Saillant; externes : MM. Delbos, François, Ballet, Houlié.

Consultation. — 10. Médecin : M. Legry ; suppléant : M. Fauquez ; externes : MM. Renoult (Jules), Courchet.

11. Chirurgien : M. Launay ; suppléant : M. Minet; externes : MM. Rasés, Aumond (Léopold).

E. Hôpital Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. Hayem; chef de clinique : M. Hulot ; chef de clinique adjoint, M. Rosenthal; interne : M. Lhermitte; interne provisoire : M. Gourmand ; externes : MM. Pierre, Ducœurjoly, Augé, Brenot, Portocalis, Lagarde.

2. Médecin : M. Gaucher; interne : M. Babonneix : externes : MM. Camus (Paul), Cantonnet (Marcel), Amblard, Racouchot, Henry (René).

3. Médecin M. Siredey; interne : MM. Coudert ; externes : Cordier (Henry), Boudinski, Willepelet, Elloy, Bourcé.

4. Médecin : M. Galliard ; interne : Mlle Francillon; externes : MM. Quesnot, Beuzart, Gras, Binet (Léon).

5. Médecin : M. Gilles de la Tourette ; interne : M. Calmels ; externes : MM. Héchemann, Dénéchau, Christescu, Dubus, Nicolas (Michel).

6. Médecin : M. Béclère; interne : M. Courtellemont; externes : MM. Ledoux-Lebard, Naudrot, Chapeyron, Clermonthe, Picquet.

7. Médecin : M. Thoinot ; interne : M. Delamare ; externes : MM. Coutelas, Duchesne, Francoz, Chaignot.

8. Médecin : M. Vaquez ; interne : M. Laubry ; externes : MM. Devaux, Keller, Leroy, Chauveau.

9. Chirurgien : M. Monod; interne : MM. Belgrand, Gaudeau, Mouchotte; externes : MM. Levy (Henri), Le Jemtel, Alliot, Vermeil, Néel, Labonnette.

10. Chirurgien : M. Blum ; internes : MM. Beaujard, Lecornu, Juy; externes : MM. Le Lonët, Maymou, Vion, Izard (Jean), Pascalis, Wülfing.

11. Médecin : M. Lermoyez ; interne : M. Bellin ; externes : MM. Chambay, Vacquerie, Gillet, Coulomb, Puyos.

12. Accoucheur : M. Bar ; interne : M. de Lacombe ; exter-

nes : M. Kauffmann, Lemaire (Louis), Labrevoit, Goulard.
Consultation. — 13. Médecin : M. Macaigne ; suppléant : M. Vermorel; externes : MM. Flamencourt, Madelaine.
14. Chirurgien : M. Thiéry; suppléant : M. Veau; externes : MM. Belgodère, Maureos, Guilloteau, Hybord.

F. Hôpital Necker.— 1. Médecin : M. Rénon; interne : M. Louste; externes : MM. Chapoy, Lemaistre, Billaudit, Sellerni, Michou.
2. Médecin : M. Huchard; interne : M. Ambard; externes : MM. Hue, Bordenave, Mesnager, Corvington.
3. Médecin : M. Cuffer; interne : M. Verliac; externes : MM. Feillard, Villandre, Trocmé, Duburque.
4. Médecin : M. Barth; interne : M. Roche; externes : MM. Binet, Maurice, Gy, Lecerf de Gandt, Hérisson.
5. Chirurgien : M. le professeur Le Dentu ; chef de clinique : M. Mouchet; internes : MM. Devraigne, Lafoy, Vinsonneau; externes : MM. Nolat, Dubrac, Saussié, Laporte, Feret, Duval (Emile), Coqueret, Goujon.
6. Chirurgien : M. le professeur Guyon; chef de clinique : M. Pasteau; internes : MM. Nicaise, Grégoire, Gardner; externes : MM. Favreul, de Lacombe, Le Houx, Bayard, Gaye, Momanigeon, Deverre, Détré, Bouquet.
7. Chirurgien : M. Routier; internes : MM. Audard, Delaunay (Victor); externes : MM. Durandard, Lassance, Chenier, Minvielle, Küss.
Consultation. — 8. Médecin : M. Teissier; suppléant : M. Lesné; externes : MM. Mocquin, Rigot, Bourdon.
9. Chirurgien : M. Legueu ; suppléant : M. Bernard (Arm.). externes : MM. Parturier, Tinel.

G. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. Chauffard ; internes : MM. Froin, Jomier; externes : MM. Vincent (Jules), Traunoy, Moncany, Rivet, Ferrand, Richou.
2. Médecin : M. Widal; interne : M. Lemierre; externes : MM. Hallion, Berthoux, Gomand, Alet, Uteau, Bodolec, Corlieu, Lemonié (Aristide).
3. Chirurgien : M. Bouilly; internes : MM. Leurey, Guénard; externes : MM. Balleix, Bauteigné, Duchêne, Cousin (André).
4. Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM. Wagon, Bouchet; externes : MM. Moulu, Arlaret, Belot, Druais, Filhoulaud, Brissy.
5. Chirurgien : M. Quénu; internes : MM. Duval (L.), Rénon, Heitz, Desmarest; externes : MM. Jousset, Delapchier, Berniolle, Moutier, Brûlé (Marcel), Clunet, Raulot-Lapointe.
Service temporaire de chirurgie. — 6. Interne provisoire : M. Béal; externes : MM. Goulden, Lebrun.
Consultation. — 7. Médecin : M. Aviragnet; suppléant : M. Ramond; interne provisoire : M. Dubois; externe : M. Breton.
8. Chirurgien : M. Rieffel; suppléant : M. Robineau; externes : MM. Bourgeois, Vaubourdelle, Offret, Maurat.

H. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le professeur Debove; chef de clinique : M. Fournier ; chef de clinique adjoint : M. Sainton; interne : M. Rathery; externes : MM. Feuillé, Laplace, Baudouin (Alphonse), Mathieu (Paul-Augustin), Krantz, Marsan.
2. Médecin : M. Fernet; interne : M. Lebard ; externes : MM. Durand (Gaston), Vincent (Raymond), Boutin, Duprat.
3. Médecin : M. Troisier; interne : M. Rostaine; externes : MM. Beng, Lépine, Mocquot, Desperine
4. Médecin : M. Lacombe; interne : M. Touchard ; externes : MM. Pauthès, Merlin, Pourteyron.
5. Chirurgien : M. Bazy; internes : MM. Caubet, Godineau; externes : MM. Loumaigne, Abrann, Joltrain, Rabasse, Froger, Fernet, Drouet.
6. Chirurgie (chroniques). — Interne provisoire : M. Roland ; externe : M. Setbon.

7. Chirurgien : M. le professeur Berger; internes : MM. Hallopeau, Herrenschmidt; externes : MM. Bourbier, Bour, Rœderer, Vérani, Galippe, Morant, Klein (Alfred), Trapenard.
8. Chirurgien : M. Tuffier; internes : MM. Guibal, Okinczy; externes : MM. Rimette, Sausi, Lemarchal, Duplay, Dubos, Rauzy.
9. Accoucheur : M. Ribemont-Dessaignes; chef de clinique : M. Rudeaux.
Consultation. — 10. Médecin : M. Bruhl; suppléant : M. Herrenschmidt; externes : MM. Jouve, Roussel (René), Magin.
11. Chirurgien : M. Lyot; suppléant : M. Estrabaut; externnes : MM. Valencon, Lestelle, Mlle Levy.

I. Hôpital Lariboisière. — 1. Médecin : M. Duguet; interne : M. Ribadeau-Dumas; externes : MM. Dibos, Dureau, Weil, Picard (René), Soullard, Fournier, Lamaireux (Louis).
2. Médecin : M. Landrieux; interne : M. Cottu; externes : MM. Maurer, Noé, Legros, Saillant (Georges), Faleur, Lagleize.
3. Médecin : M. Dreyfus Brisac; interne : M. Mettez; externes : MM. Bresard, Carlotti, Schwarzschild, Delamarre, Legrand (Lucien), Mlle Lingois, M. Longuet.
4. Médecin : M. Tapret; interne : M. Paisseau; externes : M. David (Louis), Mlle Debanis, MM. Pastour, Bonhomme, Truelle.
5. Médecin : M. Brault; interne : M. Sabaréanu ; externes : MM. Houdard, Dupont, Signoret, Ledoux (Faustin), Foucart.
6. Chirurgien : M. Delens; interne : MM. Ferry, Français (Raymond); externes : MM. d'Abbadie, Patry (André), Privat de Fortunié.
7. Chirurgien : M. Peyrot; internes : MM. Aguinet, Le Lorier; externes : MM. Rolet, Batisse, Mery, Bertraudon, Gamayré, Boudal.
8. Chirurgie (chroniques). — Interne provisoire : M. Rendu; externes : MM. Malvy, Collet.
9. Chirurgien : M. Reynier; internes : MM. Diel, Lutier, Lequeux; externes : MM. Gérard (Abel), Savornin, Boulard, Hantefort, Broudic, Huré.
10. Chirurgien : M. Michaux; internes : MM. Denis, Tessier; externes : MM. Duchet, Suchaux, Demanche, Fay, Louvière, Caillaud (Maurice), Daulnay.
11. Chirurgien : M. Hartmann; internes : MM. Lecène, Lebreton; externes : MM. Blanche, Lamorlette, Sautelet, Lambert, Train, Galup.
12. Chirurgien : M. Sébileau; interne : M. Grivot; externes : MM. Torchaussé, Guérin-Beaupré, Sari, de Nevrezé.
13. Accoucheur : M. Bonnaire; interne : M. Bosc; externes : MM. Manette, Pfister, Martin (Fernand), Joussemet.
Consultation. — 14. Médecin : M. Gouget; suppléant : M. Paul Tissier; interne provisoire : M. Deglos; externes : MM. Guillet, Gargaud, Dreuzaide, Dhéry.
15. Chirurgien : M. Beurnier; suppléant : M. de Font-Réaulx ; externes : MM. Laprade, Nivet, Mauran.

J. Hôpital Tenon. — 1. Médecin : M. Bourcy ; interne : M. Brelet; externes : MM. Thorel, Francini, Philippet, Landry, Péricat, Lemerle, Boudin.
2. Médecin : M. Le Gendre; interne : M. Berthier; externes : MM. Bloch (René), Ogé, Hudelot, Acher-Dubois.
3. *Service temporaire de médecine.* — Externes : MM. Legrousse (René), Roblès.
4. Médecin : M. Achard; interne : M. Grenet; externes : MM. Marciteau, Beauchet, Chochon-Latouche, Blanluet, Girault.
5. Médecin : M. Ménétrier; interne : M. Gauckler ; externes : MM. Evrard, Lebossé, Ouvry, Petit (Émile).
6. Médecin : M. Duflocq; interne : M. Dreyfus-Rose ; externes : MM. Bazalgette, Gautherin, Landrin, Thébault.

7. Médecin : M. Launois; interne : M. Roy; externes : MM. Cailleux, Stroeplin, Baron, Morlat.
8. Médecin : M. Klippel; interne : M. Lefas; externes : MM. Lacroix, Grandchamp-Poissenot, Flamand, Quinsac.
9. Médecin : M. Florand; interne : M. Sénéchal; externes : MM. Blatin-Bardou, Huchet, Labouré, Petiteau.
10. Chirurgien : M. Poirier ; internes : MM. Baumgartner, Detot, Aubourg; externes : MM. Janvier (Gustave), Trouvé, Mlle Roussel, MM. Noël (Octave), Henry (Robert), Ferté.
11. Chirurgien : M. Lejars; internes : MM. Vitry, Garrigues, Lacasse; externes : MM. Véry, Levesque, Bourganel, Castex, Lucas, Izard (Paul).
12. Chirurgien : M. Broca; internes : MM. Nau, Mahar, Capette; externes : MM. Barbé, Duc-Dodon, Malloizel, Harvier, Mlle Pascal, M. Collin.
13. Accoucheur : M. Boissard; interne : M. Pouliot; externes : MM. Devé, Rabuel, Ciaudo.
Consultation. — 14. Médecin : M. Lamy; suppléant : M. Brodier; interne provisoire : M. Deshayes; externes : MM. Guérault, Chevallier.
15. Chirurgien : M. Savariaud; suppléant : MM. Delemond-Bébet ; externes : MM. Desmoulins, Le Clech, Giraudet.

K. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. Landouzy; interne : M. Lortat-Jacob; externes : MM. Besnier, Dupouy, Grosset, Monier, Reulos (Auguste). Ciuciu, Gilbert, Eyméond.
2. Médecin : M. Merklen; interne : M. Heitz (Jean); externes : MM. Gruget, Morero, Macé de Lépinay, Himburg, Bené, Molinard.
3. Médecin : M. Barié; interne : M. Delaunay (Paul); externes : MM. Ichard, Dupuy, Dieuzaide, Croste, Thuilleux.
4. Médecin : M. Hirtz; interne : M. Bloch (Paul); externes : MM. Gabail, Manoussi, Etling, Rembert, Monod (Gustave).
5. Chirurgien : M. Reclus; internes : MM. Chevrier, Dambrin, Chevassu; externes : MM. Durand (Léon), Deytieux, Challamel, Sauphar, Daviau, Voirin.
Consultation. — 6. Médecine : M. Enriquez; suppléant : M. Em. Weill; externes : MM. Triau, Duvergié.
7. Chirurgien : M. Riche; suppleant : M. Fossard; externes : MM. Leger, Miaud.
8. Médecin : M. Claisse; interne provisoire : M. Bloch (Louis); externes : MM. Gourdon, Uhry, Bergeaud, Leduc, Desportes.
9. Médecin : M. Thiroloix; interne provisoire : Mlle Maugeret ; externes : MM. Davemère, Cottard (Henri), Ollivier, Beauregard, Toublanc, Gattegno.

L. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Roques; interne : M. Sébilleau; externes : MM. Lehmann, de Lastic, Bellemamère, Bornait, Lequeule, Chardon.
2. Médecin : M. Talamon; interne : M. Beauvy; externes : MM. Broca, Guerder, Guilly, Gerst, de Fourmestraux.
3. Chirurgien : M. Picqué; internes : MM. Menet, Vivier; externes : MM. Viollet, Girod, Sanson, Renoult, Graziani, Houlmann, Guillom, Chamard.
Consultation. — 4. Médecin : M. Soupault; suppléant : M. Merklen; interne provisoire : M. Liné; externes : MM. Dubois (Gaston), Garban.
5. Chirurgien : M. Chevalier; suppléant : M. Cadol; externes : MM. Molumar, Lamarre.

M. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Gilbert; interne : M. Lippmann; externes : MM. Lièvre, Lesage, Gaultrey, Lévy, Franckel, Gravelotte.
2. Médecin : M. Œttinger; interne : M. Audistère; externes : MM. Barrier, Leborgne, Roy, Billon, Cochonnet.
3. Chirurgien : M. Chaput; internes : MM. Chaput, François (Henri); externes : MM. Abrand, Handelmann, Lemarignier, Busquet, Bouygues, Mourlhon.
Consultation. — 4. Médecin : M. Caussade; suppléant : M. Garnier; externes : MM. Durozoy, Lewe.
5. Chirurgien : M. Auvray; suppléant : M. Longuet; externes : MM. Mary, Rigaud.

N. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Letulle; interne : M. Bergeron; externes : MM. Lemaire (Jules), Piérart, Lequer, Chirié, Lesueur, Lebret, Fabre (Eugène), Chastagnol.
2. Chirurgien : M. Gérard-Marchant; internes : MM. Grasse, Ball, Tridon; externes : MM. Villebrun, Peppa, Auby, Rigaux, Hélie, Seris.
3. Accoucheur : M. Doléris; interne : M. Guénot; externes : MM. Cousyn, Figuiera, Maur.
Consultation. — 4. Médecin : M. Bezançon; suppléant : M. Bize; interne provisoire : M. Philibert; externes : MM. Israël de Jong, Bresselle.
5. Chirurgien : M. Demoulin; suppléant : M. Guibé; externes : MM. Fabre (Joseph), Morchoisne, Dalimier, Crouzet.

O. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le professeur Fournier; chef de clinique : M. Milian; chef de clinique adjoint : M. Bernard; internes : MM. Trémolières, Chiray; externes : MM. Barbier (Pierre), Fabre (Paul), Luisi, Mme Rol, M. Roncé.
2. Médecin : M. Hallopeau; interne : M. Gadaud; interne provisoire : M. Duval; externes : MM. Pautrier, Legaye, Sourdel, Ech, Lepel-Cointet.
3. Médecin : M. Du Castel; interne : M. Gauthier; interne provisoire : M. Blondin; externes : MM. Louit, Dubois (Fernand), Garçon, Burin-Desroziers, Rabourdin (André).
4. Médecin : M. Danlos; interne : M. Rottenstein; externes : MM. Blandamour, Naudascher, Bonuis, Pérol, Sotiropoulo.
5. Médecin : M. Balzer; interne : M. Faure Beaulieu; externes : MM. Cléret, Prunier, Tansard, Faraz, Rabuteau, Hoog.
6. Médecin : M. de Beurmann; interne : M. Ramond; externes : MM. Gamas, Martin (Georges), Bachmann, Bernheim.
7. Chirurgien : M. Richelot; internes : MM. Cahen, Hautant, Camus (Maurice); externes : MM. Burcker, Bertrand (René), Lemoine (Francisque), Noël, Guyader, Combier.
8. Chirurgien : M. Nélaton; internes : MM. Girod, Bonneau, Bloch (Maurice); externes : MM. de Brunel de Serbonnes, Cesbron, Lasnier, Heuzey, Sircoulon, Poysonnier, Olivier (Eugène).
9. Chirurgien : M. Ricard; internes : MM. Lance, Prat, Lemaître (René); externes : MM. Braun, Matry, Germain, Lagrange, Hovelacque, Roux.
10. Accoucheur : M. Auvard; interne : M. Bourlot; externes : M. Baudry, Mlle Bonnin, MM. Bormel, Durey.
Consultation. — 11. Chirurgien : M. Guillemain; suppléant : M. Cunéo; externes : M. Loubry, Mlle Grunspan, M. Sécheret.
Service temporaire. — 12. Médecin : M. Triboulet; externes : MM. Mignon, Daverne, Mougenc de Saint-Avid, Guérin (Eugène), Sibille, Watel.

P. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. Brocq; interne : M. Mantoux; externes : MM. Cléret, Bouel, Longin, Simon, de Bon, Perrigault, Vernes (Auguste).
2. Médecin : M. Thibierge; interne : M. Hulleu; externes : MM. Grabias, Patry, Olivier (Paul), Dodeuil, Chouquet, Gillot, Monory.
3. Chirurgien : M. Pozzi; chef de clinique : M. Jayle; chef de clinique adjoint : M. Beaussenat; internes : MM. Daniel,

Lardennois, Cantonnet; externes : MM. Legrain, Bonta, Chaumet, Chibret, Radiguer, Gayot.

R. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Lesage; interne : M. Dehérain; externes : MM. Wapler, Ort, Bourdenne, Zeutler, Marchal.

2. Médecin : M. Courtois-Suffit; interne : M. Trastour; externes : MM. Vincent (Pierre), Moreau (Maurice), Vignéras.

3. Chirurgien : M. Potherat; internes : MM. Lavenant, Lévy (Fernand); interne provisoire : Mlle Mouroux; externes : MM. Riche, Lafontaine, Legourd, Janvier, Le Noble, Cordier, Lomon, Monier.

4. Chirurgien : M. Guinard; internes : MM. Pécharmant, Tillaye; externes : MM. Dreyfus (Pierre), Vieilliard, Chazal, Baldenweck, Raymond, Hubert (Charles).

S. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le professeur Grancher; chef de clinique : M. Hallé; chef de clinique adjoint : M. Guillemot; interne : M. Weill; externes : MM. Lafarge, Daversin, Mlle Toufesco, MM. Burgaud, Le Meur, Bonvoisin.

2. Médecin : M. Moizart; interne : M. Maury; externes: MM. Jacob, Thomas, Plancon, Barbier.

3. Médecin : M. Comby; interne : M. Poirier de Clisson; externes : MM. Pillon, Bouysson, Pichereau, de Nayville.

4. Médecin : M. Variot; interne : M. Percheron; interne provisoire : M. Oppert; externes : MM. Chapotin, Huot de Saint-Albin, Braunberger, Rigollot, Simonnot, Houzel.

5. Médecin : M. Richardière; interne : M. d'Oelsnitz; externes : MM. de Saint-Paul, Béclard, Sigre, Laurent, Rabaut.

6. Médecin : M. Marfan; interne : M. Guichal; externes : MM. Pernot, Boucard, Chandesris, Haas (Roger).

7. Chirurgien : M. Brun; internes : MM. Bourguignon, Gaudemet; externes : MM. Aubun, Pénard, Miniot, Chardin, Boudier, Durand (Maurice-Paul).

8. Chirurgien : M. le professeur Lannelongue; internes : MM. Andrieu, Mercadé; externes : MM. Graux, Ollier, Piettre, Guichard, Milhit, Pironneau, Danoux.

T. Hôpital Trousseau (nouveau). — 1. Médecin : M. Netter; interne : M. Salomon; externes : MM. Poisot, Boudet, Renaud (Joseph), Mlle Volck, MM. Troller, Dramard.

2. Médecin : M. Guinon; interne : M. Paris; externes : MM. Loubier, Nicolas (Charles), Mougeot, Fontanier, Piot, Rouhier.

3. Chirurgien : M. Kirmisson; chef de clinique : M. Jouon; chef de clinique adjoint : M. Grisel; internes : MM. Duclaux, Bréchot, Hébert; externes : MM. Lionnet, Royer, Lion, Quinqueton, Kruyt, Bagelet, Berthonneau.

U. Hospice des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. le professeur Hutinel; internes : MM. Voisin, du Pasquier; externes : MM. Chahuet, Leduc (Jean), Violle, Pepin (Roger), Hornus.

2. Chirurgien : M. Jalaguier; internes : MM. Gasne, Petit; externes : MM. Leremboure, Trolard, Collignon, Christin, Hamelin, Mlle Homery, M. Pasturaud.

V. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Mathieu; internes : MM. Mauban, Bauer; externes : MM. David (Charles), Jullich, Ripart, Passier, Morange, Fleig.

Consultation. — 2. Médecin : M. Dufour; suppléant : M. Delamare; externes : MM. Vincent (René), Taubmann.

W. Hospice de Bicêtre. — 1. Médecin : M. Marie; interne : M. Crouzon; interne provisoire : M. Dobrovitch.

2. Chirurgien : M. Delbet; internes : MM. Laurens, Chastenet de Géry; interne provisoire : M. Darcanne.

Service des aliénés. — 3. Médecin : M. Bourneville; internes : MM. Villaret, Lemaire; interne provisoire : M. Lutaud.

4. Médecin : M. Féré; interne : M. Ollier; interne provisoire : M. Pelletier.

5. Médecin : M. Séglas; interne : M. Bouchez; interne provisoire : M. Tixier (Léon-Joseph).

6. Médecin : M. Chaslin; interne : M. Rousseau; interne provisoire : M. Hubert.

X. Hôpital Bretonneau. — 1. Médecin : M. Sevestre; interne : M. Aubertin; externes : MM. Guérin (Alphonse), Klein, Salomon, Chazarain, Fruictier, Cocural, Burgaud (Abel).

2. Médecin : M. Josias; interne : M. Legroux; externes : MM. Horteloup, Cailliau, Damase, Roques, Mazure, Delille.

3. Chirurgien : M. Felizet; internes : MM. Bouchot, Auburtin, Masson; externes : MM. Reulos (Marcel), Friedel, Bozo, Mauroy, Cousin (Maurice), Taubmann.

Y. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Gombault; interne : M. Halbron; interne provisoire : M. Lafosse; externe : M. Braillon.

2. Chirurgien : M. Rochard; interne : M. Alquier (Paul); interne provisoire : M. Baudouin; externe : M. Grelley.

Z. Hôpital de la Maternité. — 1. Médecin : M. Charrin; interne : M. Léri; externe : M. Lebras.

2. Accoucheur : M. Porak; internes : MM. Theuveny, Bender; accoucheur-adjoint : M. Potocki.

Aa. Hôpital Ricord. — 1. Médecin : M. Renault; interne : M. Roussy; externes : MM. Robert (Léopold), Griveau, Clary-Bousquet, Homolle.

2. Médecin : M. Queyrat; interne : M. Boisseau; externes : MM. Maringer, Champion, Duru, Sourice, Janin.

3. Chirurgien : M. Humbert; interne : M. Ertzbischoff; externes : MM. Valéry, Drain, Simonnin, Goublot.

Ab. Hospice de la Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le professeur Raymond; chef de clinique, M. Sicard; chef de clinique adjoint : M. Riche; internes : MM. Alquier, Laignel-Lavastine, Meuriot; externes : MM. Galezowski, Apte, Bourdier, Sabatier, Pélardy, Colibert, Ducastel, Gratiot.

2. Médecin : M. Déjerine; internes : MM. Camus (Jean), Armand-Delille; externes : MM. Giroux, Tagrine, Roussellier, Vincent (Robert), Frinault.

3. Chirurgien : M. Segond; internes : MM. Guéniot, Katz; externes : MM. Picard (Georges), Rigoulet, Albert, Mahoudeau.

Service des aliénés. — 4. Médecin : M. Voisin; interne : M. Bailleul; externes : MM. Bour, Mouchez.

5. Médecin : M. Charpentier; interne : M. Et. Le Sourd; externe : M. Grimberg.

6. Médecin : M. Deny; externe : M. Durand (Paul).

Consultation. — 7. Chirurgien : M. Lenoir; externes : MM. Cabanne-Tellé, Cottard (Eugène).

Ac. Hôpital de la Clinique d'Accouchements. — 1. Accoucheur : M. le professeur Budin; chef de clinique : M. Perret; chef de clinique adjoint : M. Chéron; externes : MM. Vicq, Préciado, Buron, Carel, Lautaret, Gros-Dévaud.

Ad. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le professeur Pinard; chef de clinique : M. Couvelaire; chef de clinique adjoint : M Delestre; externes : MM. Cazeaux, Huguier, Blain (André), Mlle Iscovesco, MM. Mathieu (Paul), Royer.

Ae. Hospice des Ménages (Issy) et Hospice Devillas. — 1. Médecin : M. Wurtz; interne : M. Agasse-Lafont; interne provisoire : M. Claeys; externe : M. Forest.

Af. Hôpital d'Aubervilliers. — 1. Médecin : M. Roger; internes : MM. Simon, Langevin; externes : MM. Door, Miquel, Lévy-Valensi, Quilliot, Roche, Wagner, Cotonnec, Vialay.

Ag. Hospice Debrousse. — 1. Médecin : M. Lion ; interne : M. Lemaître (Jules).

Ah. Bastion 29. — 1. Médecin : M. le professeur Chantemesse ; interne : M. Courcoux; externes : MM. Delmas, Cottard (Lucien), Tissot.

Ai. Institution Sainte-Périne et Maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — 1. Médecin : M. Toupet; internes : MM. Wicart (Sainte-Périne et Rossini), Flourens (Chardon-Lagache).

Aj. Maison de retraite de La Rochefoucauld. — 1. Médecin : M. Jacquet; interne : M. Algret; externes : MM. André, Testard.

Ak. Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M Barbier; interne, M. François-Dainville; externes : MM. Fataut, Fournier (Pierre), Moreau (René), Delange, Boudréaux, Mignardot.

2. Médecin : M. Jeanselme; interne : M. Regnard; externes : MM. Deniker, Fichot-Perrin, Buisson, Jacobsohn, Noiré.

3. Chirurgien : M. Albarran; internes : MM. Huguier, Dupuy, Gernez; externes : MM. Boulouneix, Couppé de Lahongrais, Hayes, Debertrand (Jean), Reboul, Hays.

Al Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Ménard ; internes : MM. Calvé, Guillaume (Louis), Génévrier.

Am. Hospice de Brévannes. — 1. Médecin : M. Touche.

An. Asile Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. le professeur Joffroy; chef de clinique : M. Mignot; chef de clinique adjoint : M. Mercier.

Ao. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. Küss; externe : M. Penel.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs, service des consultations); 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements); 3° internes titulaires; 4° internes provisoires; 5° externes.

N.-B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Chapotin, C-8 = C. Hôpital de la Pitié, 8. Service de M. Walther.

MÉDECINS

et assistants de consultations de médecine.

CHIRURGIENS

et assistants de consultations de chirurgie.

ACCOUCHEURS

SUPPLÉANTS
de consultations.

MÉDECINE

CHIRURGIE

CHEFS DE CLINIQUE

MÉDECINE

Adjoints.

CHIRURGIE

Adjoints.

ACCOUCHEMENTS

Adjoint.

INTERNES

Audistère, M-2.
Autefage, A-3.
Babonneix, E-2.
Bailleul, Ab-4.
Ball, N-2.
Balthazar, D-1.
Bauer, V 1.
Baumgartner, J-10.
Beaufumé, D 5.
Beaujard, E-10.
Beauvy, L-2.
Belgrand, E-9.
Bellin, E-11.
Bender, Z-2.
Bergeron, N-1.
Berthier J-2.
Bloch (Maurice), O-8.
Bloch (Paul), K-4.
Boidin, C-2.
Boisseau, Aa-2.
Bonneau, O-8.
Bosc, I-13.
Bouchet, G-4.
Bouchez, W-5
Bouchot, X-3.
Bourguignon, S-7.
Bourlot, O-10.
Braillon, C-3.
Bréchot, T-3.
Brelet, J-1.
Bruandet, A-4.
Cahen, O-7.
Calmels, E-5.
Cathala, D-8.
Calvé, Ab-1.
Camus (Jean), Ab-2.
Cantonnet. P-3.
Carpette, J-12.
Cauchoix, A-8.
Carton, B-3.
Caubet, H-5.
Chapotin, C-8
Chaput, M-3.
Chastenet, W-2.
Chevassu, K-5.
Chevé, C-9.
Chevrier, K-5.
Chiray, O-1.
Civatte, A-5.
Coudert, E-3.
Courcoux, Ah-1.
Courtellemont, E-6.
Cottu, I-2.
Cresson, C-7.
Crouzon, W-1.
Dambrin, K-5.
Daniel, P-3.
Darré, D-7.
Dehérain, R-1.
Delamare, E-7.
Delaunay (Paul), K-3.
Delaunay (Victor), F-7.
Delherm, A-6.
Denis, I-10.
Descamps, A-7.
Desmaret, G-5.
Detot, J-10.
Devraigne, F-5.
Diel, I-9.
Digne, C-4.
Dreyfus-Rose, J-6.
Duclaux, T-3.
Dupuy, Ak-3.
Duval (L.), G-5.
Ertzbischoff, Aa-3.
Faure-Beaulieu, O 5.
Ferry, I-6.
Flourens, Ai-1.
Fouquet, C-6.
François-Dainville, Ak-1.
François (H.), M-3.
Français (Raym.), I-6.
Francillon (M[lle]), E-4.
Froin, G-1.
Gadaud, O-2.
Gardner, F-6
Garrigues, J-11.
Gasne, U-2.
Gauckler, J-5
Gaudeau, E-9.
Gaudemet, S-7.
Gauthier, O-3.
Genévrier, Al-1.
Gernez, Ak-3.
Girod, O-8.
Godineau, H-5.
Gouraud, A-1.
Grégoire, F-6.
Grenet, J-4.
Grivot, I-12.
Grosse, N-2.
Guénard, G-3.
Gueniot, Ab-3.
Guénot, N-3.
Guibal, H-8.
Guibal, S-6.
Guillaume-Louis, Al-1.
Halbron, Y-1.
Hallopeau, H-7.
Hébert, T-3.
Heitz, G-5.
Heitz (Jean), K-2.
Herrenschmidt, H-7.
Huguier, Ak-3.
Hulleu, P-2.
Jomier, G-1.
Juy, E-10.
Katz, Ab-3.
Klein, D-2.
Lacasse, J-11.
Lacombe (de), E-12.
Lafoy, F-5.
Laignel-Lavastine, Ab-1.
Lance, O-9.
Langevin, Af-1.
Lardennois, P-3.
Laubry, E-8.
Laurens, W-2.
Lavenant. R-3.
Lebard, H-2.
Lebreton, I-11.
Lecène, I-11.
Lecornu, E-10.
Lefas, J-8.
Le Gambier, C-5.
Legroux, X-2.
Le Lorier, I-7.
Lemaire, W-3.
Lemaître (Jules), Ag-1.
Lemaitre (René), O-9.
Lemierre, G-2.
Lequeux, I-9.
Léri, Z-1.
Le Sourd (Etienne), Ab-5.
Leurey, G-3.
Lévy (Fernand), R-3.
Lhermite, E-1.
Lippmann, M-1.
Lœderich, D-7.
Lortat-Jacob, K-1.
Louste, F-1.
Lutier, I-9.
Mahar, J-12.
Martin, A-9.
Masson, X-3.
Mauban, V-1.
Maury, S-2.
Menet, L-3.
Mercadé, S-8.
Mettey, I-3.
Meuriot, Ab-1.
Monnier, A-9.
Morisetti, D-7.
Morlet, D-8.
Mouchotte, E-9.
Muret, A-7.
Mantoux, P-1.
Nau, J-12.
Nicaise, F-6.
Oelsnitz (d'), S-5.
Okinczy H-8.
Ollier W-4
Paisseau, I-4.
Paris, T-2.
Pasquier (du), U-1.
Pécharmant, R-4.
Percheron, S-4.
Périn, A-2.
Petit, U-2.
Piquand, C-8.
Poirier de Clisson, S-3.
Poulard, A-8.
Pouliot, J-13.
Prat, O-9.
Ramond O-6.
Rathery, H-1.
Regnard, Ak-2.
Renon, G-5.
Ribadeau-Dumas, I-1.
Ricou. A-7.
Roche, E-4.
Rollin, D-3.
Rostaine, H-3.
Rottenstein, O-4.
Rousseau, W-6.
Roussy, Aa-1.
Roy, J-7.
Sabaréanu, I-5.
Saillant, D-9.
S lomon, T-1.
Sauvé, C-7.
Sébilleau, L-1.
Sénéchal, J-9.
Silhol, C-8.
Silva (da), A-7.
Simon, Af-1.
Taguet, D 6.
Tessier, I-10.
Thaon, D-4.
Theuveny, Z-2.
Tillaye, R-4.
Touchard, H-3.
Trastour, Z-2.
Trémolières, O-1.
Tridon, N-2.
Verliac, F-3.
Villaret, W-3.
Viteman, C-1.
Vitry, J-11.
Vinsonneau, F-5.
Vivier, L-3.
Voisin, U-1.
Wagon, G-4.
Weill, S-1.
Wicart, Ai-1.

INTERNES PROVISOIRES

(Les int. prov. dont les noms ne sont suivis d'aucune indication ne sont pas actuellement pourvus de service.)

Barthélemy,
Baudouin, Y-2.
Béal,
Blandin, O-3.
Bloch (Louis), K-8.
Caldaguès,
Cerise, A-10.
Chartier,
Claeys, Ae, 1.
Claude,
Cottard,
Darcanne, W-2.
Deglas, I-14.
Desarnaulds,
Deshayes, J-14.
Dobrovitch, W-1.
Dromard,
Dubois, G-7.
Duval, O-2.
Georget,
Gourmand,
Hubert, W-6.
Jardry,
Jeannel,
Juquelier,
Labadie-Lagrave,
Lafosse, Y-1.
Landowski,
Leenhardt,
Liné, L-4.
Lutaud, W-3.
Magitot,
De Martel de Janville
M[lle] Maugeret, K-9.
Morel, B-1.
M[lle] Mouroux, R-3.
Nathan,
Omiécinski,
Oppert, S-4.
Papin,
Papin, H-10.
Pater, B-2.
Pathault,
Pelletier, W-4.
Perpère,
Perreaux,
Philibert, N-4.
Picot,
Pillet,
Poupardin,
Rabourdin,
Renaud,
Rendu, I-8.
Roland, H-6.
Sénéchal,
Siégel (J.)
Sourdille,
Tanon,
Tassin,
Teisseire,
Tixier (Léon-Eugène)
Tixier (Léon-Joseph) W-5.

EXTERNES

Abbadie (d'), I-6.
Abrand, M-3.
Abrann, H-5.
Abt, G-2.
Acher-Dubois, J-2.
Ageon, A-3.
Albert, Ab-3.
Alliot, E-9.
Alphonse, H-1.
André, Aj-1.
Andrieu, C-11.
Apte, Ab-1.
Artarit, G-4.
Aubin, S-7.
Aublard, E-2.
Auby, N-2.
Aucopt, D-2.
Augé, E-1.
Aumond (Léopold), D-11.
Aumont, D-5.
Bachmann, O-6.
Baffet, D-9.
Bagilet, T 3.
Baldenweck, R-4.
Banteignie, G-3.
Barbé, J 12.
Barbier (André), C-7.
Barbier, S-2.
Barbier (Pierre), O-1.
Bardon, J-9.
Barner, M-2.
Baron, J-7.
Barthès, D-2.
Batisse, J-7.
Baudouin, H-1.
Baudry, O-10.
Bayard, J-6.
Bazalgette, J-6.
Beauchet, J-4.
Beaupré, J-12.
Beauregard, K-9.
Béclard, S-5.
Belgodère, E-14.
Bellemanière, L-1.
Belot, G 4.
Bené, K-2.
Benet (Maurice), F-4.
Benoît, C-1.
Bergeaud, K-8.
Bernheim, O-6.
Berniolle, G-5.
Berthonneau, T-3.
Berthoux, G-2.
Bertrand (René), O-7.
Bertrandon, I-7.
Besnier, K-1.
Beuzart, E-4.
Bezançon, A-2.
Bigot, F 8.
Billaudet, F-1.
Billon, M-2.
Binberg (M[lle]), D-3.
Binet, E-4.
Bing, H-3.
Blain (André), Ad-1.
Blain (René), C-7.
Blairon, C-8.
Blais, C-4.
Blanche, I-11.
Blandamour, O-4.
Blanluet, J-4.
Blatin, J-9.
Bloch (René), J-2.
Bodolec, G 2.
Boivin, A-7.
Bou (de), P-1.
Bondal, I 7.
Bondon, F-8
Bonhomme, J-4.
Bonnin (M[lle]), O 10.
Bonniot de Ruisselet, A-4.
Bonuis, O 4.
Bonta, P-3.
Bonvoisin, S 1.
Bord, A 7.
Bordenave, F-2.
Bormel, O-10.
Bornait, L-1.
Bory, D-1.
Boucard, S-6.
Boucheseiche, A-9.
Boudet, T-1.
Boudier, S-7.
Boudin, J-1.
Boudinski, E-3.
Boudreaux, Ak-1.
Bouet, P-1.
Boulard, I-9.
Boulard (Louis) C-2.
Boulland, C-4.
Boulouneix, Ak-3.
Bour, Ab-4.
Bour, H-7.
Bourbier, H-7.
Bourcé, E-3.
Bourdenne, R-1.
Bourdier, Ab-1.
Bourganel, J-11.
Bourgeois, G-8.
Bourgoix, B-2.
Bourretere, C-2.
Bousquet, Aa-1.
Boutin, H-2.
Bouygues, M-3.
Bouysson, S-3.
Boyer, A-11.
Bozo, X-3.
Braillon, Y-1.
Braun, O-9.
Braumberger, S-4.
Brenot, E-1.
Brésard, I-3.
Bresselle, N-4.
Breton, G-7.
Brissy, G-4.
Broc, A-5.
Broca, L-2.
Broudic, I-9.
Brulé (Marcel), G-5.
Brunel de Serbonnes (de), O-8.
Budin, C-3.
Buisson, Ak-2.
Buizard, D-4.
Burcker, O-7.
Burgaud (Abel), X-1.
Burgaud, S-1.
Burin-Desroziers, O-3.
Buron, Ac-1.
Busquet, M-3.
Cabanne, Ab-7.
Caillaud (Maurice), I-10.
Cailleux, J-7.
Cailliau, X-2.
Calvet. A-7.
Camacho. D 1.
Camus (Paul), E-2
Cantonnet, A-4.
Cantonnet (Marcel), E-2.
Caraven, A-7.
Carel, Ac-1.
Carey, A-11.
Carlotti, I-3.
Caron (Marcel), D-5.
Carrière, D-6.
Caruette, C 3.
Castex, J 11
Cazeaux, Ad-1.
Cellerier, C 1.
Cesbron, O 8.
Chaboussant, C-10.
Chabuet, U-1.
Chaignot, E-7.
Chaix, B-2.
Challamel. K-5.
Chamard, L-3
Chambay, E-11.
Champion, Aa-2.
Chandesris. S-6.
Chapotin, S-4.
Chapoy, F-1.
Chardin. S-7.
Chardon, L-1.
Charpentier, A-7.
Charrier, C-7.
Chastagnal, N-1.
Chaulet, D-3.
Chaumet, P-3.
Chauveau, E 8.
Chazal, R-4.
Chazarain. X-1.
Chemer, F-7.
Chevallier, J-14.
Chibret, P-3.
Chirié, N-1.
Chochon-Latouche, J 4.
Chouquet, P-2.
Christescu, E-5.
Christin, U-2.
Ciaudo, J-13.
Ciuciu, K-1.
Clapeyron, E-6.
Claret, A-5.
Clary, Aa-1.
Clément, C-2.
Cléret, O-5.
Cléret, P-1.
Clermonthe, E-6.
Clunet, G-5.
Cochonnet, M-2.
Cocural, X-1.
Colibert, Ab-1.
Collet, I-8.
Collignon, U-2.

PRATIQUE MÉDICALE

Le docteur Jean Artaud (de Lyon) s'est attaché à l'étude de l'héroïne dans le traitement de la douleur. De l'examen de ses observations, il semble résulter sans le moindre doute que l'action sédative et analgésique de l'héroïne est nettement prouvée. Par l'emploi de la solution d'héroïne, il est toujours arrivé au but poursuivi, de supprimer la douleur sans observer de symptômes durables et persistants du côté des grandes fonctions. D'après l'auteur, l'héroïne en solution, dans bon nombre de cas, peut remplacer avantageusement la morphine puisqu'elle en offre plus que les avantages sans en avoir, dans certaines circonstances, et vis-à-vis de certains organismes, les multiples inconvénients.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les champignons parasites de l'homme (1), par le docteur E. Bodin, professeur de bactériologie à l'Université de Rennes.

Bien que les progrès et les découvertes réalisés en ces dernières années aient donné à la *mycologie parasitaire* une importance théorique et pratique indiscutable, cette branche de la parasitologie est cependant l'une des moins connues des médecins et des étudiants.

Cette étude nécessite, en effet, des notions générales qui sont malheureusement trop négligées dans l'enseignement médical actuel, et d'autre part les nombreux travaux parus aujourd'hui sur les parasites cryptogamiques sont épars en diverses publications scientifiques et n'ont jamais été réunis et coordonnés.

C'est pour répondre à ces *desiderata* que ce livre a été fait, aussi comprend-il deux parties : la première, consacrée à des généralités que l'on ne trouvera dans aucun autre ouvrage médical, comporte des notions générales indispensables sur les champignons, leur classification, leur nutrition et sur le pléomorphisme de ces êtres qui est l'un des problèmes les plus curieux de la mycologie, mais dont les termes demandent à être nettement précisés.

L'auteur s'occupe ensuite des mycoses en général, de leur origine, de leur mécanisme et de la technique à suivre pour l'étude des parasites qui les déterminent; par là cet ouvrage s'adresse non seulement à tous ceux qui s'occupent de médecine, mais aussi aux mycologues qui n'ont pas l'habitude de manier des champignons pathogènes.

Quant à la deuxième partie, elle est réservée à la description mycologique des champignons parasites de l'homme : elle résume les dernières recherches faites tant sur les champignons des teignes que sur ceux qui causent des affections internes comme certaines levures et comme certains mucors; elle offre ce double avantage d'être un guide pour la diagnose et l'étude des champignons parasites et de donner un tableau des faits acquis en précisant les lacunes qui restent à combler.

F. R.

(1) Petit in-8°. (Encycl. scient. des aide-mémoire.) Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

Du diagnostic et de l'intervention sanglante dans les perforations typhiques.

Par M. le docteur HAGOPOFF (de Constantinople).

La question du traitement chirurgical des péritonites par perforation qui éclatent au cours de la dothiénentérie a fait, dans ces derniers temps, l'objet de vives discussions au sein des sociétés savantes, en raison du haut intérêt qui s'y attache tant par l'extrême gravité de son pronostic que par l'insuffisance de la thérapeutique médicale.

Il faut, en effet, avouer qu'il s'agit là d'une complication terrible, où la mort survient d'ordinaire en quarante-huit heures, parfois moins encore, et au plus tard trois jours, mais rarement davantage. Si on a vu quelquefois la réaction se cantonner à un territoire assez limité du péritoine, la généralisation est néanmoins presque toujours la règle; aussi les cas de guérison réelle signalés jusqu'ici constituent-ils bien plutôt des curiosités pathologiques que des faits concluants, comme cela ressort d'ailleurs de la statistique de Murchison (1) qui, parmi les 66 cas de perforation typhique qu'il a réunis, n'a trouvé que 6 guérisons seulement, ce qui donne une mortalité de 90 p. 100.

Toutefois, au nombre des cas acceptables, on peut citer ceux de Bucquoy (2), de Trousseau (3), de Cruveilhier (4), de Reunert (5), de Bühl (6), de Widal (7), de Dieulafoy (8), de Chantemesse (1), dans lesquels la guérison était due soit à des adhérences protectrices par des néo-membranes ou plutôt à un accolement d'anses intestinales, soit à une obstruction éventuelle de la brèche intestinale par un fragment d'épiploon ou par une portion du mésentère.

Enfin Haegler-Passavant (2), Villemin (3), et tout dernièrement Walther (4) ont observé chacun un cas de perforation typhique terminée, dans les deux premiers, par une fistule stercorale ou intestinale, dans le dernier, par une fistule intestino-vésicale. Plus récemment encore Remlinger (5) a rapporté un nouveau cas guéri par le traitement médical.

Les observations de Griesinger, citées dans la thèse de Morin (6), ne doivent être admises que sous certaine réserve, le diagnostic étant basé sur des éléments insuffisants.

Vu l'exceptionnelle rareté des faits de guérison, il n'est point étonnant que Louis, Chaumel, et Jenner avaient prétendu que la terminaison des péritonites par perforation est absolument fatale, attendu qu'on ne saurait compter sur ces cas heureux dont l'authenticité, malgré l'autorité de leurs auteurs, nous paraît encore pour la plupart douteuse. En réalité, ils pouvaient fort bien reconnaître pour cause des réactions de tout autre origine que l'ulcération d'une plaque de Peyer; il existe, en effet, des cas où l'on s'attendait à voir une perforation, et cependant l'opération a montré qu'elle n'existait pas, tels les cas de Bartleet (7), de Hirringham et Bowlby (8), de Dandridge (9), de Guecelewitch et Wanach (10), de Cushing (11), de Deaver (12), de Rochard (13), etc.

(1) MURCHISON. *Traité des fièvres continues de la Grande-Bretagne* (trad. franç.).
(2) BUCQUOY. *France méd.*, 15 nov. 1879; — *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, séances des 14 et 28 oct. 1857.
(3) TROUSSEAU. *Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*; — Th. de Houzé, Paris 1896.
(4) CRUVEILHIER. In Th. de Bouvard, 1848.
(5) REUNERT. Trois observations de perforations typhiques guéries, in *Revue de Hayem*, 1890.
(6) BRUHL. In *Manuel de pathologie interne* de Dieulafoy; — Th. de Mauger, 1900.
(7) WIDAL. *Idem.*
(8) DIEULAFOY. In *Presse méd.*, 28 oct. 1896; — *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 20 oct. 1896.

(1) CHANTEMESSE. In Th. de Mauger; — *Traité de médecine* Bouchard et Charcot.
(2) HÆGELER-PASSAVANT. *Corresp.-Blatt. f. Schweiz. Aertze*, 1er sept. 1896.
(3) VILLEMIN. Observ. rédigée par M. Donnat, externe du service de M. Lannelongue, in Th. de Mauger.
(4) WALTHER. *Bull. de la Soc. de chir.*, séance du 26 déc. 1900.
(5) REMLINGER. *Bull. de la Soc. méd. imp. de Constantinople*, séance du 15 mars 1901.
(6) MORIN. *Perforations intestinales de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1897.
(7) BARTLEET. Cité par Morton, in *Ann. of Surg.*, 1898; — *Med. News*, nov. 1887.
(8) HIRRINGHAM et BOWLBY. Cités par Monod et Vanverts, in *Revue de chir.*, 10 mars 1897.
(9) DANDRIDGE. Communic. person. à W. Keen, in Th. de Mauger.
(10) GUECELEWITCH et WANACH. *Yetopice Russk. Kirourg.*, 1897.
(11) CUSHING. *Bull. of J. Hopkin's hospital*, 1898.
(12) DEAVER. *Amer. Journ. of med. Sc.*, 1896.
(13) ROCHARD. *Bull. de la Soc. de chir.*, séance du 26 déc. 1900.

On ne peut contester cependant la curabilité spontanée ou médicale de la complication typhique en question; les observations de Bucquoy (1), de Widal (2), sont, sous ce rapport, particulièrement démonstratives, car, les sujets ayant succombé ultérieurement à une autre affection, on retrouva à l'autopsie la perforation obturée par des adhérences péritonéales; il faut néanmoins admettre que le diagnostic reste souvent hésitant ou prête à discussion lorsqu'il est posé, et qu'on ne peut l'appuyer d'une façon certaine sans la sanction opératoire ou nécropsique. Car, en raison des modalités cliniques très diverses sous lesquelles se présente la perforation intestinale, rien dans son évolution ne vient attirer l'attention du clinicien, sinon la brusquerie de quelques symptômes d'ailleurs vagues, et communs à d'autres affections.

Ce diagnostic présente aussi parfois d'énormes difficultés pour être établi d'une façon précoce afin d'intervenir à temps, soit parce que l'infection typhique elle-même a été méconnue, soit parce que l'adynamie est si profonde que, le patient étant incapable de toute réaction, la complication s'est installée, pour ainsi dire, insidieusement; de là forcément les erreurs d'interprétation et l'exagération des résultats des statistiques.

I

Heureusement, dans la plupart des cas, la perforation se déclare par un cortège symptomatique assez bruyant. Le plus souvent du quinzième au vingt-cinquième jour de la fièvre typhoïde, avec ou sans prodromes, avec ou sans cause déterminante appréciable, il survient dans l'abdomen, ordinairement dans le flanc droit, une *douleur violente et subite*, arrachant parfois des cris au malade [Sacquépée (3), Souligoux (4), Peyrot (5), Binet (6), Bazy (7), Legueu (8)], pouvant même lui occasionner une perte de connaissance [Chantemesse (9)].

Bientôt le malade tombe dans le *collapsus*, le *pouls* devient fréquent, filiforme, misérable, à peine sensible. La *température* monte ou descend (dans ce dernier cas ordinairement au-dessous de la normale) dans les premières heures qui suivent l'accident; elle peut y demeurer et le dénouement fatal est rapide dans ce *stade de collapsus*. Plus souvent la réaction se produit; le *facies* devient pâle, tiré, les *yeux* brillants, déjà excavés, le *front* se couvre de sueurs visqueuses, le *visage* grippé exprime l'angoisse la plus vive; des *frissons* apparaissent suivis d'une *élévation thermique* d'ordinaire modérée.

En même temps la *douleur*, primitivement localisée, se *généralise* à tout l'abdomen qui est tout entier le siège d'une *hyperesthésie très marquée*, et se *tympanise* assez rapidement; la diarrhée peut persister, mais habituellement la constipation s'installe d'une façon absolue; toute émission de gaz par l'anus peut même cesser dès le début des accidents, et la rétention d'urine l'accompagne. C'est dans ce *stade de réaction* qu'on voit tour à tour apparaître la *défense musculaire* qui est un signe précoce et constant, et où les muscles abdominaux contracturés résistent à la main qui cherche à déprimer le ventre; la *disparition de la matité hépatique* et par suite la *sonorité absolue de l'abdomen*. Le ballonnement s'accuse et le *hoquet* survient à la suite du refoulement et de la parésie consécutive du diaphragme. La *dyspnée*, caractérisée par une respiration courte, pénible, haletante, les *vomissements* avec ou sans nausée, d'abord alimentaires, puis bilieux et assez souvent fécaloïdes, la *voix cassée*, les *refroidissements* et *cyanoses périphériques*, viennent enfin éclairer la scène.

Il est rare qu'on puisse affirmer l'existence nette d'un épanchement qui, lorsqu'il est abondant, peut se traduire par une matité au-dessus du pubis et par une sensation de fluctuation dans la région de l'épigastre et des fosses iliaques, avec ou sans bruit hydro-aérique se produisant pendant les inspirations forcées (Lewaschoff). A ce stade d'inflammation péritonéale, la mort n'est plus qu'une question d'heures.

Tel est le tableau classique d'une péritonite par perforation esquissée à grands traits.

S'il est rare de rencontrer toujours un ensemble symptomatique aussi complet, il est non moins rare que la perforation ne se traduise par quelques-uns de ces symptômes plus ou moins expressifs. En tout cas, il faut convenir que, à côté de l'erreur qui consiste à méconnaître la valeur d'un symptôme, il existe, une autre erreur inverse qui attribue à certains symptômes une valeur trop considérable. Les phénomènes que nous venons de décrire peuvent reconnaître d'autres causes que la perforation; tous ces signes sont d'ailleurs susceptibles d'être rencontrés au cours de la dothiénentérie elle-même.

On a dit que la première pensée de l'observateur, en présence d'une *douleur abdominale brusque*, serait d'évoquer, dès ce moment, la possibilité d'une perforation; d'où l'indication d'une intervention hâtive, immédiate.

C'est là, évidemment, un signe très important et aussi presque constant [Barbe (1)], qui peut à lui seul donner très souvent une grande présomption en faveur d'une péritonite par perforation. Si ce symptôme peut aussi se rencontrer dans l'appendicite para-typhoïde [Dieulafoy (2)], et encore dans la complication de rupture de la vésicule avec ou sans inflammation des canaux biliaires [Le Gendre (3), Parmentier et Fossard (4)], l'erreur de diagnostic dans ces cas ne sera guère préjudiciable au malade puisqu'ils exigent tous l'opération.

Il n'y a pas lieu de penser à la *colique appendiculaire* qui possède son point de Mac Burney, ni à l'*appendicite perforante*, où les commémoratifs peuvent fournir d'amples renseignements sur des attaques antérieures, suivies ou non d'accidents suppuratifs; au besoin, le séro-diagnostic pourra souvent lever tous les doutes. Il ne faut non plus confondre avec la *perforation de l'estomac* qui a ses antécédents gastriques et où la douleur, de beaucoup plus vive, a l'intensité du coup de poignard épigastrique; ni avec la *perforation d'origine tuberculeuse* qui, rare d'ailleurs [Oppenheim et Laubry (5)], peut se révéler par des phénomènes abdomi-

(1) Bucquoy. Loc. cit.
(2) Widal. Loc. cit.
(3) Sacquépée. *Bull. de la Soc. anat.*, mai 1899.
(4) Souligoux. In Th. de Mauger.
(5) Peyrot. *Idem.*
(6) Boinet. *Arch. gén. de méd.*, oct. et nov. 1899.
(7) Bazy. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1900: — In Th. de Mauger.
(8) Legueu. *Idem.*
(9) Chantemesse. *Traité de médecine* de Charcot et Brissaud, art. Fièvre typhoïde.

(1) Barbe. Th. de Paris, 1895.
(2) Dieulafoy. *Manuel de pathologie interne*, dern. édit.
(3) Le Gendre. *Bull. de la Soc. anat.*, séance du 12 mars 1881.
(4) Parmentier et Fossard. *Idem*, séance du 14 juin 1900.
(5) Oppenheim et Laubry. *Arch. gén. de méd.*, juin 1899.

naux, mais qui est décelée par des signes stéthoscopiques, un interrogatoire serré, l'existence de bronchites à répétition, une diarrhée incoercible; ni enfin avec les douleurs occasionnées par la *rupture musculaire des droits abdominaux*; elles ne durent pas et la présence d'une tuméfaction superficielle ne tardera pas à révéler leur origine.

Car, toutes ces complications surviennent, en dehors de la fièvre typhoïde, et par conséquent la confusion ne pourrait se faire que dans des cas exceptionnels, alors seulement que cette maladie avait été méconnue. Je passe, bien entendu, sur la *hernie étranglée* qui se traduit par la douleur localisée coïncidant avec une tumeur herniaire.

La douleur abdominale brusque peut aussi s'observer dans l'*abcès des muscles droits*, survenant au cours de la fièvre typhoïde; mais l'apparition d'une tumeur allongée, fluctuante, dissipe bientôt tous les doutes [Bollock et Bruns (1)].

Cependant l'*occlusion intestinale*, qui est heureusement rare, peut revêtir les allures d'une perforation typhoïde au point de créer de réelles difficultés pour le diagnostic. Toutefois l'absence totale d'évacuation de gaz et de matières alvines, un ventre extrêmement ballonné avec relief des anses intestinales sous-jacentes, sont autant d'éléments propres à l'occlusion et qui se voient rarement dans la perforation à titre de coïncidence [Potain (2), Dillay (3)].

Dans les *péritonites simples sans perforation*, les douleurs sont moins intenses et sans localisation bien nette, l'envahissement du péritoine se produisant par des poussées et par des crises douloureuses se généralisant rapidement.

On ne peut guère se fier sur les *modifications de la température* à laquelle on avait attaché une grande importance. D'abord parce qu'elle peut, quoique rarement, rester invariable, comme nous le montrent les observations de Boinet (4), de Fernet et Bazy (5); ensuite parce qu'elle a donné lieu à des interprétations diverses. Tandis que Lereboullet (6), s'appuyant sur ses souvenirs, ses notes et ses travaux cliniques, affirme qu'il a toujours noté l'*hyperthermie* durant les épidémies dont il fut témoin; Dieulafoy (7), au contraire, pense que l'*hypothermie* est la règle; et à l'appui de son opinion, il cite les observations de Barbe (8), de Netter (9), de Dillay (10) et de Laboulbène (11).

Guéneau de Mussy (12), Lorain (13), Le Gendre (14), Brouardel et Thoinot (15), Griesinger (16) ont eux-mêmes constaté l'élévation de la température, et nombre d'auteurs la relatent [Corville (17), Monod (18), Loison (19), Huchard et Guéniot (1)]. Toutefois, dans la thèse de Barbe ainsi que dans les huit observations (2), la proportion se trouve à peu près égale.

Peut-être y a-t-il lieu, à ce propos, de se demander si, dans quelques cas, on n'avait pas pris pour une hyperthermie de début, l'élévation de la température qui succède d'ordinaire à l'hypothermie, attendu que, si le plus souvent cette élévation thermique secondaire se fait d'une manière progressive, il n'y a là encore rien de fixe; elle peut survenir brusquement aussi bien qu'elle peut ne pas avoir lieu du tout, l'hypothermie se continuant jusqu'à la fin.

Quoi qu'il en soit, l'hyperthermie qui accompagne la perforation n'a rien de caractéristique parce qu'on l'observe à l'occasion de la *rechute* de la fièvre typhoïde, de même que dans l'*appendicite paratyphoïde* et dans les *complications suppuratives de la convalescence*. Cependant, dans la rechute, l'élévation de la température est progressive et suivie de diarrhée, de céphalalgie, de taches rosées lenticulaires. La reprise de la fièvre est toujours notée dans l'appendicite para-typhoïde (Dieulafoy), qui peut se borner à évoluer comme une simple appendicite et rétrocéder, ou bien l'abcès péricæcal se forme, ou enfin, c'est la péritonite généralisée d'emblée, plus ou moins septique, qui vient compliquer la situation.

Guinard (3) fait, à ce propos, remarquer avec raison que, même après l'intervention, des perforations appendiculaires sont méconnues dans leur origine, et prises pour des appendicites banales. Il est possible que le *séro-diagnostic* fait, de parti pris, dans ces cas aurait révélé plus d'une fois l'infection éberthienne.

Dans les cas de suppurations diverses, l'examen attentif du malade fera souvent reconnaître la cause de ses complications.

Quant à l'hypothermie, si dans quelques cas de perforation cet abaissement subit est véritablement saisissant, il peut exister néanmoins dans d'autres manifestations typhiques. Ainsi, dans l'*hémorragie intestinale*, la chute de la température manque rarement, mais à l'abaissement primitif fait suite, dans les heures qui suivent, une réascension rapide [Wunderlich (4), Griesinger (5), Carville, Dieulafoy (6)]. Il y a, dans l'évolution de cette complication une fixité bien plus grande, bien plus nette que dans la perforation, où les oscillations thermiques sont si peu régulières (Mauger). Les deux complications peuvent néanmoins coexister; on assiste alors à des signes spéciaux; l'évolution des accidents paraît plus rapide encore que dans la perforation seule; celle-ci, il est vrai, ne produit guère un nouveau collapsus lorsque l'hémorragie, accompagnée d'une hypothermie accentuée, a été abondante. Mais la température restant élevée, en vingt-quatre heures, douze heures quelquefois, la terminaison fatale est atteinte, et à l'autopsie on trouve, à côté des matières fécales et du pus, une certaine quantité de sang dans la cavité péritonéale [Paris (7), Lawry (8)].

La *défervescence brusque* peut simuler parfois l'abaissement subit et se présente sous deux formes : dans l'une l'hypothermie apparaît brusquement, sans *oscillations descendantes*

(1) L. Bollock et H. Bruns. *Deuts. med. Wochens.*, 1901, n° 35, p. 585.
(2) Potain. *Cliniques médicales*; — *Gaz. des hôpit.*, 9 juin 1891.
(3) Dillay. Th. de Paris, 1886.
(4) Boinet. Loc. cit.
(5) Fernet et Bazy. In Th. de Mauger.
(6) Lereboullet. *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 3 nov. 1896.
(7) Dieulafoy. *Idem*, séance du 20 oct. 1896.
(8) Barbe. Loc. cit.
(9) Netter. In *Manuel de pathologie* de Dieulafoy.
(10) Dillay. Loc. cit.
(11) Laboulbène. Deux observations de perforation dans la fièvre typhoïde, *Union méd.*, 1877.
(12) Gueneau de Mussy. *Clinique sur la fièvre typhoïde*, Paris.
(13) Lorain. *De la température du corps humain et de ses variations dans les maladies*, Paris.
(14) Le Gendre. Loc. cit.
(15) Brouardel et Thoinot. *La fièvre typhoïde*, Paris.
(16) Griesinger. Loc. cit.
(17) Carville. *Sur la température dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris.
(18) Monod. *Revue de chir.*, 1897.
(19) Loison. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1900.

(1) Huchard et Guéniot. *Bull. de la Soc. anat.*, avril 1899.
(2) Garcin. Th. de Lyon, 1892.
(3) Guinard. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1900.
(4) Wunderlich. Loc. cit.
(5) Griesinger. Loc. cit.
(6) Dieulafoy. Loc. cit.
(7) Paris. In Th. de Mauger.
(8) Lawry. Th. de Paris, 1884.

préalables, l'autre est précédée d'une perturbation critique, consistant en hyperthermie la veille ou l'avant-veille. Cependant cette chute de la fièvre coïncide avec une amélioration générale, avec une modification profonde de l'habitus extérieur du malade (Jaccoud); tandis que la perturbation thermique qui annonce la perforation s'accentue rapidement, en quelques instants atteint l'hypothermie et coexiste avec l'aggravation générale.

Le *stade amphibole* présente des abaissements souvent considérables; ajoutez-y le collapsus, les frissons, on comprend que le diagnostic puisse errer un instant. Des chutes très notables se trouvent d'ailleurs consignées dans différents auteurs, 4 et 5 degrés chez le malade de Le Gendre (1), 7 degrés dans un cas de Constantin Paul (2). En tout cas, l'époque d'apparition de cette hypothermie, la marche consécutive des oscillations, lèvent rapidement les doutes.

Les abaissements thermiques très marqués avec ou sans frissons et collapsus, peuvent également survenir après les épistaxis répétées (Griesinger et Carville), dans la *dégénérescence hépatique* [Roger (3)], après le bain (Chantemesse), pendant l'*apparition des règles* (Constantin Paul) ou l'avortement [Pénot et Mantoux (4)] et lors de *quelques complications pulmonaires* [Monseaux (5), Raimondi (6), Duflocq (7)], au cours de la fièvre typhoïde.

Si nous avons aussi longuement insisté sur les modifications de la température comme signes de perforation, c'est que leur instabilité manifeste peut fausser le diagnostic et faire perdre inutilement un temps précieux pour l'intervention, ainsi que cela a été le cas de Souligoux (8), où les médecins attendaient l'apparition de l'hypothermie qui ne se produisit pas; la péritonite s'accentua et la patiente fut opérée tardivement sans bénéficier d'aucun avantage.

D'après Malherbe (9) et Lereboullet, quand de 90 à 110 (ce qui est habituel dans la fièvre typhoïde) on voit le pouls s'élever à 120, 130, 140, et perdre en même temps de son ampleur, il faut penser qu'il se passe quelque chose du côté du péritoine, sans que l'on sache s'il s'agit d'une péritonite avec ou sans perforation. Dans les observations où le pouls a été compté (le nombre des pulsations à l'état normal y étant préalablement établi dès le début de l'infection à cause de sa variabilité avec chaque individu), sa *fréquence* et sa *dépression* sont le plus généralement constatées, mais on ne doit pas pour cela exagérer leur valeur et y attacher beaucoup plus d'importance qu'elles ne méritent, comme l'ont fait ces auteurs. Car la fréquence, la petitesse et la dépression du pouls, l'affaiblissement des bruits du cœur, l'état adynamique du malade se rencontrent aussi bien dans la myocardite, complication non moins fréquente de la dothiénentérie, ce qui a pu, dans un cas, faire méconnaître la perforation [Simon et H. Martin (10)].

Les *grands frissons* sur lesquels Louis (11), Lorain (12), ont tant insisté, manquent assez souvent et ne sont nullement caractéristiques.

(1) Le Gendre. Loc. cit.
(2) Constantin Paul. Soc. méd. des hôpit., 1869.
(3) Roger. *Presse méd.*, 28 fév. 1900.
(4) Pénot et Mantoux. *Fièvre typhoïde et grossesse*, Th. 1899; — *Presse méd.*, 15 juillet 1899.
(5) Monseaux. In Th. de Mauger.
(6) Raimondi. *Gaz. des hôpit.*, 20 nov. 1894.
(7) Duflocq. In Th. de Mauger.
(8) Souligoux. Loc. cit.
(9) Malherbe. *Des rapports du pouls et de la température dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1882.
(10) Simon et H. Martin. In Th. de Mauger.
(11) Louis. *Bull. méd.*, 1890, t. II.
(12) Lorain. Loc. cit.

Le *météorisme abdominal généralisé*, qui s'accompagne parfois de *hoquet*, ne mérite point la valeur qu'on lui accorde au point de vue du diagnostic; d'abord parce que la *disparition de la matité hépatique*, qui est due au refoulement du côlon par distension des anses et à son interposition entre la paroi abdominale et le foie, peut exister aussi dans la surdistension pure et simple des anses intestinales. Mauger rappelle un cas où la laparotomie fut faite à tort pour un météorisme de ce genre, sans qu'il y eût aucune perforation; cela n'a point du reste empêché la guérison de se produire. C'est d'ailleurs un signe assez tardif pour l'indication d'une intervention qui n'aurait peut-être alors pas assez de chances de réussir.

Je ne signalerai que pour mémoire les *vomissements incoercibles* de la dothiénentérie, qui, accompagnés parfois d'une élévation de température, surviennent dans le cours du deuxième et du troisième septénaire ou encore à l'époque de la convalescence (Trousseau), et qui peuvent, suivant Variot (1), simuler dans certains cas la perforation. Mais ces vomissements apparaissent tardivement, alors qu'il existe déjà une réaction péritonéale vive.

La *perforation des ganglions mésentériques suppurés* ou encore d'*infarctus splénique* est une complication très rare.

III

Il résulte de cette courte analyse des symptômes ci-dessus énumérés que ceux-ci, loin d'être l'apanage exclusif de la péritonite par perforation, se rencontrent dans une foule d'affections qui les revendiquent d'une façon variable. S'en tenir, de prime abord, aux résultats de la première impression et sur des données si peu établies, échafauder un diagnostic que l'on croyait avoir nettement posé, serait s'exposer à de fort désagréables mécomptes ou perdre un temps précieux alors qu'un diagnostic exact et précoce est de toute nécessité, puisque de sa précocité même découlent l'indication de l'intervention et la valeur des résultats.

S'ils ne sont pas rares, dans la pratique, ces faits dans lesquels, faute de commémoratifs, faute de renseignements suffisants, en présence d'un ensemble de phénomènes à peine ébauchés ou nettement accusés et graves d'emblée, le diagnostic reste hésitant, les difficultés ne seront pas toujours aussi grandes et l'hésitation ne sera que de courte durée; car souvent c'est en pleine évolution d'une fièvre typhoïde déjà connue que le cortège clinique fait son apparition.

En effet, lorsqu'un malade, arrivé au troisième septénaire de sa maladie, change tout d'un coup de facies qui devient grippé, et tombe dans le collapsus en ressentant des douleurs dans un de ses flancs et surtout dans la fosse iliaque droite, avec ou sans modification de la température, avec des nausées ou des vomissements, avec le hoquet et un ventre météorisé plus que d'habitude, c'est que d'ordinaire le péritoine est seul en jeu, et qu'il s'agit d'une *péritonite*. Mais quand ces douleurs ont été à la fois *brusques* et *très vives*, c'est qu'il s'est produit probablement en même temps une *perforation* : ou bien du côté de l'intestin lui-même, si les douleurs sont mal localisées; ou bien du côté de l'*appendice iléo-cæcal*, si leur siège correspond assez exactement au point de Mac Burney; ou bien encore du côté de la *vésicule biliaire*, lorsqu'on peut rapporter le point maximum des

(1) Variot. *Bull. de la Soc. de pédiat.*, 14 nov. 1899.

douleurs au voisinage du foie ou au bord externe du muscle droit, avec irradiations vers l'épaule ou l'omoplate.

La présomption augmente quand ces divers symptômes s'accompagnent d'une contracture de défense abdominale; et on aura presque une certitude quand les frissons, les modifications de la température (surtout l'hypothermie) et du pouls (accélération avec petitesse et dépression) viennent enfin cadrer avec ce tableau déjà si caractéristique.

On a prétendu que l'examen du sang pourrait quelquefois confirmer un diagnostic hésitant, attendu que, dans les suppurations, la *moyenne des polynucléaires augmente sensiblement* et que la *leucocytose est très au-dessus de la normale*. Dans ce dernier cas, comme le font justement remarquer W. Keen (1) et Finney (2), on ne peut toujours que supposer un *processus phlegmasique* et rien de plus, lorsque, par exemple, le nombre des globules blancs passe rapidement de 5 ou 6000 à 10000 et plus.

L'examen du sang aurait permis néanmoins tout récemment à Parmentier (3) de poser, chez une malade, le diagnostic d'une perforation d'ulcère gastrique.

L'entrée en scène des péritonites par perforation se fait parfois sans fracas, d'une façon larvée; son évolution est alors interrompue de rémission ou d'amélioration factice et les symptômes péritonéaux sont dénaturés par les symptômes typhoïdes. Et alors qu'on ne soupçonnait rien, les yeux s'excavent, le pouls devient misérable, extrêmement fréquent, le malade se refroidit, des sueurs visqueuses apparaissent et, en quelques heures, la mort survient dans le collapsus ou dans le coma, sans qu'on ait eu le temps de prendre une décision!

Par contre il est des cas où, pour ainsi dire, rien ne manque ou à peu près, et tout fait croire à une perforation et porter le pronostic le plus grave et le malade guérit!

C'est sans doute dans les cas de ce genre que quelques auteurs, et Thirial (4) en particulier, ont invoqué la *péritonite par propagation* ou *par filtration* (Lépine), que Dieulafoy a mise en doute et qui est admise néanmoins par Trousseau, Jaccoud, Homolle (5), Brouardel et Thoinot (6), Chantemesse, Ramond (7), Laporte (8), etc.

Sans vouloir agiter cette intéressante question, pour laquelle nous renvoyons à la remarquable communication de Dieulafoy (9) à l'Académie de médecine et à son *Manuel de pathologie interne*, nous nous contentons de faire simplement remarquer que, si réellement les cas de péritonite par propagation ou *par émigration*, comme le veut cet auteur, sont des appendicites méconnues, c'est une raison de plus alors pour les opérer. Si on trouve une perforation, on l'obture; si on n'en trouve pas, on résèque l'appendice. Du reste il faut bien reconnaître que ce sont là des faits très rares sur lesquels il n'y a pas lieu de compter.

Encore plus rares sont les cas où, la dothiénentérie étant méconnue, le praticien se trouverait embarrassé au milieu des symptômes à peine ébauchés de la péritonite.

Quoi qu'il en soit, abstraction faite de ces formes exceptionnelles de péritonite par perforation, on peut donc admettre d'une façon générale qu'on aura toujours, sinon une certitude absolue, du moins une quasi-certitude pour être en droit d'appuyer le diagnostic d'une perforation; peu importe d'ailleurs l'organe intéressé, puisque l'intervention s'impose indubitablement en pareille occurrence.

Certes, aussitôt que le diagnostic de perforation sera établi, c'est au chirurgien qu'incombera l'unique rôle de se préoccuper du sort du malade. Car, l'inanité manifeste de la thérapeutique médicale pour enrayer la marche rapide du mal, et son impuissance notoire contre cet orifice béant par où s'échappent à jets continus les gaz et les matières alvines n'en font qu'un traitement d'attente, si l'on veut, mais aucunement un traitement curatif. Tandis que l'opération avec la notion de sa précocité et les perfectionnements de sa technique, constitue le seul salut pour le patient. Et même, dans une situation désespérée, le médecin ne doit pas, en présence des résultats acquis, refuser au malade les bénéfices possibles de l'intervention chirurgicale.

Qu'on ne vienne pas invoquer ici la gravité d'une opération pratiquée en plein état infectieux du sujet; tant que le collapsus n'est pas absolu, tant que le malade n'est pas tout à fait à l'agonie, on a le droit et le devoir d'intervenir. C'est vraiment dans de tels cas que l'association d'un bon clinicien et d'un habile opérateur peut parfois arracher un moribond à la mort.

IV

Les adversaires de l'intervention ne manqueront pas de nous faire des objections qu'il importe maintenant d'examiner.

On objecte que le diagnostic de la péritonite par perforation est très difficile au début, c'est-à-dire au moment où l'opération a beaucoup de chance de réussir. Mais nous venons de voir que, si l'on ne peut pas diagnostiquer sûrement l'organe qui est le siège d'une perforation, on peut être néanmoins presque toujours certain de celle-ci, ce qui sera suffisant pour l'indication d'une opération qui ne vise en somme que la perforation elle-même.

Quelques erreurs (1) se produiront peut-être en intervenant d'une façon précoce, et nous savons que cette faute a déjà été commise. Mais cette laparotomie blanche n'a jamais donné des résultats fâcheux entre les mains de chirurgiens expérimentés, et par conséquent une erreur de ce genre ne condamnera pas pour cela le malade, alors même que l'intervention aurait eu lieu en pleine infection typhoïde. Les deux observations de Rochard que nous avions citées plus haut, sont à ce sujet absolument démonstratives : dans les deux cas il s'agissait d'opérés pour une perforation que l'on n'a pas trouvée; et pourtant la fièvre typhoïde n'en avait pas moins continué chez eux son évolution habituelle et la guérison n'avait pas tardé de se produire. Il en a été de même des malades de Murphy (2), de Cushing (3), de Dandridge (4), de Deaver (5), etc.

(1) W. Keen. *Philadelphie*, 1898 (in-8°, 386 p.).
(2) Finney. *Ann. of surg.*, 1897.
(3) Parmentier. In *Traité de médecine* Brouardel, art. Sang.
(4) Thirial. *Union méd.*, 1853, n°s 83, 84, 85.
(5) Homolle. *Dict. de méd. et de chir.*, t. XXXVI.
(6) Brouardel et Thoinot. *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. I.
(7) Ramond. Th. de Paris, 1898.
(8) Laporte. Th. de Lyon, 1899.
(9) Dieulafoy. *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 20 oct. 1896.

(1) Nous tenons à faire remarquer que, de ce qu'on n'a pas trouvé une perforation à l'ouverture de l'abdomen pendant l'opération, il ne faut pas toujours conclure d'une façon absolue qu'elle n'existe pas; témoin le cas tout récent de William Jones (*Ann. of surg.*, july 1901) qui, n'ayant constaté aucune perforation chez une jeune malade de vingt ans, opérée dans une situation désespérée, s'est contenté de drainer largement la plaie abdominale. Or, les jours suivants, il a vu s'établir une fistule stercorale qui a guéri spontanément.
(2) Murphy. Communic. person. à W. Keen.
(3) Cushing. Loc. cit., 1897.
(4) Dandridge. Loc. cit.
(5) Deaver. Loc. cit., 1898.

Dès lors on ne voit pas pourquoi quelques chirurgiens ont cru déconseiller l'opération dans les premières phases de la dothiénentérie et proclament la gravité moindre des perforations tardives, celles de la convalescence, par exemple; puisque les perforations précoces sont tout aussi justiciables d'une laparotomie sans que celle-ci ait une influence fâcheuse sur la marche de l'infection, comme le prouvent du reste les observations de Van Hook (1), de Cushing (2), de Platt (3), etc. Le premier rapporte un cas de perforation survenue au huitième jour d'une rechute, le malade fut opéré; bien que l'état général ait laissé un peu à désirer pendant les quelques jours qui suivirent l'opération, la fièvre reprit son cours normal, la convalescence arriva rapidement sans encombre et le malade guérit. L'observation de Cushing est beaucoup plus intéressante parce que son jeune malade, qui eut sa première perforation à la fin de la deuxième semaine, avait subi, en quelques jours, trois laparotomies : deux pour perforations successives et une pour occlusion intestinale par adhérences; et cependant le malade a parfaitement guéri. Enfin, chez le malade de Platt, qui fut opéré le dixième jour de la fièvre typhoïde, la guérison eut lieu malgré la rechute dont il fut atteint.

Ces quelques exemples montrent en outre la vitalité de certains typhiques vraiment surprenante; et sous ce rapport les observations de Finney (4), de Herbert, Hawkins et Thurston (5), sont surtout très instructives. Ainsi, chez l'opéré de Finney la guérison eut lieu malgré qu'il présentât les complications suivantes : otite moyenne, pleurésie sèche, thrombose fémorale, furonculose. Dans l'observation des derniers auteurs, il s'agit d'un opéré qui guérit après avoir eu successivement : un abcès parotidien, un phlegmon, une double otite moyenne, une arthrite purulente du genou.

Par conséquent, en matière d'intervention, l'absolutisme n'est pas de mise et des principes fixes ne sont guère possibles. Aussi est-il sage de se ranger à l'avis de van Hook (6) et de Bontecou (7), d'après lequel, en règle générale, une perforation, quelle qu'elle soit, à quelque époque qu'elle survienne, est passible d'une intervention pourvu que le typhique soit dans des conditions de résistance voulues pour la supporter.

Toutefois il y a lieu, *a priori*, de concevoir que le succès doit être plus nombreux dans les cas où la perforation s'est faite tardivement, à une période de la maladie où les agents infectieux avaient déjà perdu une grande partie de leur virulence. En effet, la statistique de Keen (8) vient à l'appui de cette hypothèse; dans une première série de faits qu'il a réunis, cet auteur a noté seulement 15 résultats heureux sur 80 typhiques opérés durant les trois premières semaines, soit une proportion de 18,75 p. 100. Tandis que, dans une deuxième série comprenant 42 cas opérés plus tardivement, après la troisième semaine, le même auteur rapporte 22 guérisons, soit 52,38 p. 100.

Les chances des résultats heureux tiennent aussi, pour une bonne part, à l'âge de la perforation; plus l'intervention sera précoce et plus on pourra bien augurer du résultat, ainsi que cela ressort d'après la statistique de Hartmann (1), que voici : sur 113 cas de perforation, l'opération a été pratiquée 75 fois avant les premières vingt-quatre heures, et 38 fois lorsque vingt-quatre heures s'étaient déjà écoulées. Or, dans la première série où l'intervention a été précoce, il y a eu 19 guérisons, soit une proportion de 25,23 p. 100, et dans la deuxième série, 6 guérisons seulement, soit 13,63 p. 100.

Lejars (2) pense avec Van Hook qu'il ne faut pas différer d'un instant l'intervention, et que *le plus tôt est le mieux.* Sans doute, parce que, dans la pratique, l'établissement du diagnostic, les préparatifs de l'opération, réclameront toujours quelques heures, de sorte que ce ne sera guère avant six, huit, dix heures qu'elle pourra se pratiquer. Aussi ne faut-il pas faire grand cas du conseil de Platt (3), suivi par Keen et Loison (4), et d'après lequel il serait bon, afin d'attendre la fin du *shock* qui suit la perforation, de laisser s'écouler quelques heures (au moins six heures suivant Loison). A aucun prix, il ne faut pas perdre un temps précieux avec l'expectation ou le traitement médical; dès que l'on soupçonne une perforation on doit immédiatement appeler le chirurgien.

On a prétendu que les perforations sont presque toujours *multiples* dans la dothiénentérie et qu'elles sont souvent *difficiles à trouver*; d'où on court le risque d'en obturer une, d'en oublier une autre, et le malade peut succomber à celle-ci; ou bien, dans le cas où on a pu les obturer toutes, le malade meurt de *shock* à cause de la longue durée de l'opération.

D'abord il faut dire que l'unité des lésions est habituelle, leur multiplicité est au contraire rare, du moins c'est ce que nous montrent les statistiques; dans 94 cas de perforation typhique réunis par Mauger (5), on ne trouve que 9 perforations multiples; encore parmi ce nombre faut-il compter un cas où des trois perforations qui existaient, deux avaient été reconnues à l'autopsie, et deux autres cas où la production des perforations a été successive : dans l'un la deuxième perforation s'était produite vingt-quatre jours après l'opération, dans l'autre, deux autres perforations avaient suivi la première quarante-cinq jours après l'opération.

D'autre part, le point perforé est facilement trouvé, et les nombreuses observations relatent cette facilité; ce n'est que 8 fois seulement sur 94 cas que la perforation n'a pu être reconnue (Mauger). Et d'ailleurs celle-ci ayant pour siège approximatif la dernière portion de l'iléon (sur ses 60 derniers centimètres, rarement même au-dessus de 40 ou 60 centimètres), quelquefois le cæcum [Leudet (6), Rokitansky (7), Milliard (8)], ou assez souvent l'appendice iléo-cæcal [Murchison et Milliard, Guinard (9), Dieulafoy, Coulomb (10), Letulle (11), Bontecou (12), Alexandroff (13)], la

(1) Van Hook. *Med. News*, 21 nov. 1891.
(2) Cushing. Loc. cit., 1896.
(3) Platt. *The Lancet*, 25 fév. 1899.
(4) Finney. Loc. cit.
(5) Herbert, Hawkins et Thurston, *The Lancet*, 1899, p. 1004.
(6) Van Hook. Loc. cit.
(7) Bontecou. *Journ. of the Amer. Assoc.*, 1890.
(8) Keen. Loc. cit.

(1) Hartmann. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1901.
(2) Lejars. Rapport à la Soc. de chir., voir le *Bull.*, 26 déc. 1900.
(3) Platt. Loc. cit.
(4) Loison. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1901.
(5) Mauger. Th. de Paris, 1900.
(6) Leudet. *Arch. gén. de méd.*, 1859.
(7) Rokitansky. Th. de Gouronnec, 1881.
(8) Milliard. *Idem.*
(9) Guinard. In Th. de Coulomb.
(10) Coulomb. Th. de Paris, 1899.
(11) Letulle. In Th. de Barbe.
(12) Bontecou. Loc. cit.
(13) Alexandroff. *Journ. de méd. et de chir. de Moscou*, 1893.

main du chirurgien n'aura donc pas à s'égarer dans la cavité abdominale et les recherches ne porteront toujours que dans une région bien limitée, le plus souvent dans la fosse iliaque droite. Il faudra, bien entendu, procéder à cette recherche avec méthode, et commencer d'abord par l'exploration du cæcum et de l'appendice, qui serviront de guides pour remonter vers les portions initiales de l'intestin grêle. Un examen attentif des régions intestinales malades permettra alors de déceler des pertes de substance ou des points de paroi amincie, menaçant de céder, de les obturer ou de les renforcer, et pourra, dans bien des cas, parer au danger de ruptures tardives ou successives.

Le pronostic opératoire des perforations multiples n'est pas forcément plus grave, comme le croit Monod (1) parce qu'elles nécessitent la prolongation de la durée de l'opération, soit pour traiter séparément chacune des perforations, soit pour réséquer, au besoin, une plus ou moins longue portion d'intestin. C'est là du moins l'opinion de Loison qui s'appuie sur les deux faits rapportés par Price (2); dans l'un, ce praticien a obturé deux orifices, dans l'autre les perforations à réparer étaient en grand nombre; les deux malades ont guéri.

La gravité de ces lésions tient bien plutôt à leur mode d'apparition qu'à leur multiplicité; et la crainte du chirurgien à leur égard vient surtout de leur production successive; on obture l'une des brèches intestinales, mais les accidents n'en sont pas pour cela conjurés, puisque sur un autre point l'intestin est de nouveau perforé.

Pour montrer que le chirurgien ne doit pas se laisser arrêter par la crainte des perforations successives, Loison cite encore l'observation de Cushing que nous avons citée plus haut et qui montre que ce praticien fit subir à son malade, en l'espace de quinze jours, trois laparotomies avec plein succès, dans un cas de ce genre.

Les perforations, dit-on encore, sont difficiles à obturer, l'intestin tout autour étant très aminci. Nous allons voir bientôt qu'on y arrive presque toujours assez aisément. En tous cas, les nombreuses observations d'opérés, jusqu'ici publiées, portent que, chez presque tous, la réunion de la plaie intestinale a été bien effectuée ou la suture bien tenue tant dans les cas malheureux que dans les cas de guérison; ou du moins dans aucune d'elles la mort n'a pas été attribuée à une suture défectueuse où à une réunion imparfaite.

C'est, en effet, surtout au mauvais état du malade ou à l'intensité de l'infection, ou encore à une complication pré ou post-opératoire, que l'on doit demander les motifs des insuccès; ces différents malheurs, que l'on ne peut prévoir du reste, ne doivent pas être mis sur le compte de l'opération elle-même lorsque celle-ci est bien faite. Dans le cas de Woodward (3), le malade a succombé au progrès de la fièvre typhoïde, puisque le péritoine n'offrait trace d'inflammation. Cholzow (4) a perdu son opéré à la suite d'une double pneumonie survenue le lendemain de l'opération. Platt (5), chez un de ses opérés, a trouvé l'occlusion sur le côlon comme cause de la mort. Armstrong (6) a perdu un malade par hémorragie intestinale secondaire.

(1) Monod. Loc. cit.
(2) Price. *Med. and surg. Rep.*, 7 nov. 1896.
(3) Woodward. *Boston med. and surg. Journ.*, 1896.
(4) Cholzow. *Ann. de chir. de Russie*, 1897.
(5) Platt. Loc. cit.
(6) Armstrong. *Montr. med. Journ*, 1897.

Mais la généralisation d'une péritonite circonscrite, existant antérieurement à l'intervention, a été le plus souvent la cause de la mort, tels les cas de Van Hook, de Parkin (1), de Monod, de Boinet, de Célos (2), etc. Et lorsqu'on ajoute que cette péritonite, déjà grave par elle-même, s'accompagne assez fréquemment d'épanchement purulent, plus ou moins abondant, mêlé ou non de matières fécaloïdes, ainsi que le démontrent les observations de Surmay (3), de Netschaïeff et Trojanow (4), de Bogart (5), etc., on comprendra dès lors qu'on ne peut réellement accuser une intervention pour le moins utile; puisque, si les résultats ne sont encore que médiocres, le nombre des décès restant élevé, on ne doit toujours nier que, dans un grand nombre de cas voués presque à la mort certaine, il survient incontestablement une amélioration; dès les premières heures, on voit le pouls se relever, le facies s'éclairer, le sujet prostré avant l'opération s'intéresser à son entourage et converser sans délire; pas le moindre choc. Morestin (6) fut étonné de voir un enfant opéré par lui, jouer sur son lit avec ses images le lendemain de l'intervention. Même chez le moribond, celle-ci provoque des survies parfois longues. La survie est signalée dans 20 cas de la statistique de Mauger; elle s'étend de deux à quarante-cinq jours.

Quant aux résultats heureux, lorsqu'on prend la précaution d'éliminer les cas douteux où le diagnostic n'avait pu être bien établi, on voit que la première statistique importante publiée est celle d'Abbe (7), qui date de 1895 et qui porte sur 24 cas opérés. Or, on ne trouve que 6 guérisons en tout, soit une mortalité de 77,5 p. 100

Houzé, dans sa thèse, fait une large part à la perforation typhique et rapporte 28 cas avec 6 guérisons, soit une mortalité de 78,3 p. 100 environ.

Dans la statistique de Monod et Vanverts, sur un total de 27 cas réunis en 1897, on relève 5 guérisons, soit une mortalité de 81,5 p. 100. De même Guecelewitsch et Wanach (8) rapportent 12 guérisons sur 65 cas, soit une mortalité de 81,54 p. 100 environ.

Keen (de Philadelphie), dans sa première série de statistique qu'il fit connaître en 1898, donne 16 guérisons sur 83 cas, soit une mortalité de 80,7 p. 100. Dans une deuxième statistique publiée en 1900, cet auteur a noté 21 guérisons sur 75 cas, soit une mortalité de 72 p. 100.

Harvey Cushing semble plus heureux, parce qu'il rapporte une statistique dans laquelle 5 guérisons ont été obtenues sur 11 cas d'opérés, soit une mortalité de 54 p. 100.

Enfin, dans la Thèse de Junqua (9), on trouve enregistrées 26 guérisons sur un total de 100 opérés, soit une mortalité de 74 p. 100.

Si l'on ne doit pas s'en tenir uniquement aux chiffres qui se rapportent forcément à des faits dissemblables et réunis pour le besoin de la cause, ces statistiques n'en restent pas moins importantes. Car, lorsqu'on les compare à la statistique de Murchison qui donne, pour les cas non opérés, une mortalité de 90 p. 100, on voit que ce chiffre considérable,

(1) Parkin. *Brit. med. Journ.*, 26 january 1895.
(2) Célos. *Bull. de la Soc. anat.*, juin 1900.
(3) Surmay. *Union méd.*, 1885.
(4) Netschaïeff et Trojanow. *Yetopice Rousskoi Kirourgie*, 1897.
(5) Bogart. *Ann. of Surg.*, 1896, p. 596.
(6) Morestin. Loc. cit.
(7) Abbe. *Med. Record*, 1895.
(8) Guecelewitsch et Wanach. *Yetopice Rousskoi Kirourgie*, 1897.
(9) Junqua. Th. de Paris, 1901.

grâce à l'opération, se trouve réduit à 81,54 p. 100 environ dans la statistique de Guecelewitsch et Wanach ; à 80,7 p. 100 dans la première série de Keen ; à 78,3 p. 100 environ dans la statistique de Houzé ; à 77,5 p. 100 dans les observations d'Abbe ; à près de 77,4 p. 100 dans celles de Monod et Vanverts ; à 74 p. 100 dans les cas réunis par Junqua ; à 72 p. 100 dans la deuxième série de Keen ; à 54,6 p. 100 dans la statistique de Cushing.

Tous ces chiffres montrent donc d'une façon on ne peut plus péremptoire, que l'opération donne des résultats de beaucoup supérieurs à ceux obtenus par l'expectation, fût-elle armée.

Par conséquent, les chances plus nombreuses de guérison accordées aux malades, les améliorations réelles et constantes après l'acte opératoire, l'innocuité presque absolue de ce dernier dans l'infection typhique, toutes ces conditions favorables rendent légitime l'indication du traitement chirurgical qui s'impose dans la cure des perforations chez tous les malades pourvu qu'ils opposent une résistance individuelle suffisante pour le supporter. Bien entendu, le collapsus qui marque la période ultime et l'état ataxo-adynamique grave qui indique une infection profonde, excluent toute intervention, surtout lorsque celle-ci est tardive.

(*A suivre.*)

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(13 MAI 1902)

La discussion sur les **accidents du chloroforme** que M. le président avait déclarée close n'a été, en réalité, qu'interrompue. Nous y sommes encore revenus aujourd'hui, avec M. Laborde qui s'est surtout appliqué à combler une lacune de cette discussion. On y a beaucoup parlé des accidents primitifs du chloroforme, les plus graves, et des moyens de les combattre, mais il n'a été presque rien dit des moyens de les prévenir, ce qui serait évidemment beaucoup plus sûr et beaucoup plus avantageux. C'est donc sur ces moyens préventifs des accidents de l'anesthésie chloroformique que M. Laborde veut appeler l'attention de ses collègues, très étonné d'ailleurs que le promoteur de cette discussion, M. Huchard, qui est un thérapeute émérite, n'y ait même pas fait la moindre allusion. Seul, M. Richelot a effleuré la question en proposant d'éviter l'irritation laryngée par le bromure d'éthyle administré avant le chloroforme.

Qu'a-t-on surtout à redouter au début de la chloroformisation ? C'est la syncope cardio-respiratoire. Cette syncope peut même se produire en dehors du chloroforme, avant même que le malade n'en ait inhalé quelques gouttes ; elle peut se produire sous l'influence seule de l'émotion. Il y a de nombreux exemples. Or, pourquoi ne pas chercher à annihiler d'avance le cardio-réflexe point de départ de cette syncope trop souvent mortelle ? Si l'on munit un lapin de tous les appareils enregistreurs de la circulation et de la respiration, si on lui donne quelques gouttes de chloroforme, on voit aussitôt que les battements du cœur s'arrêtent. Coupez d'avance les deux trijumeaux de ce lapin ; les battements du cœur ne s'arrêteront plus sous l'influence du chloroforme. En matière d'anesthésie, on a tout à craindre de sujets doués d'une hyperexcitabilité particulière. Or, quels sont les moyens de supprimer d'avance, ou tout au moins d'atténuer cette hyperexcitabilité ? Il y a longtemps que Claude Bernard l'a indiqué, c'est la morphine qui peut être considérée comme un véritable contre-poison du chloroforme. M. Laborde, partant de ce principe, s'est arrêté à la formule suivante : faire une injection sous-cutanée avec une seringue de Pravaz remplie de cette solution :

Morphine.............	0g10	centigrammes.
Sulfate d'atropine......	0g01	centigramme.
Spartéine.............	1	gramme.

Ce qui représente pour une seringue :

Morphine.............	0g01	centigramme.
Sulfate d'atropine......	0g001	milligramme.
Spartéine.............	0g10	centigrammes.

Dans ces conditions, l'administration de chloroforme se fait sans danger, sans incident, sans la moindre alerte. L'expérimentation sur les animaux l'a maintes fois démontré et M. Laborde s'étonne que les chirurgiens négligent de recourir à un moyen aussi simple et aussi sûr. Enfin si, malgré ces précautions, survenait encore quelque alerte, M. Laborde rappelle, avec raison, qu'on aurait dans les tractions rythmées de la langue un excellent moyen de parer au danger.

Les résultats expérimentaux obtenus par M. Laborde à l'aide du moyen préventif qu'il propose sont, sans aucun doute, des plus encourageants. Toutefois, il y a bien longtemps déjà que ce moyen a été préconisé et nous avons le souvenir d'une bien ancienne discussion à la Société de chirurgie dans laquelle Trélat a fortement vanté l'emploi préventif de la morphine associée à l'atropine. Bien des chirurgiens ont suivi Trélat dans cette voie. Nous avons nous-même eu recours à ce moyen et peu à peu on y a renoncé parce que, malgré l'emploi de ce moyen, il s'est produit des accidents. Quelque confiance, donc, que nous inspirent la compétence physiologique et la grande expérience de M. Laborde, nous restons moins convaincu de l'effet du moyen préventif qu'il nous propose que de l'efficacité, en cas d'accident, de sa méthode des tractions rythmées de la langue.

Très suggestive la communication de M. Fiessinger qu'il intitule : **La loi sur la santé publique et les épidémies de fièvre typhoïde en province.**

La loi sur la santé publique, en soumettant les maires à l'autorité des préfets, ne saurait conduire à des résultats décisifs. Un préfet est un fonctionnaire. Il peut perdre sa place s'il remplit son devoir. Il suffit que le maire soit un homme politique influent, et s'entête à nier une épidémie pour que la majeure partie de la loi sur la santé publique ne soit jamais qu'un effort méritoire sans doute, mais frappé de stérilité.

Une épidémie de fièvre typhoïde sévit depuis huit ans dans une petite ville de province. De nombreuses familles sont en deuil. L'infection est venue d'une contamination de la source qui alimente la ville par des infiltrations à distance. La source jaillit de la base d'une montagne, et cette source est alimentée par un ruisseau souterrain qui part du haut-plateau et s'enfonce dans le sol à proximité d'habitations où avait régné la fièvre typhoïde.

Ainsi voilà huit ans qu'une épidémie de fièvre typhoïde règne dans une ville ; on connaît la cause de l'infection, rien ne serait plus facile que de la faire disparaître. Mais cela serait contraire aux intérêts d'un maire, électeur influent, que M. le préfet doit avant tout ménager. Alors, il n'y a rien de fait, et malgré les observations et rapports

réitérés d'un médecin soucieux de ses devoirs, les habitants de la ville continuent à mourir de la fièvre typhoïde. Ce que le médecin n'a pu obtenir, M. Chantemesse, appelé par lui, et revêtu d'un caractère officiel, ne l'a pas obtenu davantage. Il a lui-même fait, à l'Académie, l'aveu que l'application de la loi devenait souvent bien difficile pour ne pas dire impossible, quand à l'hygiène se mêlait la politique.

Il est regrettable que, par un sentiment sans doute respectable, M. Fiessinger ait cru devoir taire le nom de la ville en question, de son maire et du préfet.

Signalons, parmi les présentations, celle qui a été faite par M. Berger, d'un nez qui avait été complètement tranché par une morsure de cheval et qui a été merveilleusement reconstitué par lui, à l'aide d'un lambeau emprunté au bras par la méthode italienne.

M. Paul Richer, en présentant un livre qu'il vient de faire paraître sous le titre : « **L'art et la médecine**, » rappelle les premiers essais de critique scientifique appliquée aux œuvres d'art, qu'avec son regretté maître Charcot, il a publiés il y a tantôt quinze ans. Ces études s'appelaient : *Les démoniaques dans l'art*, et *Les difformes et les malades dans l'art*.

MM. Charcot et Richer insistaient, dès cette époque, sur le double intérêt de ce genre de recherches destiné d'une part à fournir aux médecins les preuves indiscutables de l'existence, à des époques plus ou moins reculées de types morbides semblables à ceux que nous avons actuellement sous les yeux, pendant que d'autre part il introduit dans les arts plastiques un nouvel élément de critique, qui relève au premier chef de la science et dont il appartient plus particulièrement aux médecins d'établir la signification et la portée.

Depuis ces premiers travaux les études de ce genre se sont multipliées.

Il a semblé à M. Richer que le moment était venu de présenter sur ces matières un travail d'ensemble qui, sans avoir la prétention d'être complet, offre du moins l'avantage de grouper un grand nombre de documents artistiques variés, suffisants aujourd'hui pour mettre en valeur comme il convient les faces multiples de cette très curieuse et très intéressante question.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De la détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène (1), par A. Fillassier, lauréat à l'école spéciale d'architecture, docteur en droit, rédacteur principal à la préfecture de la Seine.

Au moment où la loi pour la protection de la santé publique est votée par le Sénat, nous croyons intéressant d'appeler l'attention de nos lecteurs sur l'ouvrage de M. Alfred Fillassier, rédacteur principal à la préfecture de la Seine, sur la détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène.

Cet ouvrage, dont la première édition a été enlevée en moins d'un an, s'est complété par l'étude de toutes les questions d'hygiène les plus actuelles, et que des commissions spéciales instituées par le ministère de l'Intérieur, commissions de la tuberculose, de la dépopulation, pour la prophylaxie des maladies vénériennes, etc., tentent de résoudre.

Nous appellerons spécialement l'attention sur les pages consacrées aux mesures de protection prises en 1901, contre l'épidémie de peste qui nous menaçait, et sur l'exposé des difficultés juridiques que l'administration a rencontrées et rencontre encore dans l'application de la loi du 10 juillet 1894 sur le tout à l'égout.

Signalons en outre les chapitres réservés aux législations sanitaires étrangères qui ont été utilement développés, enfin l'examen critique de la loi pour la protection de la santé publique qui armera nos administrations dans cette lutte contre la maladie et la mort. Disons notamment l'organisation des bureaux d'hygiène actuellement existants et qui sont devenus obligatoires dans les grandes villes.

En résumé, ouvrage fort intéressant et dont on peut dire, par les services qu'il rendra aux municipalités et aux administrations publiques, qu'il vient à son heure.

(1) In-8°, 2e édit., revue et augmentée. — Prix : 15 francs. — Paris, J. Rousset.

Alimentation et hygiène des enfants (1), par le docteur F. Cayla, ancien chef de clinique à la Faculté de Bordeaux.

Ce livre est indispensable à tous les jeunes médecins et surtout à ceux qui s'occupent spécialement des enfants. On y trouve résolues, avec clarté et simplicité, toutes les questions relatives à l'alimentation des enfants depuis la naissance jusqu'à quinze ans, à leur éducation physique et morale et à leur hygiène. Un chapitre est consacré à l'exposition d'une méthode d'allaitement artificiel qui réalise presque jusqu'à la perfection les qualités physico-chimiques de l'allaitement au sein, grâce à l'hydro-lactomètre et au paramicrobe imaginés par l'auteur.

Les oxydations de l'organisme (2), par E. Enriquez, médecin des hôpitaux de Paris, et J.-A. Sicard, chef de clinique à la Faculté de médecine.

L'étude des ferments solubles, bien qu'abordée il y a déjà un demi-siècle, est restée longtemps stationnaire, alors que celle des ferments organisés, des microbes, a subi sous l'influence de Pasteur l'essor que l'on connaît. Mais, par un de ces retours dont l'histoire scientifique offre plus d'un exemple, ces recherches sur le mécanisme pathogénique des agents microbiens, en nous faisant connaître les toxines et leurs propriétés, nous ont montré les analogies remarquables qui existaient entre les produits de sécrétions microbiennes et les diastases, et de ce fait, les biologistes ont été ramenés de nouveau à l'étude attentive des ferments solubles.

D'autre part, les travaux réalisés par Metchnikoff et ses élèves sur les cytotoxines ont ouvert aux médecins une voie nouvelle qui permet de concevoir les plus belles espérances dans le domaine thérapeutique. De plus en plus l'orientation scientifique est dirigée vers l'étude des sécrétions cellulaires et des ferments solubles.

Parmi ces ferments solubles, il est un groupe, de découverte toute récente, dont l'importance est majeure : ce sont les ferments oxydants, ou *oxydases*.

Et le grand intérêt qui s'attache à rechercher la part de ces oxydases dans les phénomènes complexes de la vie normale de la cellule, autorise également à penser qu'un grand nombre d'états pathologiques répondent eux aussi à des modifications ou à des perversions de ces ferments oxydants. On comprend dans ces conditions combien leur connaissance importe au médecin. C'est donc faire œuvre d'actualité médicale au premier chef que de réunir les connaissances acquises à ce sujet comme le font avec l'autorité que leur donnent leurs nombreuses recherches personnelles MM. Enriquez et Sicard. F. R.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.
(2) In-16, cart. (Actualités méd.) Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Centenaire de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris. — *Programme définitif des fêtes et cérémonies.* — Le samedi 24 mai, à deux heures de l'après-midi, séance solennelle au palais du Trocadéro, sous la présidence de M. le président du Conseil des ministres. Le même jour, à sept heures et demie du soir, au palais d'Orsay, banquet de l'internat sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

Le dimanche 25 mai, à deux heures de l'après-midi, à l'Hôtel-Dieu, inauguration du monument élevé à la mémoire des internes morts victimes de leur dévouement. Le même jour, à huit heures et demie du soir, à l'Opéra-Comique, représentation au profit de l'Association amicale des internes et anciens internes.

Programme de la représentation. — A propos, par M. Haraucourt; un acte du *Médecin malgré lui*, de Gounod; première représentation de : *F.-S.-A.*, revue à l'usage interne, par MM. de Wendel et E. Paquy, musique nouvelle par M. E. Rey. S'adresser, pour la location des places pour la représentation, jusqu'au 20 mai à M. Steinheil, trésorier du comité du centenaire, 2, rue Casimir-Delavigne, et à partir du 20 mai, au bureau de location de l'Opéra-Comique.

Guerre. — Par décret en date du 13 mai 1902, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée territoriale Brachet, Weiss, Franck, Kirmisson, Pinard.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de réserve ou de l'armée territoriale Moreau, de Valicourt, Balzer, Segond, Rousseau, Deffaux, Bezy, Castex, Hugounenq, Chambrelent, Bidon, Dubreuilh, Raymondaud, Ozenne, Hartmann, Walther, Chaput, Louge, Jarjavay, Rouxeau, Peugniez, Deschamp, Duflocq, Bar, Chatin, Labrousse, Boussavit.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Albertin, Grasser, Thiébaut, Coup, Blondel, Denoy, Cacarrié, Bousquet.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Durand, Laurent, Allary, Deschamps, Sirot, Bataille, Cassin, Dicquemare, Gascard, Florain, Caron, Lecomte, de Nabias, Chaudeborde, Dupre, Paterne, Cravin, Raullet, Guerrier, Lecreux, Puech, Carrié, Barbier, Dufour, Bonefé, Truchy, Cavle, Pouchin, Burgat, Viller, Mathis, Lefebvre, Bolognesi, Juranville, Achard, Roche, Vinant, Fortin, Monprofit, Bertolus, Demars, Herr, Delagenière, Auche, Bourdillon, Michel, Gauch, Bertrin, Mangon, Berthod, Boelher, Dufour, Despreaux.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Valerian, Robiolis, Besson, Magnan, Pilatte, Guy, Petrolacci, Thomas, Goueffon, Miltas, Jacquemet, Viaud, Thivet, Eymery, Faivre, Serieux, Pigache, Barral, Boffard, Poirier, Thomas, Mouton, Lapeyrie, Faure, Audureau, Bouchez, Mariage, Roubinovitch, Petit, Nogués, Huard, Colas, Redureau, Bertrand, Guimet, Lafaye, Chassagne, Moullade, Lachaux, Michaud, Routier, Stavaux, Romane, Garnier, Labrit, Bacri, Christen, Bastide, Foucart, Bruneau, Jacques, Lebon, Paquet, de Grailly, Didsbury, Picot, Guilliou, Decourt, Tourette, Debedat, Cassoute, Gouvernaire, Differdange, Montalescot, Jarre, Desbonnet, Beal, Archambault, Brugueirolle, Poulaine, Dupuy, Guinebertière, Le Branchu, Molinié, Parrain, Darfeuille, Dussac, Husson, Planat, Pierre, Briend, Lebelle, Aviragnet, Pissot, Dumont, Bralant, Debray, Coulon, Cubertafon, Terrade, Roland, Caillaud, Hugues, Vieillard-Baron, Chabert, Schrameck, Louradour, Delestang, Sauvage, de la Chapelle, Nouvel, Pambrun, Bucquet, Deglaire, Lévy, Goinard, Brindel, Bonnet, Hoche, Vignaud-Dupuy de Saint-Florent, Perramond, Dutournier, Constant, André, Durand, Duhamel, Barrègre, Causeret, Vires, Cazalis, Bron, Olier, Grand, Grange, Sirol, Meslier, Marion, Péchin, Hernette, Pescheux, Kahn, Marie, Macrez, Juge, Penne, Verdelet, Carnot, Etiévant, Jolly, Cavasse, Frarier, Jacquin, Aquaviva.

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la dix-neuvième semaine, 1 029 décès, au lieu de** 989 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 966.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, comme pendant la semaine précédente, au lieu de la moyenne 8; le nombre des cas nouveaux signalés à la préfecture de police (40) est à peu près égal à la moyenne (42) et supérieur au chiffre de la semaine précédente (29).

La variole a causé 4 décès, comme pendant la semaine précédente (la moyenne est 3); le nombre des cas nouveaux (26) est légèrement supérieur à celui de la semaine précédente (19) et à la moyenne (18). A Londres l'épidémie est stationnaire; elle a causé 42 décès pendant la dix-huitième semaine, au lieu de 43 pendant les deux semaines précédentes; elle frappe toujours surtout l'est de la ville (13) et le sud (16).

La rougeole, toujours fréquente au printemps, a causé 26 décès, au lieu de 10 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 25. La scarlatine a causé 2 décès au lieu de 4 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 5; le nombre des cas nouveaux est stationnaire (100, au lieu de 104 pendant la semaine précédente et de la moyenne 75). La coqueluche, a causé 8 décès, au lieu de 18 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 7. La diphtérie a causé 25 décès au lieu de 18 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 7; le nombre des cas nouveaux (103) reste stationnaire, mais très supérieur à la moyenne (53).

La diarrhée infantile a causé 40 décès de 0 à 1 an, au lieu de 27 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 31.

En outre, 18 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 174 décès au lieu de 159 pendant la semaine précédente et au lieu de 150, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 15 décès (au lieu de la moyenne 12); bronchite chronique, 23 (au lieu de la moyenne 16); pneumonie, 41 (au lieu de la moyenne 49); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 95 (au lieu de la moyenne 83), dont 30 sont dus à la congestion pulmonaire et 53 à la broncho-pneumonie. En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 226 décès; la méningite tuberculeuse, 22; la méningite simple, 20; les tuberculoses autres que celles qui précèdent, 19; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 51; les maladies organiques du cœur, 78; le cancer a fait périr 49 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès; la cirrhose du foie, 9; la néphrite, 32; enfin, 48 vieillards sont morts de débilité sénile.

Maladies de la peau. — *Hôpital de la Pitié.* — M. J. Darier commencera le samedi 24 mai son enseignement dermatologique qui sera établi sur le programme suivant :

Samedi à neuf heures un quart, à l'amphithéâtre, leçon clinique et théorique.

Jeudi à dix heures et demie, au laboratoire Piory, conférence avec démonstrations microscopiques sur l'histologie normale et pathologique de la peau.

Lundi et vendredi à neuf heures un quart, salle des consultations spéciales, consultations dermatologiques.

Mardi à dix heures et demie, salle Piorry, opérations dermatologiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17

N° 57. — MARDI 20 ET JEUDI 22 MAI 1902. 75e ANNÉE. MARDI 20 ET JEUDI 22 MAI 1902. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien s'est terminé par la nomination de MM. Ombredanne et Robineau.

Écoles de médecine. — *Nantes.* — Des concours s'ouvriront : le 30 juin, pour une place d'aide d'anatomie ; le 7 juillet, pour une place de préparateur de bactériologie et une place de préparateur des chaires de physique et de pharmacie ; le 10 juillet, pour une place de préparateur des chaires d'histoire naturelle et de matière médicale.

Clermont. — M. le docteur Dionis du Séjour, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, des fonctions de chef des travaux de médecine opératoire.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Gibrat, médecin de la marine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Guerre. — Par décret en date du 13 mai 1902, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Caillette, Lorimy, Verdier, Torreille, Bosc, Guers, Lesavre, Lévy, Turbaux, Imbert de la Touche, Petit, Sedillot, Ledoux, Bernard, Laporte, Combet, Galliard, Coulbault, Pruvost, Guillouet, Mathelin, Bels, Blanchard, Peringuey, Henneton, Robert, Ricateau, Foulquier, Epery, Madre, Simeray, Bacon, Fabre, Lestocquoy, Drochon, Riberolles, Ricoux, Hugues, Denis, Testelin, Mendiboure, Pons, Aussenac, Mengarduque, Pedrono, Lejeune, Aubert, Bordet, Darrigade, Domeck, Bertrand, Moiroud, Monvenoux, Long, Raymondon, Barbulée dit Bulot, Milsonneau, Forgeot, Trachet, Fabre, Savin, Saric, Jean, Mignot, Deseuche, Rollin, Guilain, Astier, Charon, Mermet, Ravaud, Maunier, Jaille, Boussumier, Beal, Joanny, Canac, Dourif, Mercier, Blond, Soubost, Savidan, Bourgin, Viard, Chauvin, Doyen, Michelot, Perrusset, Perret, Gauvry, Sarda, Foucher, Pigornet, Laherre, Vanhaëcke, Bonnet, Droubaix, Besson, Beaupère, Hommey, Durel, Thierry, Rey, Durantin, Coutance, Roland, Persillard, Cisterne, de Brinon, Grenier, Ythier, Cahn, Daspres, Mauzac, Wertheimer, Lora, Casiglia, Boudry, Pessez, Sourice, Chabannes, Tourdot, Jondeau, Wins, Dupont, Aujay de la Dure, Rivalier, Suirotes, Panel, Loisnel, Collette, Berard, Dubarry, Montillier, Paliard, Frecon, Nugon, Pottier, Waquez, Heurteau, Hue, Aussoleil, Ardouin, Ryckewaert, Hervé, Coudère, Dorte, Hacot, Ferrières, Beynes, Dauthuille, Chevillot, Monnier, Decressac, Pellisson, Desbrières, Lalitte, Garsonnin, Michel, Dacquet, Friot, Sollier, Roux, Lapeyre, Regnard, Seullier, Daniel, Dumont, Boulin, Stef, Dubost, Lacombe, Darnis, Fournioux, Boyals, Mally, Ribetou, Laskine, Barraud, Villebrund, Ducroquet, Chevalier, Coquereau, Rouairoux, Sudre, Grand, Mouret, Ballenghien, Noguë, Couturier, Vandaële, Defrance, Callegari, Jamin, Humbert, Bouron, Begouin, Penel, Houdeville, Wagner, Guédon, Brin, Loche, Charrière, Briton, Knocri, Bon, Hervouet, Letienne, Pascal, Luton, Hamel, Garat, Foillard, Thomas, Ladevie, Manguis, Veslin, Bouju, Dupuy, Garnier, Bouju, Tellier, Grelet, Meinnier, Tézenas, Merlin, Leroux, Gauja, Boullard, Maheu, Mesnil, Leray, Voirin, Saclier de Giverdey, Cestan, Sage, Roch, Gallois, Renault, Perrin, Perregaux, Gigon, Guérin, Baurand, Malherbe, Rovery, Ferrand, Gouget, Madon, Grandou, Pillon, Flandrin, Jaboulay, Chaillou, Gallois.

— M. Gouzien, médecin-major de deuxième classe au 21e d'infanterie coloniale, a été désigné pour servir en Afrique occidentale française.

M. de Lavigne Sainte-Suzanne, médecin-major de deuxième classe au 1er d'infanterie coloniale, a été désigné pour servir à la Martinique.

M. Escande de Messières, médecin aide-major de première classe, a été désigné pour servir au 8e d'infanterie coloniale, à Toulon.

Le bastion 29. — Le bastion n° 29, qui servait à l'Assistance publique d'hôpital d'isolement pour les maladies contagieuses, ne répondant plus aux nécessités actuelles, M. Mourier a demandé et obtenu du ministre de la Guerre de l'échanger contre un autre, situé boulevard Macdonald.

Les travaux d'installation vont commencer incessamment. La dépense sera d'environ 100 000 francs.

Cours sur le traitement de la syphilis. — M. Leredde commencera le lundi 2 juin, à dix heures et demie du matin, à la policlinique de l'Etablissement dermatologique, 9, rue Boudant, une série de huit conférences sur le traitement de la syphilis et des progrès à y apporter. Il les continuera les lundis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de technique opératoire, par Ch. MONOD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, et J. VANVERTS, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lille. 2 vol. gr. in-8°. — Prix en souscription : 35 francs. — Paris, Masson et Cie.

CLINIQUE MÉDICALE — HOPITAL SAINT-LOUIS

LA SCLÉRODERMIE (1)

Par M. Du Castel, médecin des hôpitaux.

Sous le nom de *sclérodermie*, on désigne une affection caractérisée par une inflammation chronique du derme aboutissant à l'atrophie et à la transformation fibreuse de la peau qui perd sa souplesse et son élasticité naturelle, devient rigide et analogue au tissu cicatriciel. Elle prend en même temps une coloration plus ou moins jaunâtre rappelant l'aspect du vieil ivoire, mélangée de taches violacées qui représentent, ainsi que nous le verrons, le stade initial de la maladie.

Celle-ci débute, en effet, souvent par des phénomènes d'asphyxie locale des extrémités, comme chez cette femme, par exemple : les mains deviennent froides, insensibles, congestionnées, puis peu à peu, le tégument qui était violacé se pigmente d'une manière plus ou moins accentuée, et à un moment donné, lorsque l'atrophie est complète, on peut voir un ensemble de marbrures violacées, blanches et pigmentées. Parfois, quand la maladie se développe sous forme de plaques à la surface du corps, c'est plutôt une couleur rosée, claire, qu'on observe d'abord. En outre de cette coloration particulière, la peau offre des caractères objectifs très particuliers; elle est lisse, tendue, rétractée; ses plis et son quadrillage normal, que dessinent les papilles, s'effacent, et on a sous les yeux une surface brillante, iburnée, desquamante ou non. Si on la saisit entre les doigts, on s'aperçoit qu'elle est dure, sclérosée, de la consistance du bois ou de l'ivoire, appliquée étroitement sur les parties sous-jacentes, sur lesquelles il est difficile de la faire glisser. Lorsque la peau du front est envahie, par exemple, le malade ne peut plus le plisser comme à l'état normal par la contraction volontaire des muscles frontaux.

Ce qui est caractéristique de ces lésions, c'est d'être nettement limitées et distinctes des parties saines avoisinantes, absolument comme l'induration du chancre syphilitique. C'est là un signe particulier des *plaques* de sclérodermie.

Si on étudie les diverses phases du processus, on arrive à le diviser en deux périodes : l'une, préparatoire, ou *myxœdémateuse*, dans laquelle il existe surtout des phénomènes d'œdème inflammatoire dur; la seconde, ou période de *sclérose*, caractérisée par la formation de la plaque éburnée.

Ces plaques de sclérodermie amènent parfois très peu de troubles de la sensibilité, et c'est comme par hasard qu'on les découvre. On a noté cependant des modifications des diverses perceptions tactiles en ces points. Le trouble le plus considérable et le plus certain est l'arrêt de la transpiration. Ce fait a été parfaitement mis en évidence par Kaposi au moyen des injections de pilocarpine. L'atrophie des glandes sudoripares, qui existe dans la sclérodermie, rend parfaitement compte de la disparition des phénomènes de diaphorèse physiologique ou médicamenteuse.

La sclérodermie peut affecter diverses variétés de forme et de disposition. Elle est *diffuse* ou *localisée*. Quand elle est localisée, la plaque peut dans certains cas être très saillante, par suite d'une hyperplasie végétante, et offrir l'aspect des kéloïdes accompagnant les cicatrices vicieuses. On a donné à cette variété le nom de *sclérodermie kéloïdienne* ou *tubéreuse*.

Dans d'autres cas, à côté des plaques pigmentées, il existe certains éléments scléreux présentant une vascularisation anormale et un caractère *télangiectasique* comparable à ce qu'on observe également dans les cicatrices irrégulières. Darier a publié des observations de ce genre.

Chez certains malades, au contraire, il semble qu'il y ait une tendance générale de l'économie à faire de la sclérodermie sur toute la surface du corps. Tel est le cas, par exemple, du malade que vous avez vu tout à l'heure. C'est ce qu'on appelle la *sclérodermie généralisée*, mais il faut bien dire que cette forme est exceptionnelle et que le plus souvent il s'agit plutôt de sclérodermie diffuse, les plaques étant séparées par des intervalles de peau saine.

Dans d'autres cas, on trouve des plaques isolées, brillantes, nacrées et pigmentées, entourées d'une zone rouge, de la dimension d'une pièce d'un franc à cinq francs, c'est ce qu'on appelle les morphées. Parfois une plaque unique occupe toute la paroi abdominale. Ces variétés sont importantes à noter car le pronostic est bien meilleur quand les plaques sont réduites à un petit nombre que lorsqu'elles couvrent une grande partie des téguments. Nous y reviendrons.

Au point de vue de son siège, la sclérodermie comporte une forme très nettement localisée aux extrémités, comme chez la malade que vous avez vue tout à l'heure, chez qui les lésions occupent les extrémités des membres supérieurs : cette forme constitue la *sclérodactylie*. La maladie peut aussi se localiser aux pieds ou à la face.

La sclérodactylie ou sclérose des doigts est en général précédée par une période datant de quelques semaines ou même de quelques années, pendant laquelle les malades sont atteints de différents troubles que l'on désigne sous le nom d'asphyxie locale des extrémités : ils éprouvent de temps à autre la sensation de doigt mort, des élancements, parfois des crampes dans les avant-bras; les doigts présentent des alternatives de cyanose et de pâleur. Puis survient la congestion myxœdémateuse et peu à peu la phase de rétraction et d'éburnation que nous avons décrite précédemment. Il en résulte une gêne notable des mouvements et bientôt une impossibilité complète d'étendre les doigts qui sont pris dans l'étui rigide de la peau sclérosée. Par le même motif, la circulation et la nutrition des doigts est entravée et les os eux-mêmes s'atrophient; la dernière phalange notamment disparaît, et les doigts prennent un aspect particulier, amincis de leur base à leur extrémité. On a constaté dans ces cas l'inflammation et l'atrésie des vaisseaux sanguins. C'est ce qui explique la facile production de panaris à répétition, d'éruptions bulleuses, de petites escares gangréneuses, bref de toute une série de troubles trophiques que favorise l'insuffisance de la nutrition de la peau, sous l'influence des causes banales d'ulcération et d'infection.

Au bout d'un certain temps, toute la main est prise, et l'affection remonte sur l'avant-bras et le bras. Ces parties présentent des taches blanches analogues au vitiligo, quoique moins étendues, et des plaques pigmentées. Mais la pigmentation va en se dégradant de bas en haut. En même temps, les articulations du poignet, du coude, de l'épaule, ne peuvent plus se mouvoir; la main reste fléchie sur l'avant-bras, l'avant-bras sur le bras, et celui-ci demeure rapproché du tronc. Le malade est devenu un infirme, absolument comme certains individus affectés de cicatrisation vicieuse à la suite de brûlures et de pertes de substance étendues.

(1) Leçon recueillie par M. le docteur Laporte.

Lorsque la sclérodermie commence par envahir les *pieds*, elle suit une marche analogue à celle que nous venons de décrire et atteint progressivement les membres inférieurs dans toute leur hauteur en immobilisant les jointures.

La sclérodermie *faciale* présente quelques particularités à signaler. Ce qui frappe dès l'abord à l'inspection des malades de cette catégorie, c'est de défaut d'expression du visage qui est transformé en un masque impassible par suite des rétractions tégumentaires qui limitent ou anéantissent même complètement les mouvements qui, à l'état normal, constituent les jeux variés de la physionomie : les globes oculaires remuent à peine dans les cavités orbitaires, le front et les sourcils sont incapables de se froncer; les paupières sont raccourcies et souvent les malades ne peuvent les fermer ; la face a un aspect étrange ; la peau est lisse, dure et tendue ; les joues s'appliquent étroitement sur le squelette et leur peau paraît littéralement collée sur les os. A un moment donné, la rétraction du tégument est telle, que le maxillaire arrive à être immobilisé et que les malades ne peuvent plus ouvrir la bouche suffisamment ni pour parler, ni pour manger. On est obligé de les nourrir artificiellement. Le nez et les oreilles sont réduits à l'état de moignons. Les lèvres deviennent rigides et l'orifice buccal se rétrécit.

Telles sont les diverses variétés de la sclérodermie diffuse.

Quant aux plaques scléreuses isolées et indépendantes, on les rencontrent généralement sur le tronc et à la partie supérieure des membres. Leur évolution est un peu différente de celle que nous venons d'indiquer, Au début, elles offrent un état congestif caractérisé par un aspect rosé, occupant une étendue variant des dimensions d'une pièce de 50 centimes à celles de la paume de la main ou même de la paroi abdominale. Ces plaques sont d'abord légèrement saillantes, puis se rétractent et en même temps deviennent blanches en leur centre, tandis qu'il se forme à leur poutour une sorte de zone ou d'anneau rouge lilas (*lilac ring*) : on désigne ces taches généralement ovalaires et caractérisées par la présence de cet anneau rougeâtre sous le nom de *morphées*.

Dans ceriains cas, ces plaques offrent, ainsi que nous l'avons déjà signalé, un aspect télangiectasique.

Parfois on observe une forme particulière, la *sclérodermie en bandes*, caractérisée par des bandes rubanées plus ou moins longues de sclérose qui suivent souvent le trajet d'un nerf (brachial cutané interne, trijumeau, saphène interne, etc.), et quelquefois affectent une disposition métamérique. C'est à cette forme que se rattachent les *trophonévroses* et les *hémi-atrophies faciales*. Ces cas évoluent de la façon suivante. Un homme est pris, par exemple, d'une migraine d'une intensité et d'une persistance particulière, puis apparaissent sur le cuir chevelu les bandes sclérosantes dont nous venons de parler ; elles gagnent peu à peu le front et la face et descendent jusqu'au maxillaire inférieur et à la région cervicale. On voit alors une longue strie d'une largeur d'un doigt balafrant le visage à la façon de la cicatrice d'un coup de sabre. Cette strie peut se creuser en gouttière et s'accompagner de l'atrophie des os sous-jacents.

Si nous essayons de résumer dans ce tableau d'ensemble la marche de la sclérodermie, nous voyons qu'il y a en clinique deux catégories de malades à distinguer : ceux qui offrent la tendance à la généralisation des lésions scléreuses à toute la surface du segment ; ceux, au contraire, qui ont des plaques sclérodermiques limitées. Les premiers ont une maladie grave, qui se développe lentement, mais progressivement, durant des années, se compliquant de phénomènes nécrotiques, et amenant l'altération de la santé générale. Le processus sclérodermique s'accompagne de rétrécissement des artères de la peau, et certains auteurs ont admis que cette action vasculaire pouvait créer un obstacle assez puissant à la circulation périphérique pour amener l'hypertrophie du cœur gauche qu'on observe dans certains cas.

D'autre part, par le fait même de la diminution de la souplesse et de l'ampleur de la peau, le jeu des côtes est singulièrement diminué et la respiration peut se trouver ainsi directement compromise.

Enfin, on a noté une tendance scléreuse étendue aux organes eux-mêmes, aux muscles de la langue, au vagin, à l'utérus, aux tissus des reins, du foie et de la rate. Il y a là par conséquent des causes d'altération profonde de la nutrition. Le plus net de ces phénomènes, c'est l'amyotrophie qu'on peut constater cliniquement et qui semble due à la compression des vaisseaux nourriciers par l'étui rigide de la peau sclérosée et rétrécie, et aussi à une propagation du processus sclérosant du tissu conjonctif sous-cutané au tissu musculaire.

Les malades de cette classe, arrivés à la période ultime, sont dans un état de cachexie et d'amaigrissement et prédisposés à diverses complications, notamment à la tuberculose ; ils finissent par succomber aux progrès de la cachexie ou sont emportés par une pneumonie intercurrente. La sclérodermie généralisée ou diffuse est donc une affection extrêmement grave, conduisant à échéance plus ou moins éloignée à la cachexie et à la mort. Tel est le pronostic qu'il faut malheureusement porter en ce qui concerne le malade que vous avez vu au commencement de cette leçon. La maladie peut durer fort longtemps, dix, vingt et trente ans. L'existence des malades est très pénible.

Ils ont souvent des douleurs, des crampes le long des trajets nerveux. En général, cependant, ces douleurs sont modérées. Mais, par contre, ces malades sont des impotents, incapables de marcher, de se servir de leurs bras et de leurs mains, et même de se nourrir, lorsque le maxillaire inférieur arrive à être bridé et immobilisé par suite de la rétraction progressive des tissus. Leur souffrance morale est surtout très grande.

La seconde catégorie de malades, ceux surtout qui n'ont que quelques morphées à la surface du corps, peuvent arriver à guérison, soit sous l'influence du traitement, soit même spontanément. En pareil cas, on voit les éléments scléreux se résorber sur place et les téguments reprendre leurs qualités primitives de souplesse et d'élasticité.

Chez la femme que je vous ai montrée, le pronostic ne me paraît pas mauvais. Il s'agit cependant de sclérodermie diffuse, mais celle-ci est restée limitée aux mains, depuis huit ans que dure sa maladie. Ses membres inférieurs et sa face sont respectés. Il est très possible que cette affection chez elle rétrocède à un moment donné et qu'elle n'envahisse pas la totalité de la surface du corps. Le pronostic est au contraire très sombre chez l'homme que vous avez vu, parce que chez lui la sclérodermie est généralisée ; et vous noterez que cette extension rapide de la maladie a évolué ici dans le court espace de dix-huit mois.

Quelle est la nature de cette maladie?

La sclérodermie est une sclérose du derme, caractérisée

par l'hypertrophie du tissu conjonctif et l'intégrité habituelle du tissu élastique. Elle résulte d'un processus inflammatoire subaigu, dont témoigne la présence d'une certaine quantité de cellules embryonnaires dans la trame conjonctive de nouvelle formation. On trouve également des lésions d'artérite, portant sur la tunique externe et sur l'endothélium et amenant l'atrésie des vaisseaux, d'où une insuffisance de l'irrigation sanguine, ce qui explique les troubles de nutrition qu'on observe dans les régions malades. On constate l'atrophie des glandes et des follicules pileux. La sclérose se propage à la gaine des nerfs de la région sclérosée et des régions voisines.

Les lésions de l'épiderme paraissent être secondaires à celles du derme; elles consistent quelquefois en une légère desquamation, une atrophie de la couche de Malpighi et de la pigmentation; parfois il existe un certain degré d'hyperkératose.

Divers auteurs ont signalé des artérites chroniques généralisées, des altérations moins marquées des veines et une dilatation du cœur gauche qui serait due à l'augmentation de la pression dans le système artériel, par suite de l'atrésie et de la compression des vaisseaux périphériques.

Du côté du système nerveux, on n'a rien trouvé, en dehors des lésions des terminaisons nerveuses aboutissant aux régions de sclérose dermique. Mais on a signalé dans la moelle les lésions propres au tabes et à la sclérose latérale amyotrophique : il s'agit là de simples coïncidences, les individus atteints de sclérodermie pure ayant leur moelle intacte. Il faut cependant ranger à part deux observations, l'une dans laquelle MM. Jacquet et Saint-Germain ont constaté des lacunes médullaires, l'autre, où Arnozan a signalé autour du canal épendymaire une agglomération de cellules embryonnaires. Il semblerait qu'il se passe dans la moelle des phénomènes irritatifs qui seraient l'origine des troubles nutritifs que l'on constate au niveau des parties sclérosées. Mais ces observations ne sont pas encore assez nombreuses pour permettre une conclusion définitive sur la pathogénie de cette affection.

On a vu des altérations soit des fibres musculaires elles-mêmes, soit du tissu conjonctif interstitiel des muscles, notamment dans la langue, le myocarde, l'utérus. Il paraît exister chez certains malades une tendance à l'hypertrophie fibreuse du tissu musculaire. De légères traces de sclérose ont été même signalées dans le foie, les poumons, les reins, le pancréas.

C'est principalement la langue, sa muqueuse et ses muscles, qui peuvent participer au processus sclérodermique; la langue présente ainsi une amyotrophie latérale qui a été signalée par Brissaud.

En somme, on peut admettre que le processus de la maladie n'est pas absolument limité à la peau ni à une région particulière de celle-ci, et que la tendance sclérogène peut se généraliser à toute la surface du corps et jusque dans les viscères eux-mêmes.

La sclérodermie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme (dans la proportion de 1 sur 3); c'est une affection de l'adolescence ou de l'âge adulte. Les deux malades que je vous ai montrés sont âgés d'une trentaine d'années environ.

En général, on admet que la sclérodermie se développe chez les sujets qui ont été antérieurement atteints d'une maladie infectieuse aiguë, telle que le rhumatisme, la fièvre typhoïde, les différentes fièvres éruptives, la syphilis, la tuberculose, la diphtérie, l'érisypèle, ou d'une intoxication, comme l'alcoolisme et le saturnisme.

L'idée qui règne actuellement, du reste, dans la pathologie, c'est qu'une maladie infectieuse peut imprimer à certains organes un processus inflammatoire chronique ou scléreux plus ou moins analogue au phénomène qui se passe dans la sclérodermie. Ainsi on admet que le rein peut devenir scléreux à la suite de la diphtérie ou de la scarlatine. L'organe serait touché au moment de l'infection primitive et la lésion locale évoluerait ensuite très lentement.

D'autre part, on a trouvé des associations de la sclérodermie avec le tabes, la syringomyélie, la sclérose des cordons latéraux de la moelle, la paralysie infantile, l'hystérie. C'est une affection que se disputent les dermatologistes et les neurologistes.

Enfin la sclérodermie offre certaines relations avec le myxœdème; nous y reviendrons.

Comme causes occasionnelles, on a invoqué la grossesse, l'accouchement, les troubles menstruels.

En somme, nous ne savons pas, dans l'état actuel de la science, si la sclérodermie a pour point de départ une inflammation des vaisseaux, des nerfs ou du tissu conjonctif ou du corps thyroïde.

Si on veut faire de la sclérodermie une maladie du système nerveux, on peut invoquer la douleur, les élancements, les fourmillements, les sensations de constriction, les troubles vaso-moteurs qu'elle présente, les cas où la lésion scléreuse suit le trajet d'un nerf (sclérodermie en bandes) ou se localise aux régions métamériques. Mais on ne trouve pas de lésions centrales, et, d'autre part, les nerfs suivant le même trajet que les vaisseaux sanguins, on peut aussi bien dire que l'artérite commande la disposition de la sclérose, La théorie nerveuse n'est donc pas suffisamment établie.

Plus séduisante paraît la théorie thyroïdienne, car on a signalé des lésions du corps thyroïde et la coexistence du goître exophtalmique. D'autre part, la sclérodermie débute par un œdéme mou que Besnier avait décrit sous le nom de phase myxœdémateuse. Mais le traitement par les extraits thyroïdiens, qui est si actif dans le myxœdème, est sans action sur la sclérodermie. Cet insuccès thérapeutique est donc une preuve négative à l'égard de cette théorie qui, n'en reste pas moins intéressante et digne de recherches plus complètes.

Enfin d'après le docteur Zambaco pacha, sclérodermie, lèpre, syringomyélie et maladie de Morvan ne seraient qu'une seule et même maladie. C'est aller un peu trop loin dans l'interprétation des faits. Ce qu'il est plus juste de dire c'est que ces maladies offrent en effet de grands points de ressemblance, au point qu'autrefois elles étaient souvent confondues, et les travaux de cet auteur nous ont précisément appris à les distinguer; dans la sclérodermie, on ne rencontre jamais le bacille de la lèpre.

En somme, on peut discuter la question de savoir si la sclérodermie se développe sous l'influence d'une maladie du système nerveux, d'une artérite ou d'une lésion du corps thyroïde; mais ce qui reste certain, c'est que les malades ont en général été atteints antérieurement d'une maladie infectieuse.

Diagnostic et pronostic. — Faut-il différencier la sclérodactylie de la maladie de Raynaud ou asphyxie des extrémités? Au début, les symptômes sont les mêmes. Ce qui distingue la sclérodermie dactylée, c'est son évolution, c'est-à-dire le passage des lésions congestives aux lésions scléreuses. Je crois, avec Chauffard, qu'il faut considérer la mala-

die de Raynaud comme un syndrome; ce syndrome peut exister au début de la sclérodermie, et il est impossible de dire d'avance si la maladie de Raynaud aboutira à la sclérose. Par conséquent le pronostic de ce syndrome doit être toujours réservé. Les éléments qui pourront servir de base pour se prononcer dans un sens ou dans l'autre seront principalement la marche plus ou moins lente de l'affection; si les symptômes d'asphyxie locale durent depuis plusieurs années, vous pourrez porter un pronostic relativement bénin; dans le cas contraire, vous pourrez craindre l'apparition des lésions de sclérose.

Les diverses maladies qu'on pourrait confondre avec la sclérodermie se distinguent par les caractères suivants :

La *lèpre* présente des plaques d'anesthésie ou des ulcérations sur toute la surface du corps;

Le *vitiligo* présente des marbrures plus étendues que dans la sclérodermie;

La *maladie d'Addison* se distingue par l'absence d'induration de la peau au toucher.

Le *xeroderma pigmentosum* est une affection rare, débutant dès l'enfance et amenant la mort avant trente ans; de plus, elle se caractérise plutôt par un pointillé noir et rouge que par de la pigmentation;

La *maladie de Morvan* est limitée aux extrémités (panaris à répétition);

Les *cicatrices* n'ont pas la régularité des plaques de sclérodermie ou morphées, et ne présentent pas cet anneau lilas qui les caractérise;

Le *sclérène variqueux* existe chez des sujets ayant eu des ulcérations variqueuses et offre une induration diffuse et mal limitée.

Certains *nævi* suivent le trajet des nerfs comme la sclérodermie en bandes; mais le nævus est une affection congénitale, invariable, tandis que la sclérodermie a débuté à une époque déterminée et s'étend progressivement.

Le traitement.— La sclérodermie, quand elle reste localisée, peut guérir; quand elle est généralisée, elle ne guérit pas ou très difficilement. Le traitement a pour but de hâter la guérison quand elle est possible, et de tenter l'amélioration des cas rebelles.

Les moyens employés sont d'ordre général et local. Les premiers comportent : la vie au grand air, les inhalations d'oxygène, l'hydrothérapie simple ou sulfureuse, les toniques, les huiles de morue, les antiphlogistiques, les iodures, l'acide salicylique *intus et extra*. L'extrait de corps thyroïde ne nous a donné aucun résultat.

Le traitement local, qui paraît agir énergiquement, sur les plaques de morphées principalement, consiste dans l'*électrolyse*, l'*électrisation* par les courants continus, les bains électriques, le *massage*, les applications de chlorure de méthyle (Debove) et d'emplâtre de Vigo.

Certains auteurs, admettant l'origine centrale de la sclérodermie, ont préconisé l'ignipuncture de la région rachidienne (Brocq) et la galvanisation du grand sympathique.

Dans le même esprit, on a administré les nervins et les reconstituants du système nerveux, l'arsenic, la strychnine, les phosphates, les bromures, les valérianates, le musc.

On a dit : « La sclérodermie guérit spontanément ou ne guérit pas. » Ce peut être vrai, mais par le traitement nous pouvons précipiter cette guérison. Il ne faut donc pas négliger l'emploi des moyens dont nous disposons pour combattre la sclérodermie.

LE DIAGNOSTIC DE LA NATURE DES ÉPANCHEMENTS SÉRO-FIBRINEUX DE LA PLÈVRE. CYTO-DIAGNOSTIC

D'après le docteur Ravaut (1).

Pour savoir si une pleurésie séro-fibrineuse est, oui ou non, tuberculeuse, nous possédons un grand nombre de moyens : les inoculations au cobaye (Chauffard et Gombault), les cultures, l'examen histologique (Kelsch et Vaillard, Péron), l'épreuve de la tuberculine, etc. L'on a également recherché si les caractères chimiques ou cryoscopiques de l'épanchement, le degré de la perméabilité pleurale, l'agglutination du bacille de Koch étaient susceptibles de nous donner ce renseignement. A toutes ces méthodes, dont aucune n'est capable de fournir d'une façon constante une solution certaine, MM. Widal et Ravaut ont proposé d'ajouter l'étude de la formule leucocytaire de l'épanchement. Ils ont démontré, en effet, que cette formule varie suivant la nature de la maladie causale : ses modifications peuvent donc nous fixer rapidement et sûrement sur la nature de l'épanchement observé.

Avant d'étudier le cyto-diagnostic des épanchements pleuraux, M. Ravaut passe brièvement en revue les autres méthodes diagnostiques. Les *cultures* ne donnent le plus souvent que des résultats insuffisants, parfois même trompeurs. Le Damany avait déjà montré qu'il faut ne pas se hâter de considérer comme pathogène un microbe dont on constate la présence dans un épanchement, et ne pas regarder comme tuberculeuses les pleurésies qui, par les cultures, paraissent stériles. Les résultats obtenus par M. Ravaut confirment ces propositions. Dans le liquide des pleurésies tuberculeuses on peut retrouver du staphylocoque doré, du pneumocoque, du coli, du tétragène, du bacille d'Eberth : il faut donc, avant de considérer comme pathogène un microbe révélé par les cultures, s'être assuré d'une façon quelconque que le bacille de Koch ne peut être incriminé. Inversement M. Ravaut a trouvé, dans un certain nombre de cas de pleurésies septiques, cardiaques, brightiques, typhiques, etc., des résultats négatifs : on aurait donc dû, si on n'avait tenu compte que des résultats bactériologiques, considérer ces pleurésies comme tuberculeuses.

Ces faits sont dus et à ce que les milieux de culture ne sont pas toujours suffisants et à ce que les microbes, souvent, ne sont plus assez virulents pour se développer et finissent par disparaître. D'autres fois encore, les microbes existent bien dans l'épanchement, mais à l'état de cadavre; ils ont été détruits par des polynucléaires (pneumocoques), enkystés dans des cellules géantes (bacilles de Koch); ils ont subi l'action bactéricide du liquide épanché. Pour toutes ces raisons, il est difficile de compter sur les cultures pour démontrer la nature d'une pleurésie.

Préconisée pour la première fois par MM. Chauffard et Gombault (1884), l'*inoculation intra-péritonéale* de liquides pleurétiques au cobaye est encore le meilleur procédé dont nous disposions actuellement pour démontrer la nature tuberculeuse d'une pleurésie. Les résultats obtenus par l'emploi de cette méthode ont varié avec chaque expérimentateur, le nombre des succès augmentant avec la quantité du liquide inoculé. Cette méthode comporte quelques inconvénients : certains épanchements sont si riches en germes septiques que l'inoculation détermine parfois des péritonites aiguës; d'autres possèdent une haute toxicité : l'injection

(1) Th. de Paris, 1901.

est suivie de convulsions généralisées et la mort survient en quelques heures. De plus, si un résultat positif est une preuve absolue de la nature tuberculeuse du liquide, un résultat négatif n'est qu'une présomption permettant de penser que la pleurésie peut n'être pas tuberculeuse. La méthode des inoculations, pour bonne qu'elle soit, n'est donc pas parfaite; elle se trouve en défaut dans la moitié des cas environ et ne peut donner des résultats qu'au bout de trois à quatre semaines.

Lorsqu'on laisse reposer un liquide pleural séro-fibrineux retiré par la ponction, il se forme dans son intérieur, au bout d'un temps variable, une masse compacte, tremblotante, gélatineuse, opaque et qui, se rétractant peu à peu, entraîne avec elle la plupart des éléments cellulaires et microbiens. Au bout de vingt-quatre heures, cette séparation du liquide pleural en deux parties distinctes s'est effectuée et l'on a, d'une part, le coagulum fibrineux et, de l'autre, le liquide limpide. Ces notions étant rappelées, peut-on établir une relation entre la nature d'un épanchement et sa teneur en *fibrine?*

On peut mesurer la quantité de fibrine soit en la dosant, soit en appréciant la rapidité de formation et le volume du coagulum. De cette façon, on voit que les pleuro-tuberculoses primitives sont, de tous les épanchements séro-fibrineux, les plus riches en fibrine. Tant que dure l'épanchement, la quantité de fibrine reste à peu près la même; elle semble augmenter quelquefois lorsque la pleurésie évolue rapidement vers la guérison. Au contraire les pleurésies des phtisiques ne contiennent que peu de fibrine. Malgré l'opinion clinique, le liquide des hydrothorax contient toujours une quantité appréciable de fibrine. Dans les pleurésies des cardiaques, la fibrine est d'autant plus abondante que les lésions inflammatoires sont plus accentuées. La quantité augmente ou diminue avec celle-ci, pouvant être souvent aussi abondante que dans les pleurésies les plus fibrineuses. Enfin dans les épanchements séro-fibrineux consécutifs à une inflammation septique de la plèvre, le liquide est primitivement très fibrineux et forme un coagulum compact, mais, si la pleurésie tend à devenir purulente, la fibrine diminue. En somme l'abondance ou l'absence de fibrine dans un liquide pleural ne présente pas de rapport suffisamment net et constant avec la nature de l'épanchement pour que l'on puisse faire de ce caractère un élément de diagnostic étiologique. Tout ce qu'on peut dire, c'est que la quantité de fibrine est surtout en rapport avec l'intensité des phénomènes inflammatoires et surtout, ainsi que le montre M. Ravaut par l'examen cytologique, avec le degré de vitalité des leucocytes contenus dans le liquide.

La *cryoscopie* des épanchements pleuraux ne peut, de l'avis de tous les auteurs qui se sont occupés de la question (Achard et Lœper, Ravaut, etc.), fournir aucune indication précise ni sur la nature, ni sur l'évolution des épanchements séro-fibrineux. Les injections de *tuberculine* ne rendent pas tous les services qu'on aurait pu espérer, car, si cette substance provoque une réaction caractéristique chez les tuberculeux, cette réaction ne prouve en aucune façon la nature tuberculeuse de l'épanchement, elle montre bien que le malade présente un foyer de tuberculose, mais il ne s'ensuit pas fatalement que ce foyer soit pleural. La recherche de la séro-réaction tuberculeuse est susceptible, dans un grand nombre de cas, de nous fixer sur la nature tuberculeuse d'un épanchement, mais elle est des plus délicates et n'acquiert toute sa signification que si elle est franchement positive.

On a pensé dans ces derniers temps que le pouvoir absorbant de la plèvre, si considérable à l'état normal, est susceptible de se modifier suivant la nature de l'épanchement. Ramond et Tourlet, puis Castaigne établissent d'abord que la *perméabilité pleurale* est diminuée au cours de toutes les pleurésies; ce dernier auteur distingue ensuite la perméabilité pleurale de dehors en dedans et de dedans en dehors. MM. Widal et Ravaut reprennent cette étude et arrivent aux conclusions suivantes : une perméabilité pleurale diminuée au cours d'une pleurésie à évolution lente doit faire penser à la tuberculose. Ces conclusions ne sont pas encore assez certaines pour être, jusqu'à présent du moins, utilisables en clinique.

A toutes ces méthodes, difficiles ou incertaines, MM. Widal et Ravaut proposent de substituer l'*examen cytologique du liquide pleural*. Le premier soin à prendre, pour pratiquer cet examen, doit être de défibriner le liquide, le second de concentrer par la centrifugation les éléments cellulaires.

Le liquide pleural est recueilli soit au moyen d'une ponction exploratrice, soit au cours d'une ponction évacuatrice. Une quantité de 15 à 20 centimètres cubes est suffisante. La défibrinification peut être immédiate ou tardive : immédiate, elle consiste à battre le liquide avec de grosses perles de verre jusqu'à coagulation de la fibrine. Le temps nécessaire varie entre un quart d'heure et une heure, il ne faut cesser d'agiter que lorsqu'il ne se forme plus de coagulum. Quant à la défibrinification retardée, elle ne doit pas être faite plus de quarante-huit heures après la prise de liquide. Ensuite on centrifuge, on décante, puis on dilue le culot dans une goutte de liquide au moyen d'un fil de platine ou d'une pipette fermée. Le mélange est étalé sur une série de lames bien propres, séché très rapidement, fixé à l'alcool-éther, ou à la chaleur, puis coloré à l'hématéine, éosine au bleu d'Unna, à la thionine, au triacide.

En examinant au microscope les préparations ainsi faites, on voit les éléments du sang et en plus, quelquefois, des cellules endothéliales réunies deux par deux ou formant des placards; isolées, elles sont presque impossibles à distinguer des grands mononucléaires.

A quels résultats conduit le cyto-diagnostic? Dans les *pleuro-tuberculoses primitives*, on constate, pendant toute l'évolution de la maladie, la présence presque exclusive de lymphocytes très confluents, toujours mélangés à un nombre variant de globules rouges. Les polynucléaires, toujours très rares, ne se voient qu'au début. Donc la constatation, dans un liquide pleural, d'une lymphocytose pure avec ou sans polynucléaires et sans placards endothéliaux, doit toujours faire penser à une tuberculose primitive de la plèvre.

La formule cytologique des *pleuro-tuberculoses secondaires* est un peu différente. Il y a très peu d'éléments, d'ailleurs presque tous sont altérés. Ce sont surtout des polynucléaires vieillis, déformés, dont le noyau est très estompé; il n'y a jamais de cellules endothéliales soudées.

Les pleurésies non tuberculeuses peuvent se diviser en septiques et aseptiques. Dans les secondes rentrent les *pleurésies des brightiques et des cardiaques*, que caractérise la présence de cellules endothéliales dans l'épanchement; ces dernières forment des placards résultant du groupement de 8 à 10 cellules desquamées, formant une masse à contour polycyclique dont chaque élément se reconnaît par son

noyau, mais dont les limites sont peu nettes. Lorsque l'épanchement est jeune, ces placards sont très abondants; au fur et à mesure qu'il vieillit, les placards diminuent de nombre et sont encadrés par de nombreux lymphocytes qui affluent dans l'épanchement; l'existence de ces placards suffit donc à penser qu'un épanchement, même très riche en lymphocytes ou en polynucléaires, survenu chez un cardiaque ou un brightique, n'est pas d'origine tuberculeuse.

Lorsque ces phénomènes se compliquent de congestion, aux cellules endothéliales et aux lymphocytes se surajoute un nouvel élément, le polynucléaire. Lorsque la congestion est peu intense, les polynucléaires sont peu nombreux, mais, au fur et à mesure qu'elle augmente, la quantité de ces derniers devient plus considérable, et, dans les pleurésies avec infarctus pulmonaire, l'on peut en retrouver jusqu'à 95 p. 100. Cependant ces épanchements ne deviennent pas purulents, ils guérissent même parfois très rapidement. Les embolies pulmonaires donnent une formule cytologique analogue, probablement par le mécanisme de l'infarctus.

Dans les *pleurésies consécutives à des tumeurs malignes du poumon*, on retrouve encore de nombreux placards endothéliaux, et aussi des cellules néoplasiques, probablement tombées dans la plèvre à la suite de la rupture des lymphatiques sous-pleuraux.

Des pleurésies septiques, les *pleurésies pneumococciques* sont caractérisées par la présence de polynucléaires neutrophiles se présentant d'autant plus nettement comme les seuls éléments contenus dans le liquide que la richesse en microbes est plus grande. Au début, on peut voir aussi des cellules endothéliales, mais celles-ci ne tendent pas à s'altérer et disparaissent à la période d'état. Si la pleurésie guérit, les polynucléaires diminuent de nombre et apparaissent quelques lymphocytes; dans le cas contraire, les polynucléaires affluent de plus en plus, et, rapidement, l'épanchement peut prendre l'aspect purulent. Les *pleurésies streptococciques* donnent une formule cytologique analogue; quant aux *pleurésies typhiques*, leur formule, sans être caractéristique, diffère profondément de celles des pleuro-tuberculoses.

L'*éosinophilie pleurale* a été observée au cours de la syphilis à la seconde période, de la fièvre typhoïde, de la tuberculose pleurale, elle ne semble pas en rapport avec une éosinophilie sanguine et sa signification est encore mal connue.

Toutes les réactions cytologiques, quelles qu'elles soient, sont en rapport avec les lésions pleurales : la néo-membrane qui caractérise les pleuro-tuberculoses et les pleurésies purulentes anciennes empêche la desquamation endothéliale, d'où l'absence de placards endothéliaux dans l'épanchement. Dans les autres pleurésies il n'y a pas de néo-membrane, la présence du liquide altère l'endothélium qui desquame aisément. Les lymphocytes se rencontrent dans tous les cas où la présence d'éléments phagocytaires ne sera pas indispensable; dans les autres, on constatera l'existence de polynucléaires. A l'irritation subaiguë et même chronique répond le lymphocyte, à l'irritation aiguë le polynucléaire.

Si la pleuro-tuberculose primitive est presque uniquement lymphocytique, c'est donc parce que la néo-membrane empêche la desquamation endothéliale et parce que l'inflammation pleurale est, malgré tout, peu intense. Dans les pleuro-tuberculoses secondaires, pour la même raison, pas de desquamation endothéliale; présence de quelques polynucléaires altérés, par suite de la communication fréquente de la séreuse avec les lésions pulmonaires. Au contraire, dans les pleurésies sans néo-membranes, présence de cellules endothéliales; lymphocytes ou polynucléaires suivant l'intensité de l'inflammation. Ainsi donc les résultats du cyto-diagnostic, appuyés sur l'anatomie pathologique, peuvent et doivent rendre, en clinique, les plus grands services.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(16 mai 1902)

Jamais peut-être séance ne fut plus nombreuse. On se réunissait surtout pour nommer un secrétaire général en remplacement du docteur Rendu. A l'unanimité des soixante membres présents, M. Le Gendre a été élu, et son élection a été vigoureusement applaudie. On ne pouvait faire choix d'un homme plus digne à tous égards de la lourde charge qu'il assume, et plus sympathique à tous par sa droiture et son aménité.

Mais le fait de se trouver en aussi grand nombre fit un peu de tort à la partie scientifique de la séance, car le bruit des conversations particulières couvrait complètement la voix des orateurs. On a vu M. Gouget présenter un malade atteint d'**asphyxie locale des extrémités et de sclérodermie en plaques avec pouls lent et rythme couplé du cœur**; on a vu MM. Ballet et Delherm présenter un autre malade atteint d'**intoxication chloralique**. Nous reviendrons sur ces communications dans le prochain compte rendu.

M. Hirtz eut l'amabilité de nous donner un résumé d'une observation intéressante d'abcès cérébral. Grâce à lui, ce compte rendu aura quelque consistance.

Il s'agit, d'après MM. Hirtz et Delamare, d'un **grand traumatisme sans solution de continuité ostéopériostique compliqué d'abcès cérébral**. Le 17 février 1900, H... tombe d'un deuxième étage; il ne perd pas connaissance, ne présente aucune fracture.

Et, seule, une douleur vive au niveau des genoux l'empêche de se relever et de marcher. Ces arthralgies persistent un mois environ et s'accompagnent d'une éruption de petites taches purpuriques disséminées sur toute l'étendue des membres inférieurs. Le sang est stérile. Il n'y a pas de fièvre et les viscères paraissent normaux.

Petit mais assez bien constitué, ce malade a quarante-cinq ans et exerce la profession de boucher. Il affirme n'avoir jamais fait aucun excès de boisson et n'avoir jamais eu de crises nerveuses. Il est émotif, irritable et sujet à des colères vives. Son champ visuel est rétréci à gauche.

Complètement guéri en avril, il reprend ses occupations et, le 19 octobre 1900, il est renversé par un omnibus, foulé aux pieds des chevaux. Cependant il se relève et peut rentrer seul chez lui. Le lendemain, il éprouve une violente douleur bitemporale et présente une légère impotence du bras et de la jambe gauche.

Il entre le 1er novembre, à l'hôpital Laënnec, accusant une céphalée profonde, intense : « Sa tête bouillonne, » dit-il. Sa parole est embarrassée et son intelligence obscurcie; il paraît hébété. On observe une hémiparésie gauche accompagnée de contracture légère. La sensibilité est normale. Il n'y a pas de troubles sphinctériens. Sur le nez et la jambe gauche, on trouve quelques ecchymoses superficielles.

La température et le pouls sont normaux.

Le 3 novembre, la céphalée persiste intense; la torpeur augmente. Il ne répond plus aux questions que par monosyllabes. La contracture est plus marquée; l'incontinence vésicofécale apparaît.

Le 4, le réflexe rotulien gauche est très marqué; la recherche du réflexe plantaire provoque l'extension des orteils. On constate l'extension du signe de Kernig. Le 5, le malade est dans le coma. Sa respiration est stertoreuse; le

pouls petit et rapide. Les pupilles sont punctiformes. L'œil gauche présente une petite ecchymose conjonctivale. Les réflexes cornéens et lumineux sont conservés.

Il meurt le 7 novembre 1900.

A l'autopsie, on trouve des poumons emphysémateux. Il y a de la congestion hypostatique à la base droite.

Le cœur, la rate et les reins ne présentent rien d'anormal. Le foie est dur, sclérosé.

Le crâne ne présente pas la moindre solution de continuité; les cavités de l'oreille sont intactes. Sur la dure-mère qui tapisse la fosse cérébelleuse droite, on trouve, au voisinage du sinus transverse, une petite suffusion sanguine.

La méninge incisée, on constate que l'écorce de l'hémisphère droit présente une couleur et une consistance anormales au niveau de la partie postérieure de la première et de la deuxième temporales, au niveau de la pariétale inférieure et de l'origine des première et deuxième occipitales. L'incision permet l'écoulement d'un pus verdâtre, assez épais et grumeleux, très pauvre en agents figurés, on y trouve quelques cocci et quelques fins bâtonnets.

Très superficiel, cet abcès a une hauteur de $5^{cm}5$; son diamètre transversal est de $4^{cm}2$. En arrière, bien limité par une paroi assez dense formée d'un feutrage fibrillaire, il cesse à 2 centimètres du pôle occipital de l'hémisphère; moins bien limité en avant, il se prolonge sur la couche optique et détruit la partie extérieure de son contour.

En somme, les deux grands traumatismes dont cet homme fut, en quelques mois, la victime, semblent avoir provoqué, malgré l'absence de toute solution de continuité, le développement de l'abcès cérébral.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(14 mai 1902)

Nous revenons sur l'**appendicite gangréneuse**. M. Walther est d'accord avec M. Quénu en ce qui concerne la lymphangite et l'adénite qui accompagnent l'appendicite. Quelle que soit la forme de l'affection, elles existent toujours, et leur intensité ne varie qu'avec le degré de virulence de l'appendicite. Quant à la douleur, localisée mais étendue, à laquelle M. Quénu attache une grande importance comme élément de diagnostic de l'appendicite gangréneuse, il y a quelques réserves à faire.

En effet, d'une part, M. Quénu a constaté qu'elle existait chez des malades atteints d'appendicite non sphacélée et, d'autre part, elle n'est pas constante alors que l'appendice est gangréné. Il en a opéré deux cas. Dans l'un il s'agissait d'une petite fille qui n'avait pas accusé de douleurs, mais son état général mauvais l'avait poussé à faire la laparotomie. Le péritoine était sain, et cependant l'appendice était complètement sphacélé.

Sa seconde malade était une femme âgée qui avait eu une crise d'appendicite deux mois et demi auparavant. Elle paraissait hors de danger, et à la palpation on ne percevait plus rien dans la fosse iliaque, lorsque subitement elle fut prise d'accidents de perforation. Il a, en effet, trouvé du pus dans le péritoine, une perforation de la base de l'appendice et la moitié de l'organe sphacélé.

En résumé, M. Quénu a eu parfaitement raison d'insister, comme il l'a fait, sur l'importance de la douleur comme symptôme d'appendice sphacélé, mais ce n'est pourtant pas un signe constant. Il y a, parmi les appendicites, les formes microbiennes très différentes qui répondent à autant de variétés cliniques.

M. Bazy a imaginé un instrument destiné à faciliter l'**urétrotomie interne**. Cet instrument, qui se compose de plusieurs pièces, a pour but de sectionner le ou les rétrécissements de l'urètre et de ne sectionner que les parties rétrécies. Il se compose d'abord du conducteur cannelé de Maisonneuve, puis d'un mensurateur destiné à mesurer exactement le siège et l'étendue du rétrécissement, puis du couteau qui ne sectionne que les rétrécissements.

M. Routier trouve cet instrument bien compliqué et quand, dit-il, on possède l'urétrotome de Maisonneuve, il n'est vraiment pas nécessaire d'en chercher un autre.

M. Houzel (de Boulogne) a pratiqué la **ligature de la veine cave inférieure** sur une femme de trente-six ans, dans les conditions suivantes.

Il l'avait vue, une première fois, pour une pyélo-néphrose qu'il avait ouverte et drainée. Quelques mois plus tard elle revenait le retrouver dans un état voisin de la cachexie. Il décida de lui faire une néphrectomie. Après avoir commencé par libérer le trajet fistuleux, il a disséqué tout le pourtour de la poche et au moment où, la tumeur ne tenant plus que par son pédicule, il la faisait basculer, une hémorragie abondante se produisit. Celle-ci arrêtée et la tumeur enlevée, il a vu que la veine cave inférieure, d'où venait le sang, était déchirée au-dessous de l'embouchure des veines rénales, dans une étendue de 1 centimètre au moins. Il a tenté de faire une suture latérale, mais le sang a continué à couler; il a alors appliqué une ligature au-dessus et au-dessous de la déchirure.

Les suites de l'opération ont été normales et il ne s'est produit qu'un peu d'œdème des membres inférieurs, surtout à gauche. Cet œdème a rapidement disparu et depuis une année la malade a repris sa profession de pêcheuse, sans entrave.

M. Mignon rapporte un cas de **subluxation du pubis et de rupture de l'urètre membraneux**, qu'il a observé sur un cavalier qui avait été renversé avec son cheval. Après l'accident, on avait constaté une tuméfaction ecchymotique au-dessus du pubis, et des urines sanguinolentes, qui se répétèrent le lendemain en même temps que le ventre devenait douloureux et que le facies s'altérait. Les parois abdominales incisées au-dessus du pubis, il s'est écoulé de la cavité de Retzius un liquide sanguinolent, et il a constaté une subluxation du pubis. La vessie intacte formait un globe tendu; il a fait la taille et, l'urine sanguinolente évacuée, il a pu découvrir une déchirure de l'urètre membraneux, d'où provenait le sang. Après plusieurs tentatives, il est parvenu à obtenir la réduction de l'urètre, et le malade a complètement guéri.

Parmi les présentations, signalons une femme atteinte d'**arthrite radio-carpienne syphilitique** et guérie par le traitement antisyphilitique, présentée par M. Walther; une femme opérée d'un **abcès gazeux sous-phrénique** communiquant avec l'estomac, incision, drainage, guérison, par M. Legueu; un homme ayant subi la **résection du maxillaire inférieur pour néoplasme**, bon résultat, par M. Moty.

PRATIQUE MÉDICALE

Nouveau traitement des affections cutanées et prurigineuses et des névralgies.

Eczéma, eczéma prurigineux, prurigo d'Hébra, prurit généralisé, prurit sénile, prurit ano-vulvaire, prurit des parties génitales, urticaires, pityriasis, etc., et névralgies faciale, intercostale, sciatique, etc.

M. le docteur Butte, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, a communiqué à l'Académie de médecine, le 8 avril 1902, le traitement de ces affections par l'extrait de guaco.

Voici comment il convient d'appliquer ce traitement dans la pratique :

Employer à la fois, à l'intérieur et à l'extérieur, la *Nisaméline de Trouette-Perret*. Le traitement interne se fera par le *Sirop* ou par les *Pilules de Nisaméline*; le traitement

externe se fera par des bains, lotions ou compresses préparées avec la *Poudre de Nisaméline*.

Ce sont les préparations de Nisaméline de Trouette-Perret, à base d'extrait de guaco, qui ont servi à M. le docteur Butte pour ses expériences.

A. Traitement interne. — On peut employer à volonté le *Sirop de Nisaméline* ou bien les *Pilules de Nisaméline de Trouette-Perret*.

Doses du sirop : une à deux cuillerées à soupe de sirop de Nisaméline à chacun des deux principaux repas, soit deux à quatre cuillerées à soupe de sirop par jour. On pourra augmenter ces doses sans aucun inconvénient.

Doses des pilules : deux à quatre pilules à chaque repas, en mangeant, soit quatre à huit pilules environ par jour. On pourra augmenter sans inconvénient, et jusqu'à effet, le nombre de pilules à prendre chaque jour.

B. Traitement externe. — Suivant la nature ou l'étendue du mal, on prendra un grand bain ou un bain partiel, dans lequel on mettra de la *Poudre de Nisaméline de Trouette-Perret*, ou bien on lotionnera la partie malade avec une dissolution de cette poudre, ou bien on appliquera des compresses trempées dans la dissolution de la poudre :

1° Le *bain* se prépare en versant dans un grand bain tiède, soit un demi-flacon, soit un flacon entier de *Poudre de Nisaméline*. La solution de la poudre est instantanée, elle n'altère aucun récipient;

2° La *lotion* se prépare en mettant trois ou quatre cuillerées à café, et plus, de *Poudre de Nisaméline* dans un demi-litre d'eau tiède. On se servira de la même solution pour tremper les compresses à appliquer sur la partie malade. Ne pas se servir d'eau plus chaude que la température du corps.

Il est important de se rappeler que l'innocuité de la nisaméline permet d'augmenter, *jusqu'à effet*, les doses indiquées ci-dessus.

S. R.

La Catastrophe de la Martinique et les étudiants en médecine de Saint-Pierre.

L'épouvantable catastrophe qui a soudainement détruit la ville de Saint-Pierre et ravagé la Martinique, a excité l'horreur et la compassion dans tout le monde civilisé et l'humanité tout entière s'est sentie atteinte. Nous nous sentons tous solidaires; mais, sans vouloir en rien détourner le courant de fraternité universelle, il semble cependant que la famille médicale a le droit et le devoir de s'occuper plus spécialement de ses membres si atrocement frappés.

Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris croit devoir attirer l'attention du corps médical sur la situation des étudiants en médecine originaires de Saint-Pierre ou des environs.

Nous pensons obtenir facilement, pour ceux qui ne l'ont pas déjà, la gratuité des inscriptions et des travaux pratiques; mais il paraît, en outre, nécessaire d'assurer leur entretien pendant la durée de leurs études.

Il est à craindre que le Comité officiel ne puisse obtenir un résultat complet — il y a tant de misères! — mais l'initiative privée peut lui venir en aide; le corps médical pourrait, dans la mesure du possible, suppléer à la suppression des petites mensualités que ces malheureux jeunes gens ne recevront plus de leurs familles éteintes.

Il suffirait de former un Comité médical, composé de médecins, s'adressant aux médecins, pour assurer l'entretien des étudiants en médecine, originaires de Saint-Pierre ou des environs.

Le Comité serait formé facilement par les médecins créoles des Antilles, les représentants des Associations médicales, des Sociétés médicales savantes ou professionnelles, de la Presse médicale, etc. Les fonds seraient centralisés par le caissier de l'Académie ou de la Faculté de médecine.

Pr Ducor, *secrétaire général*.

En conformité de cette circulaire, les étudiants en médecine, *originaires de Saint-Pierre et des environs*, sont priés de se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, pour que le Comité en formation puisse agir d'après des bases certaines, et efficacement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 26 au 31 mai 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 26 MAI, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, nouveau régime) : MM. Hayem, Brissaud et Legry.

4e : MM. Blanchard, Teissier et Richaud.

1er (chirurgien-dentiste) : MM. Retterer, Sébileau et Rieffel; — M. Broca (André), suppléant.

4e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Walther; — (2e série) : MM. Kirmisson, Lejars et Legueu; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Bezançon; — M. Gosset, suppléant.

MARDI 27 MAI, à une heure. — 2e : MM. Gley, Launois et Desgrez.

3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Berger, Schwartz et Demelin.

4e, *Salle Richet* (1re série) : MM. Brouardel, Renon et Richaud; — *Salle Charcot* (2e série) : MM. Proust, Thoinot et Vaquez.

1er (chirurgien-dentiste), *Salle Thouret* : MM. Rémy, Thiéry et Langlois; — M. Chassevant, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Gilbert, Ménétrier et Dupré; — (2e série) : MM. Chantemesse, Thiroloix et Gouget; — M. Quénu, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Le Dentu, Pozzi et Faure; — (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Charrin et Achard; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Méry et Jeanselme; — M. G. Ballet, suppléant.

MERCREDI 28 MAI, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Broussais* : MM. Lannelongue, Potocki et Cunéo; — M. Gley, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Delens, Reclus et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Landouzy, Gaucher et Widal; — M. Legueu, suppléant.

JEUDI 29 MAI, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Pozzi, Schwartz et Demelin; — (ancien régime) : MM. Marion, Thiéry et Potocki.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Cornil, Thoinot et Thiroloix; — *Salle Béclard* : MM. Chantemesse, Dupré et Jeanselme; — (ancien régime), *Salle Pasteur* : MM. Dieulafoy, Charrin et Gouget.

4e, *Salle Thouret* : MM. Brouardel, Proust et Vaquez; — M. Guiart, suppléant.

VENDREDI 30 MAI, à une heure. — 2e : MM. Ch. Richet, Retterer et Broca (André).

4e, *Salle Corvisart* : MM. Pouchet, Landouzy et Thoinot.

1er (chirurgien-dentiste), *Salle Thouret* : MM. Poirier, Cunéo et Rieffel; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Lejars et Walther; — (2e série) : MM. Reclus, Broca (Aug.) et Gosset; — (2e partie) : MM. Hayem, Widal et Teissier; — M. Mauclaire, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Beaudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Desgrez, suppléant.

SAMEDI 31 MAI, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, ancien régime) : MM. Hutinel, Charrin et Launois.

4e : MM. Pouchet, Gilbert et Dupré.

1er (chirurgien-dentiste) : MM. Quenu, Rémy et Langlois; — M. Rieffel, suppléant.

5e (chirurgie, 2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Proust, G. Ballet et Renon; — (2e série) : MM. Raymond, Widal et Gouget; — M. Méry, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Potocki et Demelin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 58. — SAMEDI 24 MAI 1902 | 75e ANNÉE. | SAMEDI 24 MAI 1902. — N° 58.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Prix Civiale.* — Un concours est ouvert, en 1902, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine pour l'attribution du prix biennal de 1000 francs, fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration (bureau du service de santé) avant le 15 décembre 1902, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires qui auraient été déjà présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

Les élèves qui désireraient obtenir des renseignements sur les conditions du concours devront s'adresser au secrétariat général (bureau du service de santé).

Guerre. — M. Branzon-Bourgogne, médecin-major de deuxième classe au 22e d'infanterie coloniale à Toulon, a été désigné pour servir à la Martinique.

La lutte contre l'alcoolisme et la tuberculose. — Un congrès universitaire contre l'alcoolisme et la tuberculose s'est réuni à Toulouse.

La séance d'ouverture était présidée par M. Perroud, recteur de la Faculté. Y assistaient : MM. Fonfrède, procureur général; Guiraud, professeur d'hygiène; Caubet, doyen de la Faculté de médecine; Grasset, professeur à la Faculté de médecine à Montpellier; Arnozan et Mongour, professeurs à la Faculté de médecine de Bordeaux, etc.

M. Doumergue, professeur à l'Université de Toulouse, a fait uu rapport sur l'action universitaire dans la lutte anti-alcoolique et anti-tuberculeuse.

La seconde séance était présidée par le professeur Arnozan. M. Guiraud, professeur à l'Université de Toulouse, a traité des moyens pratiques de créer un sanatorium à prix coûtant, pour les trois ordres de l'enseignement public et les étudiants. Le soir, a eu lieu une conférence du docteur Legrain, président de l'Union française anti-alcoolique, sur l' « Alcoolisme et la tuberculose ».

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingtième semaine, 1020 décès, au lieu de 1029 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 966.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, au lieu de 7 pendant les deux précédentes semaines et au lieu de la moyenne 8; le nombre des cas nouveaux est seulement de 24, au lieu de 40 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 42.

La variole a causé 2 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 3; le nombre des cas nouveaux est toujours stationnaire (26, comme pendant la semaine précédente, au lieu de la moyenne 18). A Londres l'épidémie est également stationnaire; elle a causé 44 décès pendant la dix-neuvième semaine, au lieu de 43 et 42 pendant les semaines précédentes; elle n'a causé aucun décès dans l'ouest de la ville. et reste cantonné surtout dans le nord (12 décès), l'est (13) et le sud (18).

La rougeole, toujours fréquente au printemps, a causé 27 décès, au lieu de 26 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 25; la scarlatine 5 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 2 pendant la semaine précédente; la coqueluche, 23 décès, au lieu de 8 pendant la précédente semaine (au lieu de la moyenne 7). La diphtérie, enfin, 19 décès au lieu de 25 pendant la précédente semaine (la moyenne est 7); le nombre des cas nouveaux de cette affection signalés à la préfecture de police (139) est supérieur à celui des deux semaines précédentes 103 et 105, mais voisin de ceux antérieurement constatés. Il est du reste très sensiblement supérieur à la moyenne (53).

La diarrhée infantile a causé 29 décès de 0 à 1 an, au lieu de 40 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 31.

En outre, 23 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 166 décès au lieu de 174 pendant la semaine précédente et au lieu de 150, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 11 décès (au lieu de la moyenne 12); bronchite chronique, 15 (au lieu de la moyenne 16); pneumonie, 35 (au lieu de la moyenne 39); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 105 (au lieu de la moyenne 83), dont 40 sont dus à la congestion pulmonaire et 46 à la broncho-pneumonie. En outre, 2 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 224 décès; la méningite tuberculeuse, 26; la méningite simple, 20; les tuberculoses autres que celles qui précèdent, 10; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 51; les maladies organiques du cœur, 75; le cancer a fait périr 47 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 3 décès; la cirrhose du foie, 4; la néphrite, 31; enfin, 34 vieillards sont morts de débilité sénile.

Maladies nerveuses. Diagnostic et traitement, par J. VIRES, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier; préface par F. RAYMOND, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris. In-8°. — Prix : 8 francs. — Montpellier, Coulet et fils, et Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

Du diagnostic et de l'intervention sanglante dans les perforations typhiques (1).

Par M. le docteur Hagopoff (de Constantinople).

V

Aujourd'hui les chirurgiens sont tous d'accord sur ce point, et considèrent la méthode sanglante comme le seul moyen rationnel et efficace.

Déjà en 1884, Leyden avait le premier préconisé l'intervention chirurgicale dans un rapport sur le traitement de la péritonite par perforation; et Mickulicz (2), dans la même année, avait lu une communication devant le LVII[e] Congrès des chirurgiens allemands, sur un cas de perforation opéré et guéri.

L'année suivante Lücke (3) fit une deuxième tentative, mais ce chirurgien ne fut pas aussi heureux, puisque son malade mourut vingt heures après l'opération, à la suite d'une péritonite purulente généralisée.

Depuis les essais se répétèrent et de nouvelles observations d'opérés furent publiées par Surmay, Bartleet (4), Bontecou, Morton (5), Senn (6), Wagner (7); mais ce dernier a été le seul à enregistrer un succès, tous les autres ayant perdu leurs malades peu de temps après l'opération.

Malgré ces cas malheureux, la méthode chirurgicale n'en a pas moins été en honneur. En mai 1889, un débat important eut lieu devant l'Académie de Dublin au sujet de l'opportunité opératoire, et nombre de membres présents, parmi lesquels Nicolas, Bull, se déclarèrent partisans de l'intervention précoce.

Louis (8), dans un article paru en 1890, a réuni 11 observations de cas opérés jusqu'à ce jour; bien que les résultats obtenus soient loin d'être très satisfaisants, puisqu'il n'a signalé en tout que deux guérisons, il n'hésite pas néanmoins à conclure que l'opération est le traitement de choix, excepté dans la période de collapsus. Tournier, dans la *Revue générale de clinique*, n° 14, p. 209, reproduit ces chiffres et les commente.

Une année après Van Hook publie trois nouvelles observations qui, jointes à celles déjà connues, non compris les cas douteux, lui donnent un total de 12 opérations avec une seule guérison.

Durant les quatre années qui suivirent, le traitement chirurgical fut appliqué d'une façon presque courante. A côté des cas malheureux de Kimura (9), de Bell (10), de Koerte (11), de Thompson (12), de Cayley et Bland Sutton (13), d'Allingham (14), d'Alexandroff (15), de Hare (16), de Kingsley (17), de Damer Harrison (1), de Thermet (2), de Ricketts (3), de Parkin (4), de Laidley (5), de Hotchkiss (6), de Briddon (7), de Bogart (8), nous devons ranger une série de guérisons provenant des opérés de Netschaïeff et Trojanow (9), d'Abbe (10), de Dandridge (11), de Ferraresi (12), de Murphy (13), de Price (14), de Watson (15), de Sifton (16).

Abbe fait néanmoins remarquer que nombre de ces cas sont sujets à caution et, d'après lui, on ne doit enregistrer que 17 cas, parmi lesquels 3 guérisons seulement.

En 1897, trois mémoires furent communiqués à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, sur cette question, et Goodall, Brunton, Bowlby, Moore, se déclarèrent d'ardents défenseurs de l'intervention. Presque à la même époque, Dieulafoy fit une retentissante communication à l'Académie de médecine en faveur du traitement chirurgical. Dès lors les chirurgiens français prirent aussi part au mouvement.

Jusqu'à l'année 1898, d'infructueux essais ont été tentés par Lejars, Hollis (17), Woodward, Routier (18), Armstrong, Brun (19), Cholzow, Monod, Porter et Shattock (20), Kirkpatrick (21), Guecelewitsch et Wanach, Trojanow (22), Hutchinson (23), Weir (24), Harrison (25), Taylor (26), mais chez tous on a observé plus ou moins d'amélioration et de survie. Seuls Brunton et Bowlby (27), Panton (28) avaient été heureux. Toutefois, en dépit de leurs insuccès, ces auteurs n'en restèrent pas moins tous des partisans convaincus pour l'opération.

A partir de cette époque, les interventions devinrent encore plus nombreuses et les succès aussi relativement plus fréquents.

Tandis que chez les opérés de Pickerdny Pick (29), de Goodall (30), de Bigger et Campbell (31), de Barrs (32), de Sacquépée (33), de Bazy (34), de Morestin (35), de Boinet (36), de

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 56, p. 553.
(2) Mickulicz. *LVII[e] Assemblée des méd. allem.*, Magdebourg 1884.
(3) Lucke. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, oct. 1885; — *Union méd.*, 1885.
(4) Bartleet. Cité par Morton, *Ann. of Surg.*, 1888; — *Med. News*, nov. 1887.
(5) Morton. *Med. News*, 1887.
(6) Senn. *Idem*, 8 june 1889.
(7) Wagner. *Cong. allem. de chir.*, 1889.
(8) Louis. *Progrès méd.*, 1890.
(9) Kimura. *Sei. i. Kwai med. Journ.*, 1890.
(10) Bell. Communic. person. à Thompson.
(11) Koerte. *Arch. f. klin. Chir.*, 1892.
(12) Thompson. *Transact. Texas med. Assoc.*, 1893.
(13) Cayley et Bland Sutton. *Brit. med. Journ.*, 17 march 1894.
(14) Allingham. *Idem.*
(15) Alexandroff. Loc. cit.
(16) Hare. Statistique de Keen, *Journ. intercol.*
(17) Kingsley. Communic. à Finney; — *Ann. of Surg.*, march 1897.

(1) D. Harrisson. *The Brit. med. Journ.*, 20 oct. 1894.
(2) Thermet. In Th. de Barbe, 1895.
(3) Ricketts. *Cincinnat. Lancet clin.*, 6 avril 1895.
(4) Parkin. *Brit. med. Journ.*, 26 juin 1895.
(5) Laidley. *Assoc. of obstet. and gynæcol.*, Chicago, sept. 1898.
(6) Hotchkiss. *New-York med. Journ.*, 11 janv. 1896.
(7) Briddon. *Ann. of Surg.*, 1896.
(8) Bogart. *Idem*, p. 596.
(9) Netschaïeff et Trojanow. Loc. cit.
(10) Abbe. Loc. cit.
(11) Dandridge. Communic. person. à W. Keen, 1895.
(12) Ferraresi. *Bull. della Soc. Lancisiana*, 1895.
(13) Murphy. Communic. person. à W. Keen, 1895.
(14) Price. *Med. and surg. Rep.*, 1896.
(15) Watson. *Boston med. Journ.*, 27 march 1896.
(16) Sifton. *Chicago clin. Rev.*, april 1895.
(17) Hollis. *The Lancet*, 1896.
(18) Routier. Acad. de méd. (M. Dieulafoy), 27 nov. 1896.
(19) Brun. *Bull. de la Soc. de chir.*, 25 nov. 1896.
(20) Porter et Shattock. *Boston med. and surg. Journ.*, 15 april 1897.
(21) Kirkpatrick. Communic. person. à W. Keen.
(22) Trojanow. *Yetopice Rousskoi Kirourgie*, 1897.
(23) Hutchinson. Communic. person. à W. Keen.
(24) Weir. *Ann. of Surg.*, déc. 1897.
(25) Harrison. *North Carol. med. Journ.*, 5 déc. 1897.
(26) Taylor. *Virainia med.*, déc. 1897.
(27) Brunton et Bowlby. *The Lancet*, 30 janv. 1897.
(28) Panton. *Ann. of Surg.*, aug. 1897.
(29) P. Pick. Relaté par Rolleston, in *Clin. Soc. of London*, 1898.
(30) Goodall. *Idem.*
(31) Rigger et Campbell. *Brit. med. Journ.*, 1899.
(32) Barrs. *Idem*, 6 mai 1899.
(33) Sacquépée. Loc. cit.
(34) Bazy. Loc. cit.
(35) Morestin. Loc. cit.
(36) Boinet. Loc. cit.

Célos (1), la terminaison a été fatale, Deaver (2), Handfort et Anderson (3), Cushing, Platt, Herbert, Hawkins et Thurston (4), Pearson (5), Peyrot (6), Legueu (7), Loison, Heurteaux (8), William Jones (9) ont tous, de leur côté, enregistré des dénouements heureux.

Pour notre part (10) aussi, nous avons opéré, l'année dernière, un cas de péritonite par perforation vingt-trois heures après l'accident; le malade a parfaitement guéri.

D'après cet exposé historique on voit donc que les succès sont de jour en jour accroissants et les cas de guérison plus nombreux. Cela tient sans doute d'abord à ce que les médecins, encore plus convaincus aujourd'hui qu'autrefois de l'impuissance presque absolue des moyens thérapeutiques et de l'efficacité certaine de l'intervention sanglante précoce, font toujours appel aux chirurgiens aussitôt que le diagnostic est posé, et même parfois au moindre soupçon lorsque le cortège symptomatique incomplet ne leur permet guère de l'établir. Ensuite, parce que, grâce aux perfectionnements de la technique et à l'avènement de l'asepsie, les résultats opératoires sont meilleurs et plus sûrs, malgré que la mortalité est encore très élevée.

C'est donc en nous fondant sur les résultats obtenus que nous essaierons de décrire le manuel opératoire, celui que nous croyons devoir conseiller.

VI

Le but de l'intervention est d'aller à la recherche de l'orifice intestinal et de l'obturer afin de s'opposer au passage des liquides, des gaz et des matières septiques dans la cavité péritonéale.

Pour procéder à l'ouverture du ventre, Harrison, Routier, Keen, Platt emploient de préférence l'*incision latérale*, dans la fosse iliaque droite, de façon à arriver d'emblée au niveau du siège habituel de la lésion. Cependant celle-ci peut se trouver sur la ligne médiane, de même que dans la fosse iliaque gauche; aussi Peyrot, Heurteaux ont-ils pratiqué, chacun dans un cas, deux incisions latérales à la partie moyenne de la fosse iliaque, une à droite, une à gauche. Souligoux a même fait une fois trois incisions, une médiane, deux autres latérales.

Tandis que la plupart des chirurgiens, au nombre desquels Lejars, Boinet, Célos, Legueu, ont ouvert largement l'abdomen par une seule incision, médiane. Cette incision nous paraît suffisante dans la majorité des cas; car, si besoin est, il n'est pas difficile de mener, de chaque côté, une autre incision perpendiculaire à l'incision médiane qui serait ainsi transformée en une incision cruciale, bien connue des Américains.

Aussitôt que le ventre est ouvert, on voit s'échapper un flot de liquide louche, comparable à du bouillon sale et d'odeur nauséabonde. Parfois, en un point limité, les liquides épanchés semblent bouillonner; des bulles de gaz issues de l'intestin les traversent et viennent crever à leur surface; leur sortie à travers la brèche intestinale et leur trajet au milieu de l'épanchement peuvent même être assez bruyants.

Dans ces conditions on conçoit que la recherche de la perforation soit facile. Mais habituellement rien ne vient indiquer à l'opérateur le siège de la lésion; force lui est alors d'aller à sa rencontre avec méthode. Les lèvres de la boutonnière abdominale étant bien écartées et notamment celle du côté droit, que l'on maintient élevée, la main se dirigera tout d'abord vers le cæcum qui, trouvé après quelques tâtonnements, servira de guide pour la découverte des dernières anses d'intestin grêle. Celles-ci fortement vascularisées sont le plus souvent distendues. Si elles sont agglutinées, on les sépare, et on les éponge lorsque des liquides purulents les recouvrent et les masquent.

Après avoir examiné attentivement le cæcum, l'appendice iléo-cæcal et le diverticule de Meckel [Blanc (1)], et dûment contrôlé leur intégrité, on passe à l'examen de l'intestin grêle. A cet effet, ce dernier sera dévidé de bas en haut, de sa terminaison vers ses origines, et refoulé dans le ventre au fur et à mesure qu'il sera ramené au dehors, de façon à n'exposer ainsi à l'air qu'un très minime segment d'intestin.

Dès que la perte de substance est reconnue, on confie à un aide l'anse intestinale malade, cernée au préalable par un champ de compresses chaudes, et on procède à sa réparation.

Allingham et Thompson ont fixé la perforation aux lèvres de la plaie abdominale et créé, de ce chef, une fistule *mucoso-cutanée*. Quoique ce procédé soit recommandé d'une façon générale par Alexandroff et, dans quelques cas seulement, par Rochard (2), nous croyons que son indication s'impose rarement, dans les cas, par exemple, où la paroi intestinale étant d'une friabilité extrême, toute suture sera impossible ou très difficile.

Par conséquent c'est à la suture directe de l'intestin que nous donnerons la préférence. Cette suture peut se pratiquer parallèlement ou perpendiculairement à l'axe longitudinal de l'intestin, suivant les lésions. Peut-être la suture perpendiculaire expose-t-elle moins à la sténose intestinale; mais la suture parallèle a aussi, pour elle, l'avantage de réunir dans un même plan plusieurs perforations à la fois et de permettre la consolidation sur une plus grande étendue de parois amincies et menaçantes.

Toutefois la plupart des chirurgiens emploient la méthode de suture basée sur le principe énoncé par Jobert; il consiste à l'adossement de deux surfaces séreuses et à leur adhésion rapide. Pour atteindre ce but, cet auteur renverse les bords de la plaie intestinale en dedans, qu'il maintient adossés par des points perforants séparés (suture en matelas des auteurs). Tandis que Lembert, au lieu de les renverser complètement, infléchit simplement les bords de la perforation en les maintenant en contact par quelques points de suture non perforants, c'est-à-dire traversant obliquement toutes les tuniques de l'intestin, excepté la muqueuse.

On a apporté quelques modifications à ce procédé en vue d'obtenir une meilleure occlusion; on réunit la plaie par un double rang de sutures (suture de Czerny-Lembert) : un plan profond et un autre superficiel. Ce mode de suture peut trouver son indication dans les cas de perforations multiples ou d'amincissement très étendu avec menace de rupture de la paroi intestinale. Dans tous les autres cas, qui forment

(1) Célos. Loc. cit.
(2) Deaver. *Amer. Journ. of med. Sc.*, 1898.
(3) Handfort et Anderson. *Brit. med. Journ.*, 1898.
(4) Herbert, Hawkins et Thurston. *The Lancet*, 25 fév. 1899, p. 1004.
(5) Pearson. *Brit. med. Journ.*, 6 may 1899.
(6) Peyrot. In Th. de Mauger.
(7) Legueu. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1900.
(8) Heurteaux. Loc. cit.
(9) W. Jones. *Ann. of Surg.*, july 1901.
(10) Hagopoff. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1902.

(1) Blanc. *Diverticule de Meckel*, Th. de Paris, 1899.
(2) Rochard. *Chirurgie d'urgence*, Paris.

la majorité, la suture de Lembert, plus simple, plus rapide, est largement suffisante, pourvu que les points soient assez rapprochés l'un de l'autre (1) et qu'ils ne soient pas trop serrés (Monod) ; elle a en outre l'avantage de rétrécir moins le calibre de l'intestin.

La suture en surjet continu à la Rydygier s'exécute sans doute plus rapidement, mais elle n'est point recommandable dans les cas de parois intestinales friables où elle peut céder.

Loison a employé la suture en bourse que l'on serre pendant qu'un aide enfouit vers la cavité les lèvres de la perforation au moyen d'une pince à forcipressure.

Dans un cas où les fils se coupaient en raison de l'épaississement et de la friabilité des parois intestinales, Legueu (2) a eu recours à la greffe épiploïque ; il a encapuchonné la ligne de suture à l'aide de l'épiploon maintenu en place par une rangée de points séro-épiploïques.

Pour mieux encore assurer la réunion, Cayley et Bland Sutton (3), Kingsley, Allingham, Watson, Lejars (4), Harrison ont pratiqué l'*abrasion* ou l'*avivement* du pourtour de la plaie intestinale. C'est là, à notre avis, une précaution pour le moins superflue et qui allonge inutilement l'opération alors que l'on sait qu'il faut aller vite ; nombre de chirurgiens l'ont négligée et l'occlusion parfaite n'en a pas été pour cela empêchée.

Ces différentes méthodes de suture permettront généralement d'aveugler des perforations assez considérables (2 à 3 centimètres) sans amener une diminution de calibre intestinal très notable, surtout lorsque la réunion a été faite dans le sens transversal. Cependant dans quelques cas, rares toujours, de pertes très étendues de substance et d'ulcérations contiguës, profondes, et prêtes à se rompre bientôt, l'entérectomie partielle ou totale se trouve indiquée.

Nous n'approuvons pas néanmoins la conduite de Guecelewitsch et Wanach, de Trojanow, qui paraissent avoir, de parti pris, pratiqué la résection dans leurs interventions. L'opération est forcément longue, le choc plus grave et les résultats ne sont pas meilleurs, comme le prouvent, du reste, les observations de ces auteurs. Il ne faut donc y avoir recours qu'en dernière ressource, fût-elle pratiquée au moyen de sutures ou à l'aide de boutons anastomotiques.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de ces différents procédés d'entéro-anastomose, que l'on trouve décrits partout. Nous nous contenterons de simplement faire remarquer que l'aiguille employée pour la suture intestinale sera fine et ronde, légèrement recourbée vers la pointe, armée d'un fil de soie, du n° 0 de préférence. Une autre recommandation capitale, c'est que toutes ces opérations, de même que l'exploration des anses intestinales voisines, doivent être pratiquées aussi rapidement que possible afin de ne pas exposer le malade au refroidissement, ni à une prolongation inutile d'anesthésie ; celle-ci sera faite doucement, par un chloroformisateur éprouvé ; quelques gouttes de chloroforme suffiront d'ailleurs ordinairement pour provoquer la narcose.

La réunion intestinale terminée, on procède, avant la fermeture du ventre, à la *toilette du péritoine*. A cet effet, les uns s'en tiennent au simple nettoyage à l'aide de compresses ou d'éponges stérilisées ; les autres conseillent le grand lavage de la cavité péritonéale.

Suivant van Hook (1), le passage de plusieurs litres d'eau simple ou salée (sérum chirurgical), stérilisée chaude à 50-55°, entre les anses intestinales jusqu'à écoulement clair, entraîne facilement les liquides septiques au dehors en traumatisant le moins possible celles-ci et par suite en atténuant le *shock* opératoire grâce à la haute température. Car, sous l'influence de cette dernière, le péritoine et les organes abdominaux se réchauffent, les vaisseaux se dilatent, la circulation s'accélère et le cœur ainsi recouvre son énergie.

Loison, sans s'inquiéter du traumatisme, a combiné au lavage un léger brossage intestinal ; cette pratique lui aurait donné les meilleurs résultats.

Quoi qu'il en soit, il est bien évident que, quand on se trouve en présence d'une péritonite généralisée, comme c'est le cas habituel, l'irrigation aseptique chaude est préférable au simple nettoyage avec les tampons, d'autant plus qu'ici l'envahissement de voisinage n'est plus à redouter. Tandis que, dans les cas de péritonite circonscrite, il est prudent de s'abstenir de tout lavage et de s'astreindre à la toilette aux compresses.

Les anses intestinales sont parfois tellement distendues qu'on éprouve de grandes difficultés pendant leur réduction. Pour parer à cet inconvénient, Dandridge, Finney, ont pratiqué la ponction ; celle-ci avait même été conseillée par Haïcé avant toute ouverture abdominale. La ponction nous paraît dangereuse ; aussi, en de pareils cas, nous semble-t-il plus simple d'employer le moyen classique : après avoir enveloppé la masse intestinale réfractaire d'une serviette, on engage les bords de celle-ci sous les lèvres de la boutonnière abdominale ; on repousse alors cette espèce de sac avec son contenu dans le ventre au fur et à mesure que l'on suture la plaie, en serrant les fils ; on ne retire la serviette qu'au moment où on va nouer le dernier fil.

L'emploi de la suture à étages est la règle ; mais dans beaucoup de cas, pour gagner du temps, on a eu recours à la suture à un seul étage.

Nous donnons notre préférence à la fermeture incomplète où les parois abdominales ne sont fermées que par quelques points seulement aux extrémités de l'incision, le reste étant recouvert de gaz stérilisée humide, doublée par un taffetas et de l'ouate, le tout étant maintenu par une bande.

En tout cas, le *drainage* est toujours indispensable ; il sera établi avec de gros tubes en caoutchouc ou en verre, protégé par des mèches de gaz antiseptiques ou mieux aseptiques. A défaut de drains, on peut se contenter de ces dernières pour s'en improviser un drainage à la Mikulicz.

En vue d'assurer l'écoulement des sécrétions septiques, quelques auteurs organisent le drainage par le cul-de-sac de Douglas ; Peyrot et Heurteaux ont fait, dans ce but, de *larges contre-ouvertures abdominales* qui nous paraissent plus recommandables.

On ne supprimera le drain qu'au bout de quatre ou cinq jours ; et même, lorsque l'écoulement est très abondant, on doit entretenir son usage encore plus longtemps. Les fils de suture abdominale seront enlevés vers le dixième jour.

---

(1) Si le stylet ou la pince pénètre entre deux points, la suture est défectueuse et la prudence commande de placer un fil supplémentaire entre eux.

(2) Legueu. Loc. cit.

(3) Cayley et Bland Sutton. Loc. cit.

(4) Lejars. *Chirurgie d'urgence*, Paris 1900 ; — *Bull. de la Soc. de chir.*, séance du 25 nov. 1896.

(1) Van Hook. Loc. cit.

Nous n'insistons pas sur les autres soins consécutifs, qui ne diffèrent pas de ceux d'une laparotomie ordinaire pour une entérostomie. Inutile aussi de rappeler que le malade sera surveillé très attentivement (pouls, température, facies, etc.) et de grandes quantités de sérum seront administrées (2 litres par jour et même davantage, suivant Lejars). Enfin, on combattra le météorisme et préviendra, dans la mesure du possible, l'occlusion signalée dans quelques cas.

VII

En résumé, on peut conclure d'après ce qui précède que la péritonite par perforation, qui survient au cours de la fièvre typhoïde, est une complication très grave, et malgré les quelques guérisons spontanées ou médicales que l'on a signalées, son pronostic est des plus sombres. Aussi, dès que le diagnostic est posé, doit-on s'adresser au traitement chirurgical, que l'on considère aujourd'hui comme le seul moyen rationnel et efficace.

Si l'on éprouve parfois quelques difficultés pour le diagnostic, on peut toujours y arriver d'une façon presque certaine, du moins en ce qui concerne la perforation. La *douleur abdominale brusque*, qui manque rarement, et la *contracture de défense musculaire*, qui est précoce, sont deux signes précieux qui, combinés aux *modifications du pouls* et *du facies*, peuvent déjà nous mettre dans la voie du diagnostic et nous fixer, dès ce moment, sur notre conduite à tenir, car la température ne mérite pas l'importance qu'on a cru devoir y attacher, et les *frissons* ainsi que la *disparition de la matité hépatique*, qui paraît un bon signe, sont des symptômes que l'on rencontre assez tardivement.

Les autres complications de la dothiénentérie avec lesquelles il est possible de confondre la perforation pourront néanmoins s'en distinguer souvent assez aisément. Il existe une forme simulant l'*occlusion intestinale*, dans laquelle l'erreur ne sera heureusement préjudiciable au malade, l'opération se trouvant également indiquée dans ce cas.

La coexistence de l'*hémorragie* et de la péritonite par perforation imprime à celle-ci une modalité clinique spéciale que l'on doit bien reconnaître. L'*examen du sang* pourrait peut-être, dans ces cas douteux, venir contrôler le diagnostic.

En tout cas, pour assurer le nombre des succès, il faut que l'intervention soit aussi *précoce que possible* et *que le malade puisse opposer une résistance nécessaire pour la supporter*. C'est du moins ce qui ressort d'après les nombreuses statistiques dressées à ce sujet; elles donnent actuellement une proportion de 23 à 26 p. 100 de guérisons.

Les objections qu'on a soulevées contre la méthode sanglante n'ont pas leur raison d'être, vu la connaissance approximative du siège de la perforation, l'unicité habituelle de celle-ci et la solidité parfaite et rapide des sutures. Même dans les cas désespérés, on a observé des guérisons ou des survies parfois longues.

La *durée* de l'intervention doit être très courte et l'anesthésie sera surveillée. L'*incision abdominale* peut être *médiane* ou *latérale*, *simple* ou *double* suivant l'étendue des lésions. Mais le *drainage* est toujours indispensable, qu'il soit simple ou multiple; et la *suture à la Lembert*, à *points séparés*, sera la règle pour la réparation intestinale. Il ne faut fermer le ventre qu'incomplètement.

Enfin, le *lavage* abondant chaud à l'*eau bouillie*, salée ou non, sera préférable au simple nettoyage avec des compresses, lorsque la péritonite est généralisée, ce qui est le cas habituel.

LE SURMENAGE SCOLAIRE

Par M. le docteur J. Delobel, lauréat de l'Académie de médecine, médecin-inspecteur des Écoles.

Surmenage scolaire. L'attention de l'enfant, fatigue intellectuelle. Empoisonnement du cerveau. La surcharge intellectuelle retentit sur la santé et le caractère de l'enfant. Revision et diminution des programmes. — Sous l'influence d'un travail excessif, c'est-à-dire non proportionné à l'âge et aux facultés intellectuelles de l'enfant qui va à l'école, il se produit un ensemble de troubles divers que l'on désigne sous le nom de SURMENAGE SCOLAIRE.

Le surmenage scolaire n'est pas précisément uniforme : il se présente sous des manifestations multiples, bien qu'il soit dû à une seule et même cause : la fatigue intellectuelle ou mieux encore le travail exagéré de l'esprit, du cerveau.

Il est inutile de parler de l'étendue des programmes : ils sont exagérés au dire de tous, et l'élève succombe sous la surcharge. Le surmenage existe aussi bien dans l'enseignement primaire que dans l'enseignement classique. Les pédagogues sont d'avis qu'il faut rendre le travail attrayant afin d'éveiller et de retenir l'attention de l'élève. Mais, les enfants des écoles primaires, âgés de sept à treize ans, sont incapables d'une longue contention d'esprit. Cependant, l'*attention est un élément primordial pour assurer le travail intellectuel* : elle est aussi une des causes essentielles de la fatigue cérébrale. Non seulement l'attention excite le cerveau, mais, sous son action, « tout l'organisme prend part à la préparation des conditions d'une cérébration plus active » (Mosso). Elle provoque un afflux sanguin au cerveau d'une part, et d'autre part elle a sa répercussion sur le cœur dont les battements sont plus forts et sur la respiration dont elle modifie le rythme. L'attention a ses limites, surtout chez les enfants qui sont en pleine période de croissance.

La physiologie psychologique du cerveau n'est pas encore établie, quoiqu'on sache que c'est la substance grise qui préside à nos facultés intellectuelles. Toutefois, il est certain que la *mémoire est l'élément fondamental de la pensée* (Mosso), et c'est elle que l'on exerce le plus dans les écoles primaires, surtout à l'approche des examens du certificat d'études. Aussi, cette culture forcée, intensive, exagérée de la mémoire entraîne-t-elle rapidement la *fatigue cérébrale*, qui engendre à son tour des troubles généraux de l'organisme, parce que le surmenage diminue sa résistance vitale et lui inspire une vulnérabilité plus grande à l'égard des agents morbifères ou pathogènes.

Il en est, en effet, de la *fatigue intellectuelle* comme de la fatigue musculaire. Sous son influence naissent différentes substances qui sont tout à la fois des poisons du cerveau et des poisons de l'organisme. Le travail fait naître ces substances toxiques, véritables déchets de l'organisme, ou matières de rebut, c'est-à-dire des « scories » dont l'accumulation dans le sang amène la fatigue. Les cellules cérébrales éliminent des substances nocives, et « plus intense est la vie du cerveau, plus abondantes sont les déjections de ces cellules, qui souillent le milieu dans lequel elles vivent et salissent le sang, qui après avoir lavé le cerveau, vient irriguer les nerfs et les cellules des autres parties du corps » (Mosso).

La cellule cérébrale agit comme la cellule musculaire. Son fonctionnement exagéré, excessif, l'encombre de produits de décomposition; elle engendre elle-même les produits qui doivent l'intoxiquer, elle est donc elle-même l'agent de sa propre intoxication, et cette intoxication est d'autant plus rapide que l'écolier est plus jeune, parce que l'élimination de ces produits se fait plus lentement qu'à l'âge viril. Ces scories du travail sont de nature organique : l'acide urique (de Coninck), l'acide lactique (Mosso), la cholestérine (Flint), les ptomaïnes ou les leucomaïnes (Gautier) s'accumulent dans leur foyer d'origine et amènent

l'*empoisonnement du cerveau*, qui retentit à son tour sur tout l'organisme et en amoindrit l'énergie vitale. Cet affaiblissement crée la prédisposition morbide (Roger) et fait de l'enfant une proie facile pour les maladies infectieuses.

« La fatigue est une » (M. de Fleury), elle est toujours « un phénomène cérébral ». Elle produit l'accumulation des acides (Charrin), et en diminuant l'alcalinité des humeurs, elle diminue leur pouvoir bactéricide (Roger) à l'égard des infections et des maladies, et fait apparaître « les substances fébrigènes » (Charrin). Aussi peut-on dire que la fatigue intellectuelle exerce son action sur l'organisme tout entier. Les maladies qui frappent la gent écolière en sont la preuve certaine.

Mais, il ne nous est pas possible de passer en revue toute la pathologie scolaire.

La *surcharge intellectuelle arrête le développement de l'enfant* (Brouardel) et rend l'intelligence moins vive. Elle retarde les modifications qui doivent évoluer au moment de la puberté (Brouardel) et frappe la charpente osseuse du corps, le squelette. Des déformations osseuses se produisent, une obliquité du bassin, des déviations ou incurvations de la colonne vertébrale. Les épaules sont inégalement élevées, et la clavicule droite fait une saillie plus grande. L'enfant tend à devenir voûté. La structure architecturale du corps, c'est-à-dire l'esthétique, y perd, et l'on conçoit aisément quel fâcheux avenir se prépare pour la jeune fille pour le jour où s'accompliront les fonctions physiologiques auxquelles la destine son sexe.

Le *système nerveux* subit de façons diverses les atteintes du surmenage. Tantôt ce sera une simple lourdeur de tête, une céphalée, ou bien un mal de tête plus intense, la céphalalgie, seule ou accompagnée d'épistaxis (Peter). L'écolier devient indolent, paresseux : il ne sait plus travailler, ni exercer sa mémoire, c'est l'impotence cérébrale, qui conduit rapidement à l'inaptitude, à l'inactivité, à l'incapacité cérébrale. Alors le *cerveau est invalidé* (Peter). A la *lenteur intellectuelle* fait suite la torpeur, puis la somnolence, avec des vertiges. Des troubles nerveux légers ou graves surgissent bientôt, tantôt passagers, tantôt durables. L'irritabilité cérébrale est fréquente, un certain degré de congestion du cerveau existe et conduit trop fréquemment à la méningite.

L'*appareil circulatoire* n'est pas indemne. Des palpitations se font sentir ainsi que des douleurs à la région du cœur. Le pouls est petit, même irrégulier, la tachycardie fréquente. La circulation générale est parfois atteinte : il y a un resserrement des vaisseaux sanguins qui amène le refroidissement des extrémités et la pâleur du visage.

Le surmenage provoque aussi des *troubles digestifs*, et l'inappétence à son tour conduit à l'anémie, voire même à la tuberculose. Chez d'autres, il cause la constipation, et celle-ci fait naître les accidents d'intoxication dus à la stercorémie.

Le surmenage prédispose aux affections des *voies respiratoires* et en assombrit le pronostic.

Des troubles des *organes génito-urinaires* s'observent encore, et, si la fréquence des mictions est augmentée, on note parfois chez certains écoliers une albuminurie intermittente, et chez d'autres la phosphaturie ou l'azoturie.

Les *organes des sens* subissent aussi l'influence du surmenage scolaire. Certains écoliers seront atteints de myopie, d'autres auront des bourdonnements d'oreille. Enfin, un état spécial du nez, dû à une sorte de gêne dans sa circulation lymphatique, l'aprosexie (Mosso), rend l'enfant incapable d'attention.

Mais le surmenage produit d'autres effets encore : sous son influence, l'enfant devient moins alerte, moins gai, moins vif. Les symptômes physiques, ou pour mieux dire, les phénomènes morbides qu'il provoque *retentissent sur le caractère* même de l'écolier. L'inappétence engendre la tristesse, la dyspepsie rend l'enfant emporté, impatient, irritable; il en est de même des troubles nerveux. L'albuminurie intermittente interdit le travail régulier, la phosphaturie et l'azoturie entraînent l'indolence et la paresse qui n'est autre chose que « le reflet mental d'une tonicité générale très basse, d'une pauvre énergie vitale » (M. de Fleury).

Les effets du surmenage intellectuel ne sont donc pas à dédaigner. Car la lassitude du cerveau épuise rapidement le reste du corps (Bossuet). Mais, dans certains milieux, on ne paraît admettre cette influence que lorsqu'on jette le cri d'alarme, et celui-ci s'apaise le plus souvent sur une simple promesse qui n'amène aucun changement dans les programmes de nos écoles. Chaque fois que se prononce le mot de surmenage, les familles s'émeuvent, une levée de boucliers se fait en masse dans le monde médical, et bientôt... tout cesse, car on ne parvient guère à troubler la sereine impassibilité (Bergeron et D. Heilly) de l'Université « qui ne se dérange facilement de ses usages » (J. Simon).

Thiers d'abord, Duruy ensuite avaient déjà dénoncé la surcharge intellectuelle imposée aux enfants aux dépens de leur développement physique. A différentes reprises, on montra les dangers de cette éducation, que P. de Laprade a, par une exagération trop évidente, appelée homicide. J. Simon et Carnot ont formé des commissions qui ont amené des réformes sans doute importantes sur... le papier. Plus près de nous, il faut rappeler la discussion célèbre sur le surmenage à l'Académie de médecine en 1887, discussion à laquelle prirent part Lagneau, Luys, Dujardin-Beaumetz, Lancereaux, et les professeurs Peter, Le Fort, Trélat, Hardy, Colin (d'Alfort), Perrin, Javal, Brouardel. Il ne semble pas qu'un allègement considérable ait été apporté aux programmes à la suite de cette discussion. Et, récemment encore, la question du surmenage dans l'enseignement classique a été de nouveau soulevée par Mathieu, Le Gendre, Surmont. Leur initiative est digne d'être louée : ils ont fondé la *Ligue des médecins et des pères de famille pour l'amélioration de l'hygiène scolaire*. Cette ligue pourra rendre de grands services à la gent écolière, si elle ne se laisse trop endormir dans un solennel silence où des promesses lénitives ont peut-être déjà réussi à la plonger.

Dans nos écoles primaires les programmes sont aussi trop chargés. Les exercices doivent être de courte durée (Compayré), et le travail attrayant sans toutefois supprimer l'effort. Mais les connaissances exigées sont trop variées : l'histoire de France, la géographie, l'instruction morale, l'instruction civique, les sciences physiques et naturelles dans leur application à l'agriculture, le calcul, l'arithmétique, l'orthographe sont appris aux élèves dont *on charge la mémoire aux dépens de l'intelligence et de la santé*. Aussi voit-on nombre d'enfants ne faire que promener leur curiosité à travers tant d'objets (Ribot). Comme à cet âge, l'enfant a besoin, avant tout, de grand air, d'agitation, de mouvement (Rochard), il proteste à sa manière contre l'inactivité qui lui est imposée. « Il se trémousse sur son banc, parle à l'oreille de son voisin, étouffe ses éclats de rire, s'amuse d'une mouche qui vole et n'écoute pas. » Il fait de la sorte une hygiène inconsciente, mais préventive, qui le préserve de l'*indigestion cérébrale*, de la *dyspepsie intellectuelle*, en même temps qu'elle le garantit des maladies engendrées par le surmenage. Il faut donc reviser et diminuer les programmes imposés pour le certificat d'études primaires, si l'on ne veut avoir des enfants chétifs et malingres. C'est là le plus sûr moyen de réduire la morbidité et la mortalité scolaires, à la condition qu'une *surveillance médicale des écoles* soit constamment exercée afin de dépister les victimes de la surcharge intellectuelle.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(20 mai 1902)

M. Huchard, qui est un orateur sachant se faire écouter, a eu la parole pour résumer et clore la discussion sur les **accidents du chloroforme**. Il rappelle qu'en portant cette question à la tribune de l'Académie, il n'avait pour but que de rechercher si les cardiopathies constituaient une contre-indication à la chloroformisation. Le débat s'est élargi; il a même quelque peu dévié; mais sur la question soulevée et tranchée par M. Huchard, celle des cardiopathies, l'accord a été unanime entre médecins et chirurgiens; sauf quelques réserves formulées par MM. Delorme, Chauvel et Bucquoy, tous les orateurs qui ont pris part à la discussion, ont accepté les conclusions formulées par M. Huchard. Les faits intéressants présentés par M. Guyon, qui a endormi des vieillards de quatre-vingt-dix à quatre-vingt-onze ans, les enquêtes médico-légales de M. Brouardel qui, sur 125 autopsies d'individus morts sous le chloroforme, n'a pas constaté une seule lésion valvulaire, ses nombreuses observations d'anesthésies pratiquées chez des cardiaques avérés, tous ces faits sont bien de nature à confirmer ces conclusions. Bien que la question ne soit pas nouvelle, puisqu'elle a déjà été soulevée dans maintes discussions que rappelle M. Huchard, il était opportun de la discuter de nouveau, l'opinion actuellement adoptée ne l'ayant pas toujours été. Beaucoup de nos anciens maîtres, en effet, étaient restés bien timorés en présence des malades atteints d'affections cardiaques et longtemps a prévalu cette opinion que ces affections contre-indiquaient l'emploi du chloroforme. Peu à peu la vérité s'est fait jour et tous les chirurgiens actuels sont d'accord aujourd'hui sur ce point. Toutefois, il restait encore un assez grand nombre de médecins réfractaires à l'emploi du chloroforme chez les cardiaques. C'est pourquoi l'intervention, dans ce débat, d'un médecin et d'un médecin qui, comme M. Huchard, est surtout compétent en matière d'affections cardiaques, présente une grande importance et l'on s'explique aisément le retentissement de cette discussion soulevée par M. Huchard. Personne, en effet, n'était mieux placé que lui pour venir rassurer tout à fait ceux de nos confrères qui restaient encore craintifs à l'égard du chloroforme chez les cardiaques.

Dans cette question, dit M. Huchard, il y a trois éléments distincts : le chloroforme, le chloroformisateur et le chloroformé.

Si l'on voulait ici, résumer en deux mots l'argumentation de M. Huchard, on dirait que le chloroforme doit être pur, que le chloroformisateur doit être attentif, habile et expérimenté, qu'enfin le chloroformé ne doit pas présenter certaines tares ni être hyperexcitable. Mais il résulterait de l'anquête minutieuse à laquelle s'est livré M. Huchard que de ses trois éléments ce serait encore le chloroformisateur qui laisserait le plus à désirer et qui serait la cause la plus fréquente des accidents. Formons donc des chloroformisateurs et il est de toute nécessité que tous les chefs des services chirurgicaux se donnent la peine d'enseigner à leurs élèves l'anesthésie.

Du côté du chloroforme, le plus grand danger vient surtout de son hyperesthésie nerveuse, qui, bien plus que les affections cardiaques, prédispose aux syncopes mortelles. C'est donc de ce côté qu'il faut chercher le remède. Aussi M. Huchard approuve-t-il les efforts tentés dans ce sens par M. Richelot, qui cherche à atténuer cette hyperexcitabilité en donnant d'abord du bromure d'éthyle. Il approuve également les injections préventives proposées par M. Laborde, injections dont nous avons donné la formule, en faisant toutefois d'assez grandes réserves sur l'atropine qui n'est pas toujours très bien supportée.

En somme, M. Huchard estime que la fameuse formule de Sédillot doit être ainsi modifiée : le chloroforme bien préparé, bien administré sur un malade bien préparé, ne tue jamais.

M. Huchard s'était montré quelque peu sévère pour l'atropine, il fallait s'attendre à ce que M. Laborde défendît celle-ci et revînt sur les avantages de l'association de l'atropine, de la morphine et de la narcéine qu'il a vantée dans la dernière séance.

Malgré son profond respect pour la physiologie, M. Le Dentu n'est point convaincu par les expériences de M. Laborde et il rappelle avoir employé la morphine et l'atropine associées et y avoir renoncé, comme tous ses collègues en chirurgie. Tous, en effet, ainsi que nous le disions nous-même dans notre dernier compte rendu, ont essayé cette méthode et tous aujourd'hui y ont renoncé. Il faut donc bien qu'il y ait à cela une raison et que cette méthode n'ait pas semblé si avantageuse, puisque aucun chirurgien, aujourd'hui, ne la pratique. C'est là un fait qui a bien son importance.

M. Lucas-Championnière, avec sa franchise habituelle, déclare tout net que cette méthode des injections préventives de morphine avec ou sans atropine est tout simplement détestable et n'a donné que des déboires. Quant à lui, il n'a jamais eu tant d'alertes chloroformiques que pendant le temps où il y a eu recours. Aussi y a-t-il renoncé à tout jamais.

M. Laborde n'en maintient pas moins ses conclusions et adjure les chirurgiens d'essayer loyalement cette méthode rationnelle et physiologique.

Nous sommes loin de l'accord parfait dont se félicitait au début de sa communication M. Huchard et la discussion se clôt sur une divergence radicale d'opinions ; chacun, comme l'a dit M. le président, restait sur ses positions.

Ne quittons pas la question de l'anesthésie sans signaler un appareil ingénieux imaginé par M. Crésantigues et présenté par M. Berger, appareil pour l'anesthésie par le bromure d'éthyle pur ou par les mélanges de chlorure de méthyle, chlorure et bromure d'éthyle.

On sait que ces substances, si précieuses dans les opérations de courte durée, doivent être, sous peine d'échec, administrées d'une certaine façon : il importe que leurs vapeurs soient mélangées à une quantité d'air minima — non renouvelable — et respirées à dose massive.

Or, les dispositifs actuellement employés (compresse simple, masque de flanelle, cornet imperméable) ont l'inconvénient, ou bien de laisser passer trop d'air — auquel cas elles ne produisent qu'une anesthésie lente, incomplète, accompagnée souvent d'excitation — ou bien de n'en pas laisser passer assez, auquel cas le patient éprouve la sensation d'une asphyxie imminente donnant lieu parfois à une lutte des plus pénibles, que l'on rapporte à tort à l'action du médicament.

L'inhalateur à réservoir d'air que présente M. Berger supprime ces inconvénients en mettant à la disposition du sujet à endormir une certaine quantité d'air (environ un demi-litre) qui, contenu dans une vessie souple, fixée à l'extrémité d'un mouchoir épinglé en forme de cornet, est inspiré sans effort, après s'être chargé de vapeurs anesthésiques au passage, puis retourne, lors de l'expiration, dans la vessie, pour y être repris, et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'insensibilité soit complète, ce qui arrive très rapidement. L'appareil a été expérimenté nombre de fois — dans le service de M. Berger notamment — avec un succès constant.

M. Chantemesse a fait une intéressante communication relative au **gélo-diagnostic de la fièvre typhoïde et des eaux typhogènes**. Cette méthode est très simple puisqu'elle donne des résultats en douze heures, même entre les mains de personnes peu expertes en bactériologie. Il ne faut que

les milieux ordinaires dont on se sert tous les jours dans les laboratoires.

A 10 centimètres cubes de gélose ordinaire — eau peptonisée à 3 p. 100 et gélosée à 2 p. 100 — on ajoute quatre gouttes d'eau phéniquée à 5 p. 100, 20 centigrammes de lactose et 1 centimètre cube de teinture de tournesol sensible. On fait fondre au bain-marie et on verse sur une plaque de Petri une mince couche de ce mélange pour avoir une épaisseur d'un millimètre ou deux. Sur cinq ou six plaques ainsi préparées et solidifiées, on promène, sans le recharger et successivement, un pinceau de blaireau très fin, trempé préalablement dans une dilution étendue de matières fécales suspectes. Au bout de douze heures à l'étuve, la légère teinte violette de la plaque est parsemée de colonies, les unes roses (coli-bacilles), les autres bleues (bacilles typhiques). On fait la preuve immédiate de la présence de ces derniers bacilles par l'agglutination.

Par cette méthode M. Chantemesse a pu isoler des bacilles d'Eberth dans les garde-robes de tous les typhiques avérés qu'il a examinés. De plus, dans des cas où la fièvre typhoïde était soupçonnée cliniquement et où le séro-diagnostic était négatif, il a constaté la présence de bacilles typhiques dans les garde-robes. Ces microbes reparaissent en grand nombre à la veille d'une rechute et leur présence, si facile à reconnaître, est un renseignement précieux pour le traitement.

Quant à l'eau suspecte elle est filtrée en grande masse à travers une bougie et la vase qu'elle dépose sert aux ensemencements.

Signalons une courte communication de M. Landouzy, relative à un travail de M. Barbary (de Nice), sur le **traitement de la variole par l'association de la photothérapie et de l'antisepsie locale et générale.**

M. Barbary a soigné huit cas de variole confirmée par l'isolement à la chambre rouge et la cure aseptique et antiseptique suivante :

Médication cutanée. — Le matin, dans la journée et dans la soirée, grandes lotions de tout le corps avec une solution de sublimé à 1/200.

Vaporisation de la même solution tiède à 1/4000 deux fois par jour à la face. Lavages des yeux, du nez, des oreilles. Gargarismes et soins de la bouche.

Matin et soir, longtemps après la vaporisation, badigeonnage des parties envahies par l'éruption, la face comprise, avec le mélange suivant :

Salicylate de soude.......		5 grammes.
Eau de laurier-cerise.....	*ââ*	10 —
Alcool....................		

Grand lavement d'eau boriquée bouillie chaque matin.

Médication interne : Deux fois par jour une cuillerée à soupe de sirop phéniqué.

D'après les indications de la température, deux fois par jour un cachet de :

Salol	0g20 centigr.
Bromhydrate de quinine......	0g25 —

Lait toutes les deux heures, coupé alternativement de café ou d'eau de Vichy (Célestins).

Par cette thérapeutique M. Barbary a obtenu les résultats suivants : 1° guérison rapide; 2° au cours de la maladie, disparition rapide de la température ; pas de suppuration ; pas de complications; marche très rapide de la maladie; 3° après la desquamation, visage indemne de stigmates.

Nous mentionnerons enfin la présentation, faite par M. Guyon, d'un instrument fort ingénieux imaginé par M. Cathelin pour faire la **division des urines dans la vessie.** Ce résultat est obtenu au moyen d'une baudruche cachée dans l'intérieur de l'instrument et qu'un ressort fait sortir à volonté; elle forme alors une sorte de cloison étanche séparant la vessie en droite et en gauche. Cet appareil est applicable dans les cas de vessies douloureuses qui supportent — on le sait — le contact, mais ne se laissent pas mettre en tension.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE
DU 15 MAI 1902

MM. Raymond et Cestan apportent un fait tout à fait exceptionnel, celui d'un **endothéliome épithélioïde du noyau rouge.** On connaît bien les endothéliomes à cellules plates développés au dépens des méninges molles avec ou sans nodules angiolithiques. Mais dans le cas actuel il s'agit de véritables papilles vasculaires recouvertes d'une couche de cellules cylindriques donnant ainsi des aspects curieux de pseudo-glandes tubulaires; les auteurs concluent à une variété épithéliale d'endothéliome. Au point de vue clinique la malade présentait un syndrome de Weber consistant en paralysie de toutes les branches de la troisième paire gauche et en troubles moteurs du bras et de la jambe droite; c'étaient, non de la parésie, mais bien de l'incoordination motrice, du tremblement intentionnel, de la démarche cérébelleuse, de l'asynergie, de la dysarthrie rappelant celle de la sclérose en plaques. Or le néoplasme avait respecté la voie motrice du pied du pédoncule cérébral, détruit au contraire complètement le noyau rouge qu'on sait être en relation par le pédoncule cérébelleux supérieur avec le cervelet. Les auteurs estiment donc que cette lésion du noyau rouge a déterminé ces troubles d'incoordination motrice. Enfin les réflexes tendineux étaient exagérés, on ne peut donc soutenir, comme le veut une théorie sur la contracture spasmodique post-hémiplégique, que le noyau rouge est le centre producteur du tonus musculaire. Ce néoplasme, endothéliome épithélioïde, présente donc un double intérêt, l'un d'histogenèse, l'autre d'anatomo-physiologie.

Le **tremblement mercuriel** est-il d'ordre hystérique ou d'ordre toxique? Cette question a été, il y a plusieurs années, l'objet de plusieurs travaux de l'École de la Salpêtrière qui aboutissaient plutôt à soutenir la nature hystérique du tremblement mercuriel. Or MM. Raymond et Sicard présentent un malade qui, travaillant à la manutention des peaux de lapin, présente un tremblement mercuriel des plus marqués. Cet homme n'a pas de stigmates hystériques et l'analyse a décelé la **présence du mercure dans le liquide céphalo-rachidien.** C'est là une présomption en faveur de l'origine toxique du tremblement mercuriel, présomption qui deviendra une certitude si, au moment de la disparition du tremblement, une nouvelle analyse chimique montre l'absence de mercure dans le liquide céphalo-rachidien. Au surplus M. Raymond fait remarquer que ce traitement mercuriel, par son évolution et ses caractères cliniques diffère en réalité du véritable tremblement hystérique.

Nous savons que l'application d'un courant continu de 5 à 10 milliampères, chaque électrode étant placée sur l'apophyse mastoïde, détermine une sensation de vertige avec inclinaison de la tête vers l'électrode positive ; c'est là le phénomène du **vertige voltaïque** déjà étudié par M. Babinski dans certaines affections auriculaires. Cet auteur a en effet démontré que dans le cas de lésion labyrinthique, le vertige se produisait toujours vers le labyrinthe lésé, quelle que soit l'électrode appliquée sur l'oreille malade. M. Babinski apporte de nouveaux faits : dans les lésions qui ont détruit complètement le nerf labyrinthique, le vertige voltaïque ne se produit pas. Il a pu par cette méthode modifier deux fois un diagnostic de surdité hystérique, car la surdité hystérique ne s'accompagne pas d'abolition du vertige voltaïque. La recherche voltaïque est d'un précieux secours dans le

diagnostic parfois si difficile de la surdité de cause interne.

M. Guillain a observé quatre **syringomyéliques** chez lesquels l'affection paraît consécutive à un **traumatisme sur la colonne vertébrale** (chute du haut d'un portique de 4 mètres, chute dans un escalier, coups sur la nuque, etc.). Au surplus, en parcourant les observations publiées, on peut en trouver un assez grand nombre avec traumatisme existant parmi les antécédents des malades. Aussi est-il impossible d'admettre une simple coïncidence. Le traumatisme peut créer ou une hématomyélie ou des nécroses, des déchirures médullaires, une véritable myélite traumatique.

Qu'il s'agisse de lésions parenchymateuses ou interstitielles traumatiques, qu'il s'agisse d'hématomyélie, la névroglie pourra proliférer plus tard.

La paroi des kystes dus à une hématomyélie, la névroglie périjacente à cette paroi pourront être le point de départ du processus de gliose. Les altérations du canal central, qui existent dans les cas de traumatisme médullaire ou d'hématomyélie, pourront aussi être le point de départ d'altérations névrogliques périjacentes.

On peut se demander aussi, si certaines syringomyélies, débutant plus ou moins tard dans l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte, n'ont pas leur origine première dans un traumatisme obstétrical.

Pour refuser toute action effective à un traumatisme sur la genèse de la syringomyélie, on aurait tort d'objecter l'espace de temps souvent long entre le moment de ce traumatisme et le début apparent des manifestations de la gliose.

On connaît bien en pathologie viscérale les actions à longue échéance des agents physiques et chimiques. Pour prendre un exemple en pathologie médullaire, nous connaissons, chez les malades atteints de paralysie infantile, les reprises tardives de l'affection.

Parmi les multiples causes de la syringomyélie, le traumatisme doit être pris en considération dans un grand nombre de cas.

M. Leredde vient soutenir **l'origine syphilitique du tabes et la nécessité d'un traitement mercuriel intensif.** Cette question a d'ailleurs été l'objet de discussions nombreuses dans de précédentes séances de la Société de neurologie. M. Leredde est persuadé de l'origine syphilitique du tabes, et il estime qu'un traitement très intensif, au moins 10 centigrammes de calomel par semaine, et longtemps continué, peut non seulement enrayer le tabes, mais aussi faire rétrocéder cerains signes. M. Babinski fait remarquer que depuis six ans il soigne tous les tabétiques par un traitement mercuriel intensif, celui précisément indiqué par M. Leredde. Il est persuadé de l'origine absolument syphilitique du tabes; il est persuadé que l'on doit appliquer un traitement intensif très long, mais il est bien moins affirmatif dans les résultats obtenus. Il a bien pu observer des arrêts, ainsi dans l'évolution de névrite optique, mais il n'a jamais constaté la rétrocession d'un véritable accident tabétique, tels que la perte des réflexes tendineux, le signe d'Argyll-Robertson. Au surplus, le tabes non traité peut subir des temps d'arrêt; les tabes à marche rapide, guéris ou améliorés par le traitement mercuriel, peuvent être des syphilis nerveuses à caractères tabétiques; il convient donc d'être encore très réservé sur les prétendues guérisons de tabes, et il est nécessaire de soumettre ces observations à un rigoureux contrôle scientifique. Cette opinion de M. Babinski est d'ailleurs l'opinion de la majorité des membres de la Société de neurologie, telle qu'elle s'est dégagée d'une discussion récente sur cette même question, la nature syphilique du tabes et de la paralysie générale.

M. Ballet présente une malade atteinte de **sclérose en plaques.** Ce cas est fort curieux par l'évolution de la maladie, qui a présenté quatre poussées successives avec des périodes intercalaires de plusieurs années, non seulement de repos, mais même de rémission. Enfin cette malade présente, à l'heure actuelle, une paralysie des mouvements associés des globes oculaires, paralysie sur laquelle a insisté M. Parinaud et dont MM. Raymond et Cestan ont présenté, dans une dernière séance, un très bel exemple avec vérification histologique.

MM. Crouzon et Dobrovici montrent un malade atteint d'une **association hystéro-organique,** d'une part un tabes franc, d'autre part une hémiplégie gauche avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle et spasme glosso-labié.

M. Babinski fait une importante communication **sur l'équilibre volitionnel statique et sur l'équilibre volitionnel cinétique.**

L'équilibre volitionnel, c'est-à-dire l'équilibre dont la réalisation nécessite l'intervention d'un acte de la volonté et que la volition peut rompre, doit être envisagé sous deux faces, suivant que le corps est au repos ou qu'il est en mouvement; dans le premier cas, il est statique, il est cinétique dans le second.

Ces deux modes de l'équilibre volitionnel pourraient même être considérés comme deux fonctions distinctes.

Dans l'ataxie tabétique, ces deux modes de l'équilibre sont troublés, mais la perturbation de l'équilibre statique est plus manifeste au début que celle de l'équilibre cinétique.

Dans l'asynergie cérébelleuse, au contraire, l'équilibre statique peut être conservé, alors que l'équilibre cinétique est profondément troublé. Bien plus, la faculté de maintenir les muscles dans la fixité peut être plus grande qu'à l'état normal, de telle sorte que l'affaiblissement de la fonction de l'équilibre cinétique coïncide avec l'exaltation de la fonction de l'équilibre statique et que l'asynergie s'asocie à la catalepsie.

Les observations de M. Babinski tendent à montrer que la catalepsie, de même que l'asynergie, peut dépendre d'une lésion cérébelleuse.

M. Maurice Dupont présente un **excitateur de la pupille destiné à rechercher le réflexe lumineux** en plein jour et au lit du malade en évitant le réflexe d'accommodation.

Cet appareil de petit volume appliqué sur un œil donne le réflexe consensuel du côté opposé; appliqué exactement sur la tempe près de la paupière, il fournit un réflexe direct. L'excitation de la pupille par ce procédé est comparable à l'excitation d'un muscle par la fermeture brusque du courant: l'appareil offre ceci de particulier qu'il donne un éclair instantané qui provoque le réflexe alors même qu'il existe cette paresse de la pupille que l'on trouve parfois chez des vésaniques et qui a pu faire croire à un faux signe d'Argyll.

M. Dupont montre un deuxième appareil, expérimenté comme le premier dans le laboratoire de M. le professeur Joffroy, pour mesurer **l'activité du réflexe pupillaire** au moyen d'une pendule chronométrique qui fourmit en un centième de seconde le coefficient du réflexe pupillaire de chaque œil successivement. Par ce procédé l'auteur a pu constater et mesurer le retard du réflexe pupillaire qui précède l'apparition du signe d'Argyll. Au moyen de cet appareil l'auteur a recherché quelles étaient les radiations les plus actives pour provoquer le réflexe lumineux, passant en revue les radiations diverses, en particulier du radium, et toutes les radiations colorées du *spectre*.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 59. — MARDI 27 MAI 1902. 75e ANNÉE. MARDI 27 MAI 1902. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DÉBUT INSOLITE DE LA TUBERCULOSE

A FORME DE VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DANS LA GROSSESSE

Par M. Lop,

Chargé du cours complémentaire d'accouchements
à l'Ecole de médecine de Marseille.

I

Ces observations, recueillies en très peu de temps, sont, en quelque sorte, presque identiques; aussi n'ai-je pas hésité, en présence de leur intérêt clinique et de la forme toute particulière de leur début, à les publier, chose que je n'aurais pas faite, s'il s'était agi de cas de tuberculose banale comme on en observe malheureusement un assez grand nombre chez les femmes enceintes.

Première observation. — IIpare de vingt-quatre ans. Les grossesses précédentes n'ont rien présenté de particulier; accouchements normaux, pas d'allaitement. Antécédents héréditaires et personnels excellents.

Cette jeune femme vient me trouver le 1er août dernier, pour savoir si elle est oui ou non enceinte, et en outre pour être soulagée d'une douleur épigastrique qui l'étreint et la torture depuis vingt jours.

C'est d'ailleurs avec la plus grande difficulté qu'elle a pu se transporter chez moi. Très amaigrie, se plaignant de ne plus pouvoir manger à cause de l'intensité des phénomènes douloureux.

L'examen obstétrical, des plus faciles, fait constater l'existence d'un utérus gravide de trois mois. Il n'en est pas de même pour le diagnostic causal de la douleur stomacale.

Avant le début de sa grossesse, Mme S... souffrait depuis deux ou trois mois de crampes et de brûlures le long de l'œsophage, avec sensation de faim impérieuse. Elle éprouvait en outre, mais à de rares intervalles, de vives douleurs en broche.

Auparavant, elle aurait eu, paraît-il, une forte hémorragie intestinale, pour laquelle elle a été soignée par mon excellent confrère le docteur Istria. Cette symptomatologie bruyante et douloureuse et l'hémorragie le conduisirent tout naturellement au diagnostic le plus plausible, c'est-à-dire au syndrome de l'ulcère rond de l'estomac que l'âge, la grossesse, la chloro-anémie antérieure autorisaient à admettre.

Cette hypothèse admise toutefois avec réserves, le foie, le rein et le poumon, la moelle (tabes), sont mis hors de cause après un examen minutieux.

J'instituai un traitement approprié à ce complexus stomacal : repos absolu, régime lacté intégral, six grammes de bicarbonate de soude par vingt-quatre heures, et de l'opium à petites doses pour calmer les douleurs.

Treize jours de ce traitement suffirent pour amener la disparition complète des phénomènes douloureux, et une amélioration notable de l'état général.

Peu à peu, les aliments, tels que la viande crue, les jaunes d'œufs furent tolérés et, sous leur influence, la malade reprit graduellement ses forces.

Un mois après ma première visite, elle pouvait être considérée comme très améliorée.

Cette amélioration ne devait être que passagère, et, six semaines après, apparurent brusquement des vomissements qui, par leur forme, leur ténacité, leur abondance, malgré la diète absolue des liquides, mirent, en deux semaines, la malade dans un tel état que je n'hésitai point à agiter, convaincu du rôle joué par l'utérus dans cette recherche, la question de l'évacuation de l'utérus.

La grossesse était de quatre mois et demi, et toute la thérapeutique essayée jusqu'alors était demeurée inefficace.

Les urines étaient rares : 300 grammes à peine par jour; le pouls fréquent et de la fièvre tous les soirs (de 38 degrés à 38°5). Mon collègue et ami le docteur Massat de Saint-Henri appelé en consultation, se rallie aussi à mon opinion, et, d'accord avec lui, nous décidons d'évacuer l'utérus le surlendemain. Je dois dire que, depuis l'apparition de ces vomissements, la malade n'avait plus rien pris par la voie stomacale, même pas de petits fragments de glace. Elle recevait journellement de 4 à 500 grammes de sérum artificiel sous la peau et 1500 grammes de lait par la voie rectale. Le lendemain de la consultation, je constatai une très légère amélioration : le pouls était moins fréquent et la langue moins sèche. La malade se déclarait légèrement mieux, mais trouvant sa respiration un peu haletante, j'examinai à nouveau l'appareil respiratoire, chose que j'avais faite cinq jours auparavant, et que j'avais répété précédemment à maintes reprises. Je constatai alors qu'au sommet gauche, en arrière et en avant, un foyer de congestion pulmonaire occupait presque tout le lobe supérieur.

En présence de cet état, je demandai à la famille de renvoyer à quarante-huit heures l'évacuation de l'utérus, ne

me souciant pas de faire une telle intervention au cours d'une inflammation du poumon, inflammation qui rendait dangereuse la chloroformisation, la malade ne voulant à aucun prix être délivrée sans le secours de l'anesthésie.

Je supprimai le sérum artificiel de peur d'exagérer cette poussée conjective du côté du poumon et je fis continuer purement et simplement les lavements alimentaires.

Le lendemain et les jours suivants les phénomènes gastriques allèrent en diminuant et, chose curieuse, au fur et à mesure que la lésion pulmonaire prend de l'extension, l'estomac se rétablit lentement mais progressivement chaque jour, au point de permettre à nouveau l'alimentation solide (œufs, viande crue pulpée) dix jours après le début des lésions pulmonaires; celle-ci d'ailleurs ne tarda pas à gagner le poumon droit et, prenant la forme de broncho-pneumonique (forme galopante des auteurs), enleva la malade trois mois après le début du premier foyer à gauche et huit jours après l'accouchement prématuré et spontané d'un enfant chétif et malingre qui s'est depuis bien développé.

Deuxième observation.— Sextipare, trente-sept ans, accouchements antérieurs normaux, allaitement pour chacun des cinq enfants. Travailleuse infatigable. Surmenage visible, indéniable. Bonne santé relative et rien en apparence dans le poumon.

Elle devient enceinte au mois de décembre 1900, mais ne me consulte qu'en mars 1901, après avoir vomi depuis le premier mois ainsi que dans les grossesses antérieures.

Cependant cette fois-ci, il lui semble que les vomissements sont plus abondants, plus fréquents et souvent alimentaires, alors que dans les grossesses antérieures elle ne vomissait, selon son expression, que des *billasses*. C'est à cause de cette anomalie qu'elle se décide à venir me voir.

Je la trouvai très affaiblie, amaigrie, et ne tolérant absolument rien. Elle se plaint de ne pas uriner. Elle est en outre très constipée. Appareils circulatoire et pulmonaire sains.

Je la renvoie chez elle, en recommandant à son mari de lui faire prendre le lit aussitôt et j'instituai le traitement que j'ai l'habitude de prescrire dans les vomissements graves de la grossesse, c'est-à-dire diète stomacale absolue, injections de sérum, grandes irrigations intestinales, glace sur l'épigastre et lavements alimentaires.

De douze à quinze jours après ce traitement, apparaît une très légère amélioration pendant laquelle je supprime le sérum et fais prendre par la voie stomacale du petit lait et du bouillon de poulet.

L'état général est meilleur. L'urine plus abondante. Pas de fièvre. Rien dans les autres organes.

Vers la fin de mars, je laissai la malade dans un état aussi satisfaisant que possible.

A la fin de la première semaine d'avril l'intolérance gastrique reprend de plus belle et se maintient, malgré tous mes efforts, jusqu'au 22.

A cette date, en présence de l'abondance des vomissements (9 à 1200 grammes par jour), de l'état général, de la fièvre et de l'oligurie malgré la diète des liquides, je songeai à évacuer l'utérus, la grossesse étant à son quatrième mois.

Un soir, la malade, absolument comme la précédente, fut prise de frissons, de dyspnée et fit une pneumonie du sommet droit et, chose remarquable à noter, ici aussi, au fur et à mesure que la pneumonie s'aggrave, les vomissements s'arrêtent.

En trois semaines cette pneumonie d'apparence bénigne était devenue une tuberculose à forme pneumonique, ainsi que le constata mon maître et ami le docteur Schnell que j'avais fait appeler en consultation et, deux mois après, la malade succombait à de la tuberculose pulmonaire généralisée, après avoir avorté spontanément au début du cinquième mois.

Dans ces deux cas, j'ai omis d'en parler plus haut, chaque fois, l'examen bactériologique décela la présence des bacilles de Koch dans les crachats.

II

Ainsi que l'on peut en juger par la lecture de ces deux observations, la similitude du début a été en quelque sorte identique chez l'une et l'autre malade. Toutes deux à l'occasion de leur grossesse ont eu des vomissements qui n'ont pas tardé à disparaître dès que les lésions pulmonaires ont commencé à se manifester, bien que, je me hâte de le déclarer, tout à fait au début de l'évolution de ces lésions, bien habile eût été celui qui aurait pu supposer qu'il s'agissait là de tuberculose pneumonique. Tout autorisait à admettre l'idée d'une complication pulmonaire intercurrente qui, survenant au cours d'un état gastrique des plus sérieux, menaçait la vie de ces deux malades, sans laisser supposer un seul instant qu'elle entraînerait leur mort dans le complexus bruyant de la tuberculose galopante.

L'on sait que la tuberculose agit de différentes manières sur l'estomac, tantôt elle y provoque des lésions manifestement tuberculeuses, tantôt de simples troubles fonctionnels.

L'infection tuberculeuse de l'estomac est très rare. Marfan (dans sa thèse, Paris 1887) a analysé la pluralité des observations publiées jusqu'alors. Parmi ces observations douze lui ont seulement paru indiscutables — il s'agissait de tuberculeuses avérées. Je ne crois pas, malgré l'absence d'autopsie, qu'il s'agisse chez mes deux malades de tuberculoses stomacales à forme ulcéreuse. Je pencherai plus volontiers vers l'hypothèse, très soutenable surtout chez la première de ces femmes, d'ulcère rond et de troubles purement fonctionnels, chez la deuxième, provoqués et exagérés par la grossesse.

Les relations de la tuberculose et l'ulcère rond sont assez connues, en général c'est toujours la première qui succède à l'ulcère; c'est ce qui est arrivé apparemment dans l'observation I. Il semble en pareil cas que l'envahissement de l'économie par le bacille ait lieu par l'ulcère, malgré l'opinion en général admise que le milieu acide de l'estomac empêche le développement du bacille de Koch. D'après Mathieu, il meurt un malade de tuberculose sur cinq atteints d'ulcère de l'estomac, et celui qui meurt est bien souvent celui chez lequel les antécédents personnels et héréditaires peuvent faire éloigner toute crainte de tuberculose, dont l'entrée se fait très certainement à la faveur de la solution de continuité de la muqueuse gastrique.

Si je penche volontiers vers l'ulcère rond chez la première malade, c'est que son âge, la chlorose, les troubles digestifs antérieurs, l'entérorragie et l'acuité des phénomènes douloureux m'y autorisent et je ne crois pas qu'il se soit agi là simplement de troubles digestifs initiaux des phtisiques, qui sont plutôt nerveux et procèdent en général, comme le faisait remarquer Peter, de l'anémie et de la lésion locale pulmonaire.

Il n'en est pas de même chez la deuxième malade; les antécédents sont là : grossesses multiples et rapprochées, allaitement et surmenage excessif, absence totale de troubles digestifs antérieurs, troubles qui n'ont apparu qu'à l'occasion de la grossesse et qui n'ont été aggravés que par elle. Ici, je crois réellement à des troubles fonctionnels *sine materia* comme dans les vomissements incoercibles de la

grossesse et la tuberculose est venue se greffer sur un terrain déjà débilité, auquel l'état gastrique avait enlevé toute résistance.

Je tiens à faire remarquer, ainsi que l'a déjà fait observer Marfan, dans ses travaux sur la tuberculose gastrique, que chez mes malades les troubles digestifs ont disparu à mesure que progressaient les lésions pulmonaires.

QUELQUES REMARQUES SUR LE PHTIRIUS INGUINALIS ET SUR LA PATHOGÉNIE DES TACHES BLEUES

Par M. Campos-Hugueney,
Médecin-major de deuxième classe.

Duguet commence son mémoire si original sur les taches bleues (*Gaz. des hôpit.*, 20 avril 1880) par une épigraphe qui semble demander l'indulgence pour les travaux de ce genre : « L'utilité des recherches fait surmonter au médecin bien des répugnances. » Certes, sur ce chapitre, le médecin ne doit pas être très délicat : par nécessité, par dévouement, par curiosité scientifique, il doit souvent se livrer à des besognes peu ragoûtantes. Les recherches sur le pou du pubis, sur les taches bleues, font-elles partie de ces dernières? En tous cas, depuis longtemps elles ont attiré vivement l'attention médicale ; faut-il citer, sans remonter plus haut que l'année 1841, les noms de Monneret, Béhier, Trousseau, Murchinson, Griésinger, Racle, Jaccoud? Tous ces auteurs ont daigné s'occuper des taches bleues, ils les ont décrites, dessinées même, diagnostiquées, pronostiquées. Seule la question de pathogénie demeura douteuse, obscure. En effet il fallut arriver à Moursou, chirurgien de marine, pour voir tirer, de l'ombre où il se cachait, l'insecte malfaisant, l'auteur de tout le mal (1877-1878). Après neuf années d'observations et d'études poursuivies sous toutes les latitudes, nous dit Duguet, sur plus de 250 cas de taches ombrées, Moursou conclut que, chaque fois qu'il a constaté ces taches, il a toujours en même temps sur les mêmes sujets, trouvé des poux du pubis et cela chez des malades atteints des affections les plus diverses, fièvre typhoïde, synoque, fièvres bilieuses, fièvre jaune, pleurésie, pneumonie, dysenterie, etc., comme chez les bien portants.

« Cette conclusion du mémoire de Moursou fut accueillie en maints endroits par des sourires et je ne répondrais point qu'elle n'en éveillât pas encore. » Duguet écrivait ceci en 1880 ; aujourd'hui, après les travaux du maître et de son élève Mallet, l'accord est fait sur les belles recherches de Moursou ; personne ne distingue plus, comme le faisait quand même Gubler, des taches bleues produites par l'insecte et des taches bleues propres à la fièvre typhoïde. Les bien portants comme les malades ont droit aux taches ombrées, malgré le travail de Gibier (1881) qui, sur 250 cas de phtiriase du pubis observés à l'hôpital du Midi, n'aurait pas eu la bonne chance de trouver la tache révélatrice. Le venin de l'insecte serait-il sans effet sur le sang des vénériens? Non, puisque Duguet était arrivé à croire tout d'abord que la tache bleue était l'apanage des malades atteints de chaude-pisse, de chancres.

Il restait à expliquer la pathogénie de la tache ; sur ce point les recherches si originales de Duguet firent toute la lumière désirable. « L'idée me vint, idée bizarre, j'en conviens, de tenter l'inoculation du venin de l'insecte sous l'épiderme, à la manière d'un vaccin. » Il recueille donc 25 poux, les broie, en fait une pâte qu'il étend de II gouttes d'eau et du tout fait sept piqûres sur la peau d'un malade malheureux, atteint « de blennorragie, de rhumatisme blennorragique, de six chancres *indurés* et de poux du pubis qui avaient déjà produit de belles taches bleues ». « Le lendemain, à la visite, les élèves du service constataient avec moi 7 taches bleues magnifiques, circulaires, larges de 1 centimètre et demi environ, légèrement déprimées, ne s'effaçant point sous la pression du doigt, en un mot 7 taches bleues classiques. » M. Coquiard, médecin de la marine, avait déjà fait une expérience rapportée dans le travail de Moursou, peut-être pas absolument démonstrative, mais assurément originale. « M. Coquiard, trouvant un jour un pou du pubis sur le ventre d'un malade, entoura ce pou d'un cercle de nitrate d'argent, et, vingt-quatre heures après, le pou avait disparu, laissant comme trace de son passage une tache ombrée très nette. »

Duguet et son élève Mallet poussèrent plus loin leurs recherches et purent localiser dans la partie du thorax, qui correspond à la deuxième paire de pattes, l'organe producteur de la tache.

Mallet fit de curieuses expériences qui paraîtront peut-être délicates et difficiles ; il divisa le phtirius en plusieurs tronçons, de manière à localiser dans l'un d'eux les glandes salivaires, il l'introduisit sous l'épiderme et obtint des taches bleues ; avec les autres tronçons, résultat nul. Pouvait-on aller plus loin dans la voie expérimentale? Cela semble difficile, à moins d'isoler les glandes salivaires elles-mêmes et de les injecter seules dans le derme. Cette expérience exige évidemment une légèreté de main et une connaissance parfaite de l'anatomie du phtirius, qui ne sont point à la portée de tout le monde.

Aussi nous est-il venu l'idée, idée peut-être bizarre, de demander à l'insecte de vouloir bien produire lui-même sous nos yeux la tache révélatrice de son passage.

Au lieu de l'entourer d'une barrière virtuelle, du cercle de nitrate d'argent de M. Coquiard, nous l'avons séquestré sous un petit verre de montre. Faut-il décrire le dispositif de cette expérience presque enfantine? On choisit un sujet porteur de poux du pubis, sensible à leur venin, c'est-à-dire présentant déjà des taches bleues, et, sur la peau du grand pectoral, on dépose une ou deux bestioles en bonne place, sur un point net de toute rougeur, vierge de toute coloration ; on applique un petit verre de montre suffisamment bombé sur les insectes qui se trouvent ainsi clos dans une chambre spacieuse et bien éclairée. Le difficile est de faire tenir le verre de montre ; on y arrive au moyen de bandelettes de baudruche blanche enduite de collodion et, si on a eu le soin de ne pas les appliquer sur le centre de verre, on peut suivre les évolutions des petites bêtes. Ceci étant disposé, voici ce qu'on observe.

Le phtirius ne tarde pas à se fixer sur la peau. Au bout de trois, quatre heures, la surface de peau circonscrite par le verre de montre est partiellement couverte de petites granulations et d'une poussière rougeâtres, faites de sang digéré, ayant perdu ses globules. Enfin, au bout de dix, douze heures, la tache bleue apparaît nettement à la place occupée par l'insecte. Chez un jeune homme, d'ailleurs bien portant, à peau lymphatique, infectée de morpions et tatouée d'au moins deux cents macules bleues, nous avons obtenu à deux reprises, sous le verre de montre et rien que sous lui, deux taches bleues classiques. Par contre, sur un sujet également infecté de morpions, mais réfractaire aux taches, nous n'avons rien obtenu. De plus, sur ce même sujet réfractaire, les démangeaisons furent très vives, alors qu'elles

furent insignifiantes chez le premier sujet si richement tatoué. Enfin, dernière constatation, la poussière rougeâtre que dépose le phtirius sous le verre est plus ou moins abondante suivant la prédisposition : sur le sujet sans taches, très peu de poussière rouge; sur le sujet très ombré, poussière abondante. Les taches bleues ainsi formées mirent dix, douze jours à disparaître.

Ces observations ne seraient pas inutiles, si elles permettaient d'expliquer la prédisposition tout individuelle à la tache bleue. La piqûre de l'insecte cause des démangeaisons et par la blessure fine du corps papillaire de la peau et par le venin salivaire qu'elle y introduit. Sur le sujet présentant des taches ombrées, nous constatons des démangeaisons à peu près nulles et une poussière de sang abondante. Que peut-on conclure? Que le venin salivaire en contact avec le sang a été neutralisé, d'où absence de prurit; d'où décomposition du sang et formation de la tache. Au contraire, chez le sujet réfractaire aux taches, mais par contre très sensible à la piqûre, nous observons une poussière de sang peu abondante. Conclusion : le sang ne convient nullement à l'insecte; le venin salivaire n'étant pas neutralisé, pas de décomposition de l'hémoglobine, pas de taches, mais production d'un vif prurit.

En résumé, de ces quelques observations très simples, qui n'exigent point de manipulations délicates, répugnantes même, s'il faut en croire Duguet, il ressort que la tache bleue est bien produite par la piqûre de l'insecte ; et que la prédisposition à la tache découle forcément de la présence d'un venin qui ne peut être que salivaire, auquel l'économie est sensible ou non : en cas de prédisposition : réaction du venin sur le sang, formation de la tache ; en cas de non-prédiposition : absence de réaction, absence de tache.

Les hypothèses, d'ailleurs, n'ont pas manqué pour expliquer la nature de la tache bleue : introduction d'un venin, produisant un trouble circulatoire local, passager, stupéfiant, dit Duguet, le derme et les capillaires. Cette vertu stupéfiante est invoquée pour expliquer la dépression de la tache. Introduction sous l'épiderme d'une matière colorante (Moursou). L'hypothèse d'une substance colorante est difficilement soutenable, Landois, qui a décrit les glandes salivaires si développées du phtirius, ne signale pas de matière colorante dans ces organes.

Il est plus probable que le venin du pou du pubis exerce une réaction sur l'hémoglobine du sang, qui est décomposée ; ou bien que le venin incolore, au contact du sang, prend une coloration bleuâtre, réaction analogue à celle de la teinture de gayac, qui bleuit en présence du sang ozonisé. Nous avons essayé de faire agir sur du sang une liqueur provenant de l'écrasement de plusieurs insectes, nous n'avons rien obtenu. Evidemment il vaudrait mieux la mettre en présence d'une solution d'hémoglobine humaine.

La longue durée de la tache bleue qui met huit, dix jours à disparaître, sans passer par les colorations successives de l'ecchymose, semblerait en faveur d'un venin incolore décomposé par le sang ; d'autre part, l'avidité du phthirius pour le sang, la confluence parfois si grande des taches bleues feraient plutôt croire qu'une petite quantité de venin peut décomposer une plus grande quantité de sang. Une réaction chimique *in vitro* permettrait peut-être de résoudre la question.

L'heure est d'ailleurs propice aux recherches de ce genre : le rôle attribué aux parasites, aux moustiques en particulier, dans l'étiologie du paludisme, n'est-il pas considérable? Pourquoi le pou du pubis, qui jusqu'ici n'a excité que des rires faciles, ne serait-il pas un disséminateur et même un inoculateur de microbes pathogènes variés, quand on songe à son ubiquité, à la fréquence de ses atteintes, à son avidité pour le sang? Tous ces parasites de l'homme, véritables vampires en miniature, diptères variés, moustiques, mouches hominivores, tsetsé, mouches charbonneuses, stomoxes et simulies, puces, chiques, enfin toute la classe des anoploures, les pouils, s'il faut les appeler par leur vieux nom français, pouils de tête, de corps, du pubis... ; tous ces petits suceurs de sang sont loin d'être quantité négligeable. Nous oublions la plate punaise qui, non contente de propager l'insomnie, nous inoculerait encore le mal tuberculeux. Le rôle des pediculi dans les maladies des enfants est considérable : on connaît le respect féroce que certains parents ont pour l'horrible bonnet de crasse et de poux qui s'étalent sur le crâne de ces pauvres petits êtres, bonnet qui doit les préserver des maladies d'yeux et qui leur donne en attendant la teigne et l'albuminurie, comme nous le démontre M. le docteur Boyer (Thèse de Lyon, 1883). Un médecin anglais, Jemieson, nous révèle encore deux cas de fièvre, paraissant spontanée, en réalité causée par de vulgaires pediculi. La mélanodermie phtiriasique, loin d'être provoquée par le grattage, serait due à une substance toxique introduite par la piqûre du pou de corps (Boudon, Thèse de Bordeaux, 1892).

Conclusion. — Méfions-nous plus que jamais de la vermine, quelle qu'elle soit : elle pique toujours, elle tue quelquefois, peut être plus souvent qu'on ne le croit. Etudions-la sans trop de répugnance, nous aurons la satisfaction de l'écraser avec un plaisir toujours aussi nouveau et avec des convictions scientifiques, ce qui ne gâte jamais rien.

INDICATION ET JURISPRUDENCE CONCERNANT LE DROIT DE SACRIFIER LE FŒTUS

La Société médicale de Berlin (*Berliner medicinische Gesselschaft*) vient de discuter sur un rapport de Kossmann la question de droit qui a trait aux interventions sur le fœtus vivant; cette question est d'un intérêt assez général pour que nous ayons jugé utile de donner ici le résumé assez détaillé de ce rapport et de la discussion qui suivit, il pourra intéresser ceux qui ont eu connaissance des débats récents qui ont eu lieu, sur le même sujet, à la dernière session de la Société obstétricale de France (avril 1902).

Dans son exposé, Kossmann a tout d'abord fait un historique de la question, rappelant que, dans l'antiquité, le droit de sacrifier le fœtus résultait de la « patria potestas » et, de fait, du temps d'Hippocrate, l'usage en existait; le droit romain retira ce droit sous l'influence du christianisme qui attribuait au fœtus une âme distincte de celle de la mère; plus tard, les bulles des papes Sixte V et Grégoire XIV assimilèrent l'avortemeut à un véritable meurtre. La découverte de la version pratiquée par Ambroise Paré au XVIe siècle, l'opération césarienne (Rousset), la découverte du forceps, la pratique de l'accouchement provoqué (1796), de la symphyséotomie, la découverte des bruits du cœur de l'enfant dans le sein de sa mère (1821), rendirent les médecins de moins en moins disposés à sacrifier le fœtus.

En droit, l'Église catholique, dit Kossmann, défend formellement toute tentative de destruction chirurgicale du fœtus ainsi que l'avortement provoqué, même quand on le considère comme l'unique moyen de sauver la mère.

Le droit allemand (*comme le nôtre du reste*) défend, sous

peine de travaux forcés ou de prison, l'avortement ou la mort du fœtus, sans faire mention de disposition particulière pour les médecins, si bien, dit Kossmann, que l'incertitude où ils sont de leur droit, subsiste pour eux, malgré l'avis des commentateurs qui seraient d'avis d'interpréter le silence du code en leur faveur.

Au point de vue moral, le rapporteur pose d'abord comme principe que l'avortement artificiel ne peut être pratiqué que si le médecin est persuadé que la vie de l'enfant ne peut être sauvée, en prolongeant la grossesse et que la mère est condamnée à mourir. si on la prolonge; c'est une question à se poser dans chaque cas particulier et pour la solution de laquelle Kossmann conseille de se joindre à deux collègues et de dresser procès-verbal en commun.

Plus délicate est la question de sacrifice de l'enfant pendant l'accouchement; ici la question se pose de savoir si l'on doit sacrifier l'enfant pour sauver la mère ou diminuer les dangers quelle court. Doit-on pratiquer l'embryotomie ou l'opération césarienne? Kossmann prenant comme bases d'appréciation les statistiques qui attribuent une mortalité pour la mère de 6 à 7 p. 100 dans l'embryotomie, de 10 p. 100 par l'opération césarienne (différence que la statistique de l'hôpital de Hopkin réduit à 0,12 p.100, 2,88 au lieu de 3 p. 100) conclut en faveur de cette dernière.

Dans la discussion qui suivit, plusieurs membres de la Société, notamment Dührssen, Czempin, Bruno Wolff, firent remarquer que l'opération césarienne était beaucoup plus fréquemment suivie de mort, dans la pratique privée, que ne l'indiquaient les chiffres invoqués par Kossmann. Celui-ci termine la discussion en déclarant que les chiffres cités par lui, mettant en relief les risques comparés de l'embryotomie (6 p. 100 de mortalité) et de l'opération césarienne (10 p. 100), sont fournis par une statistique de Zweifel; il réclame, en terminant, et plusieurs membres de la Société s'associent à ce vœu, des modifications à la loi allemande touchant les devoirs et les droits particuliers du médecin dans les interventions obstétricales.

Il est bon de faire remarquer, à ce propos, que, devant un tribunal, un médecin n'aurait pas de peine à faire la preuve de ses intentions thérapeutiques et, par conséquent, à se disculper, sans qu'il soit besoin de spécifier spécialement son cas dans la loi, surtout s'il avait eu soin de prendre l'avis de deux collègues, comme le conseille, à bon droit, Kossmann.

Quant aux lois de l'Église que rappelle Kossmann, celles du XVIe siècle ne paraissent viser que l'infanticide; quant aux décisions plus récentes, elles se bornent, croyons-nous, à divers avis de la Congrégation du Saint-Office, qui ne sont pas des prohibitions catégoriques. C'est ainsi qu'en 1884, par exemple, consultée sur la question de savoir si l'on pouvait, en sûreté de doctrine, enseigner dans les écoles catholiques qu'il est permis de pratiquer la craniotomie lorsque, faute de cette opération, la mère et l'enfant périront tous deux, tandis qu'au contraire cette opération, en faisant périr l'enfant, sauverait la mère, la Congrégation, sans prohiber directement l'opération, se borna à dire que « la licéité de cette opération ne peut être enseignée avec certitude » [*tuto doceri non posse* (1)].

P. VIOLLET.

(1) Je reproduis les termes mêmes de l'avis tels qu'ils ont été publiés dans les *Archiv für kath. Kirchenrecht* (1885, p. 346), et l'exposé de la question tel que le donne, dans un article récemment publié, un ancien élève de la Faculté catholique de Lille, M. Thoyer-Rozat, dont la compétence obstétricale rend l'avis doublement intéressant en pareille matière. L'article est intitulé : « L'obstétrique et la morale chrétienne ; » il a paru dans le numéro de la *Presse médicale* du 21 mai 1902, j'invite le lecteur à s'y reporter pour plus de détails.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(23 MAI 1902)

Séance très chargée. Communications multiples et intéressantes.

Les bons effets obtenus par l'évacuation des liquides dans le cas de **tuberculose des séreuses** et le contact de l'air extérieur, lorsqu'il s'agit de tuberculose péritonéale, ont conduit les auteurs à chercher, par l'introduction de gaz de diverse nature dans les cavités séreuses, la guérison ou tout au moins l'atténuation de l'infection tuberculeuse. C'est dans cette pensée que le professeur Ayerza (de Buenos-Ayres) a systématiquement traité les pleurésies séreuses tuberculeuses aiguës ou chroniques, par la ponction suivie d'injection intra-pleurale d'oxygène. C'est d'après ces idées que MM. Vaquez et Quiserne proposent une méthode, dérivée en somme directement de celle du professeur Potain, et dont les indications et le but sont très restreints. Cette méthode consiste à provoquer la formation d'un pneumothorax artificiel capable de s'opposer à la reproduction incessante du liquide, telle qu'on la voit au cours de certaines pleurésies chroniques. La guérison obtenue dans ce cas, et dont les auteurs rapportent quelques exemples, relève d'un processus purement mécanique et cette considération les a conduits à des données extrêmement utiles sur la composition des gaz à injecter, en ce sens qu'il faut dans leur choix tenir compte de leur plus ou moins grande facilité à être résorbés plutôt que sur leur action antiseptique ou supposée telle.

M. Apert rapporte une observation de **tachycardie paroxystique, accompagnée d'insuffisance aortique, avec altération du nerf pneumogastrique.** Un homme, jusque-là bien portant et bien constitué, est frappé de trois crises de rhumatisme articulaire aigu en 1887, 1889 et 1890; à la suite de ces crises, endocardite localisée sur la valvule aortique, vraisemblablement parce que celle-ci, congénitalement mal fermée et réduite à deux valves, offrait un terrain plus propice; puis adénite et périadénite d'un ganglion lymphatique cardiaque, transformation fibroïde de ce ganglion et du tissu conjonctif voisin, englobement dans ce nodule fibreux des fibres les plus antérieures du tissu du pneumogastrique gauche, au niveau où ce nerf, quittant la face antérieure et gauche de la crosse aortique, contourne la face postérieure du pédicule pulmonaire. Or, à côté de cette observation, l'auteur en rappelle trois autres, où la modalité clinique fut la même. Dans tous ces cas, la tachycardie se présentait avec tous les caractères de la tachycardie paroxystique de Bouveret : apparition brusque, d'emblée excessive, durée variable, disparition aussi rapide que la venue. Symptomatologiquement, c'est la tachycardie paroxystique de Bouveret; mais dans les cas de Bouveret avec autopsie, aucune lésion causale n'a été trouvée, tandis que, dans les cas rapportés par M. Apert, on rencontra une lésion du pneumogastrique. Il semble donc, qu'à côté de la tachycardie paroxystique essentielle, pure névrose du pneumogastrique, il faille placer une tachycardie paroxystique symptomatique d'une lésion du pneumogastrique.

M. Souques étudie un **syndrome oculo-pupillaire dans les tuberculoses du sommet du poumon** : il a observé chez trois malades des troubles oculo-pupillaires consistant en myosis, diminution de la fente palpébrale et petitesse avec rétraction du globe oculaire. Ces trois malades étaient uni-

quement atteints de tuberculose pulmonaire, laquelle doit être considérée comme la raison unique de ces troubles oculaires. On peut interpréter la pathogénie de ces phénomènes en envisageant les rapports anatomiques que le cul-de-sac supérieur de la plèvre présente avec le premier ganglion thoracique et avec son ou ses rameaux communicants. Ces rapports sont immédiats. Or, c'est par les rameaux communicants du premier nerf dorsal que passent les filets irido-dilatateurs du sympathique. L'expérimentation et l'observation clinique ont démontré que la destruction de ces filets est nécessaire et suffisante pour produire les troubles oculo-pupillaires ci-dessus mentionnés. Les filets vaso-moteurs du sympathique cervical naissent des troisième, quatrième, cinquième et sixième nerfs dorsaux. On conçoit que les filets irido-dilatateurs et les filets vaso-moteurs puissent être intéressés isolément, étant donné leur origine différente. C'est ce qui se passe ici, où les filets irido-dilatateurs sont seuls détruits et où les troubles vaso-moteurs de la face doivent faire, et font en réalité, défaut.

M. Dalché présente un malade qu'il a montré antérieurement (7 janvier 1901), chez lequel une **dystrophie orchidienne (pseudo-myxœdème-syphilitique)** a été très améliorée, sinon guérie, par les préparations d'orchidine.

M. Merklen rapporte le cas d'une jeune femme âgée de vingt-neuf ans, prise, il y a environ un an, après une extirpation du col de l'utérus, d'asphyxie locale des extrémités, de crises de palpitations avec arythmie, de prurit suivi de plaques mélanodermiques du cou, des épaules et du ventre, et d'un état de profonde asthénie. Cette **névrose vaso-motrice** peut, sans doute, être mise sur le compte de l'intervention opératoire gynécologique.

M. Dufour présente une malade de quarante-deux ans, atteinte d'**érythème circiné avec tendance progressive**, récidivant *in situ* aux époques menstruelles. La malade est, en outre, une névropathe avérée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 2 AU 7 JUIN 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 2 JUIN, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Lannelongue, Reclus et Sébileau ; — (2e série) : MM. Terrier, Delens et M. Broca (Aug.) ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Gaucher et Legueu ; — M. Bezançon, suppléant.

MARDI 3 JUIN, à une heure. — 4e, *Salle Vulpian* (1re série) : MM. Brouardel, Ménétrier et Richaud ; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Proust, Gilbert et Thoinot ; — M. Renon, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Pozzi et Marion ; — (2e partie, 1re série) : MM. Cornil, Thiroloix et Jeanselme ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, G. Ballet et Gouget ; — M. Thiéry, suppléant.

MERCREDI 4 JUIN, à une heure. — 4e : MM. Pouchet, Wurtz et Bezançon ; — M. Broca (André), suppléant.

JEUDI 5 JUIN, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Vulpian* : MM. Budin, Poirier et Demelin.

4e, *Salle Velpeau* (1re série) : MM. Proust, Charrin et Chassevant ; — *Salle Béclard* (2e série) : MM. Pouchet, Achard et Thoinot ; — *Salle Richet* (3e série) : MM. Gilbert, Langlois et Richaud ; — M. Wurtz, suppléant.

VENDREDI 6 JUIN, à une heure. — 4e, *Salle Richet* : MM. Pouchet, Thoinot et Teissier ; — M. Retterer, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* : MM. Lannelongue, Reclus et Gosset ; — (2e partie) : MM. Hayem, Widal et Legry ; — M. Mauclaire, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Gley, suppléant.

SAMEDI 7 JUIN, à une heure. — 4e, *Salle Charcot* (1re série) : MM. Pouchet, Vaquez et Gouget ; — (2e série) : MM. Gilbert, G. Ballet et Desgrez ; — M. Retterer, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Méry, Charrin et Launois ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Achard et Thiroloix ; — M. Rémy, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin ; — M. Rieffel, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Avis. — Notre prochain numéro sera entièrement consacré au Centenaire de l'Internat des hôpitaux de Paris.

Souscription du corps médical en faveur des étudiants en médecine, orphelins, confrères, survivants de la catastrophe de la Martinique. — Sur l'initiative de l'Association de la presse médicale française, une souscription est ouverte dans tous les journaux de médecine français.

Les souscriptions peuvent être adressées soit au bureau du journal, soit au trésorier de l'Association de la presse médicale française, 93, boulevard Saint-Germain. Les sommes recueillies seront versées ultérieurement au comité spécial présidé par notre excellent confrère, le docteur Pichevin, de la Martinique.

Hôpitaux de Paris. — L'Administration a à pourvoir aux deux places d'assistant suppléant de consultation de médecine, à l'hôpital Saint-Louis.

Conformément au règlement, ces assistants doivent être choisis parmi les docteurs en médecine ayant fait quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris ; ils sont nommés par le directeur de l'Assistance publique sur une liste de présentation de trois candidats établie par les médecins de l'hôpital Saint-Louis.

MM. les docteurs en médecine réunissant les conditions sus-énoncées qui désireraient poser leur candidature en vue des places d'assistant suppléant de consultation de médecine à l'hôpital Saint-Louis, sont invités à faire leur demande dans le plus bref délai possible, en l'appuyant des titres qu'ils pourraient avoir à produire.

Ces demandes seront reçues jusqu'au 10 juin prochain. Elles devront être adressées à M. le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Une indemnité, calculée à raison de 10 francs par séance, est attribuée aux assistants de consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Hôpital Saint-Joseph. — Un concours pour 5 places d'interne titulaire et plusieurs places d'interne provisoire s'ouvrira à l'hôpital Saint-Joseph, le lundi 30 juin prochain.

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans : ils reçoivent un traitement de 600 francs et une indemnité de logement de 500 francs.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser ou écrire avant le 15 juin à M. l'administrateur délégué de l'hôpital, 7, rue Pierre-Larousse, Paris, XIVe arrondissement.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Baudron, accoucheur des hôpitaux ; Polaillon, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, professeur agrégé, membre de l'Académie de médecine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 60. — SAMEDI 31 MAI 1902 75e ANNÉE. SAMEDI 31 MAI 1902. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Notre numéro du Centenaire de l'Internat à peine paru est accueilli avec une véritable faveur. C'est un succès dont nous pouvons être fiers. Nous sommes heureux d'en reporter une part sur notre excellent confrère le Monde illustré *qui nous a si aimablement donné le droit de reproduction de ses beaux clichés des salles de garde.*

Guerre. — Les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été promus et désignés pour les postes ci-après :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Hornus, maintenu à l'hôpital militaire de Bourges.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Chêne, désigné pour le 7e d'infanterie; — Vincent, désigné pour le 5e du génie; — Barreau, maintenu au 136e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Delahaye, désigné pour le 4e de tirailleurs algériens; — Vigné, maintenu au 105e d'infanterie; — Job, désigné pour la direction du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après pour le dévouement dont elles ont fait preuve pour assurer l'application des mesures exceptionnelles de prophylaxie motivées par la présence de navires infectés de peste au lazaret du Frioul, du mois de juillet au mois de décembre 1901 :

Médaille d'or. — MM. les docteurs Gillet et Galetti.

Médaille de vermeil. — M. Pellissier, interne des hôpitaux.

Médaille de bronze. — M. le docteur Martin et M. Raybaud, interne des hôpitaux.

Congrès international de médecine de Paris. — On sait que le XIVme Congrès international de médecine se tiendra à Madrid du 23 au 30 avril 1903.

Dans le but d'assurer et de faciliter la participation des médecins français à ce Congrès, une assemblée composée des délégués des Sociétés savantes et des Facultés de médecine françaises, a eu lieu le 5 mai à la Faculté de médecine.

Cette assemblée, après avoir désigné un certain nombre de rapporteurs scientifiques, a nommé un comité exécutif, dont le professeur Brouardel a accepté la présidence.

Ce comité exécutif s'occupera de toutes les questions concernant l'organisation du Congrès. Il servira d'intermédiaire entre le comité espagnol du Congrès international et les médecins français qui se rendront à Madrid.

Ceux de nos compatriotes qui ont l'intention d'assister au Congrès de Madrid sont priés d'envoyer, dès maintenant, leur adhésion au docteur Richardière, secrétaire général du comité exécutif, et aussi de lui envoyer les titres des communications qu'ils peuvent avoir l'intention de faire.

Le prix de la cotisation est fixé à 30 pesetas. Il sera versé, à Madrid, entre les mains du trésorier du Congrès de médecine.

Facultés de médecine. — *Montpellier.* — MM. Léon Imbert et Jeanbrau, agrégés, ont commencé un cours libre et payant de chirurgie expérimentale (1).

Le programme comporte des opérations sur le cadavre et sur les animaux.

1° Opérations sur le cadavre : A. Sutures cutanées; sutures des tendons. B. Sutures osseuses; pleurotomie et résections costales. C. Cystoscopie. D. Manœuvres de la lithotritie.

2° Opérations sur les animaux : A. Taille hypogastrique; sutures vésicales. B. Hémostase rénale : *a.* Sutures du rein; *b.* Ligature du pédicule. C. Sutures intestinales. D. Anus contre nature. E. Trépanation. F. Hémostase hépatique. G. Trachéotomie.

Le cours a lieu tous les jours et dure deux semaines environ.

Le nombre des élèves est limité pour chaque série; chaque élève pratique lui-même l'opération enseignée.

La rétribution demandée à chaque élève est fixée à 10 fr.; elle est destinée uniquement à couvrir les frais du cours.

Société médico-psychologique. — Le 26 mai, la Société médico-psychologique de Paris a célébré brillamment son *cinquantenaire.*

Un discours a été prononcé par notre éminent confrère, le docteur Motet, qui préside avec tant d'autorité la société, puis M. Arnaud a lu un rapport sur le prix Aubanel, enfin, M. A. Ritti, secrétaire général, a fait l'historique des travaux de la Société médico-phsychologique.

Le soir un banquet a réuni tous les membres de la Société au restaurant Marguery.

Conférence d'externat. — MM. Roussy-Bourguignon, Ferry et Français (Raymond), internes des hôpitaux, commenceront une conférence publique d'externat, le samedi 31 mai à deux heures, dans la salle de consultation de médecine de l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

Le programme comprendra douze conférences qui seront suivies d'une révision.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jules-Philippe-Joseph Falret, médecin honoraire de la Salpêtrière, ancien président de la Société médico-psychologique de Paris et de la Société de médecine légale de France.

(1) Ce cours a déjà été fait l'année dernière; il a été suivi par trois séries d'élèves différents.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

M. Landolt. Introduction à l'étude des troubles digestifs liés aux maladies du nez et du rhino-pharynx. — M. Barret. La maladie de Basedow dans l'enfance. — M. Moichau-Beauchant. Etude thérapeutique de la lécithine. — M. de la Colombe de la Volpilière. De la dégénérescence épithéliale secondaire de l'utérus. — M. Guibert. Etat sanitaire de la ville de Saint-Brieuc (1595-1901). — M. Fiocre. Contribution à l'étude de l'éléphantiasis nostras (variété lymphangiectasique). — M. Dabout. Des formes méningitiques de la fièvre typhoïde. — M. Fleury. Scoliose génitale. — M. Dejault. Contribution à l'étude des complications septiques des calculs salivaires du plancher de la bouche.

REVUE GÉNÉRALE

Les traitements de la lèpre.

Par M. Marcel Sée,
Ancien interne des hôpitaux, assistant suppléant de consultation à l'hôpital Saint-Louis.

Il est des maladies, vis-à-vis desquelles la thérapeutique est toute-puissante, dont le pronostic change du tout au tout lorsque peut être appliqué à temps un traitement convenable. La lèpre n'est pas de celles-là : en dépit du médecin, en dépit des médications, elle poursuit sa marche inexorable. Sans doute, lente et discontinue, cette marche subit des arrêts, capables de se prolonger durant des mois, des années même; mais si long que soit le répit, il n'en doit pas imposer pour une guérison; et d'autre part, le traitement le mieux conduit n'en retarde guère plus la fin, qu'il n'en détermine le début. Tôt au tard, le mal repart en avant : ainsi, par une suite de paroxysmes capricieux, que l'on ne peut ni prévoir, ni prévenir, il va aboutir à la terminaison fatale. A un moment donné, les poussées se précipitent et deviennent subintrantes. Chez le léonin, les tubercules se multiplient, tant sur la peau que sur les muqueuses et dans les viscères. De leur fonte rapide résultent des plaies sanieuses, des délabrements étendus. Enfin, miné par la fièvre, par les troubles digestifs, le patient succombe dans le marasme, s'il n'est devenu auparavant la proie de la tuberculose; parfois il est enlevé plus tôt encore, par une affection aiguë, ou par quelque accident brusque, comme une crise de suffocation laryngée. Le mieux qui puisse lui arriver, c'est que sa maladie passe à la forme anesthésique; ce n'est pas une guérison, comme l'a soutenu Hansen, c'est du moins une prolongation. Ici, l'évolution est encore plus lente, à moins qu'une complication ne vienne l'abréger, pneumonie ou autre; la tuberculose est exceptionnelle. Mais c'est encore à la cachexie que le processus aboutit : l'anesthésie lépreuse ne va pas sans s'accompagner de troubles trophiques qui, de plus en plus graves, amènent à la longue d'affreuses mutilations des extrémités, des ulcères torpides, des suppurations interminables. Finalement le malade meurt épuisé, achevé souvent par une diarrhée colliquative, ou par l'albuminurie et ses complications.

Et pourtant, on ne peut affirmer d'une façon absolue que la lèpre ne guérisse jamais. Que penser en effet, lorsque l'on voit ses trêves s'éterniser des années et des années; lorsque le malade, parvenu ainsi à un âge avancé, n'est enlevé que par une cause où n'entre pour rien l'affection primitive? Danielssen, si l'on en croit Leloir (1), aurait observé quelques cas de lèpre tuberculeuse guérie par ramollissement et ulcération des tubercules, sans passage à la forme anesthésique : dans l'un, la guérison se serait maintenue pendant vingt ans, dans un autre pendant trente. Kaurin (de Molde) a vu deux fois la lèpre tuberculeuse rétrocéder définitivement : une fois, il s'agissait d'un enfant de cinq ans, fils de lépreuse, qui eut une poussée très discrète de tubercules; ceux-ci disparus, il ne survint plus aucun accident, et douze ans après la santé restait parfaite. L'autre observation est celle d'un homme âgé, atteint de lésions mixtes, atrophies musculaires et infiltrations. Celles-ci, en 1880, avaient déjà disparu depuis plusieurs années et la santé du sujet était florissante; elle le resta jusqu'à sa mort, déterminée en 1884 par une hémiplégie : il avait alors quatre-vingt-quinze ans. L'autopsie permit de constater l'absence de toute lésion nodulaire. Jeanselme (2) a publié dernièrement un fait étudié par lui dans le service d'Hallopeau, et concernant un jeune métis de Haïti que ces auteurs purent suivre pendant cinq ans. Agé de quinze ans lorsqu'il vint en France, en 1890, ce garçon était lépreux depuis deux ans; il était porteur de macules où un examen biopsique permit de constater la présence de bacilles. En 1892, il ne présentait que des signes de lèpre nerveuse (taches achromiques, griffe cubitale droite avec gonflement du nerf, maux perforants, anesthésie étendue, etc.). L'année suivante survint une poussée mixte d'une extrême violence (orchite lépreuse avec léprome en nappe du scrotum, rhinite, conjonctivite et iritis), qui aggrava considérablement les premiers troubles. Puis il se fit une rémission remarquable : pendant quatre ans, il ne se produisit plus aucun accident. En 1897, le malade mourut d'une tuberculose rapide, vérifiée par l'étude microscopique et l'inoculation. A l'autopsie, les poumons seuls montraient des lésions caséeuses, et l'examen microscopique prouva qu'elles relevaient exclusivement de la tuberculose. Dans les autres organes, et la plupart furent soumis à une investigation minutieuse (peau, muqueuses, ganglions, viscères, système nerveux central et périphérique), on ne put déceler que des lésions de sclérose vasculaire et interstitielle : nulle part il ne se trouva ni bacilles, ni cellules de Virchow.

Ce fait, il faut bien le dire, ne plaide guère en faveur de l'efficacité du traitement, car le malade y était soumis lorsque éclata la poussée. En revanche il démontre que le bacille spécifique peut disparaître complètement de l'organisme, après y avoir exercé de nombreux ravages; c'est-à-dire, en somme, que la lèpre, même grave, peut guérir. Le pronostic général de cette terrible maladie se trouve encore plus profondément modifié pour peu que l'on admette les idées émises par Arning (1) et par Ehlers (2). Ces auteurs croient qu'à côté des formes graves de la lèpre, il en existe de bénignes, où elle se réduit à un ou deux symptômes, analgésie ou amyotrophie limitée, névralgie, taches en petit nombre, ulcération rebelle, persistant sans aggravation pendant un temps illimité. Ces formes abortives seraient susceptibles de guérison; il en serait donc de la lèpre comme de la tuberculose qui, mieux connue, a cessé d'être la maladie inexorable qu'on y voyait jadis. Or, dans certains faits plus ou moins probants, on a pu faire honneur à un traitement énergique de l'arrêt constaté dans les accidents. Arning, Marcano et Wurtz croient avoir jugulé le mal en excisant une tache unique, Zambaco en détruisant par le fer rouge des lépromes peu nombreux.

Il ne faut donc pas mépriser *a priori* toute intervention thérapeutique. Même dans les formes vulgaires, dans celles où l'on ne peut guère prétendre à une guérison absolue, on peut du moins s'en approcher de très près, et rendre aux malades des services considérables. Les mettre à l'abri de complications graves, calmer leurs souffrances, prolonger leur vie et la leur rendre supportable, sont-ce là des bénéfices que l'on soit en droit de leur refuser? A la conférence de Berlin, où nombre de membres éminents avaient manifesté à l'égard de la thérapeutique anti-lépreuse un scepticisme exagéré, Besnier (3) s'est élevé vivement contre leurs assertions; moulages et photographies en main, il a montré ce que lui-même avait su obtenir chez un de ses malades, par une médication simple mais poursuivie avec persévérance. Ajoutons que, si l'on peut déjà beaucoup dans le présent, toutes les espérances sont permises pour l'avenir, grâce aux nouvelles méthodes dont les laboratoires ont enrichi la médecine.

I

En tête des moyens à opposer à la lèpre, se placent ceux qui relèvent de la simple *hygiène*. Ce sont les moins discutés, et de fait leur influence est indéniable; si banaux qu'ils puissent paraître, ils déterminent à eux seuls dans l'état des malades des changements surprenants.

C'est un fait bien connu que les lépreux qui quittent les foyers d'infection pour venir dans nos pays, bénéficient presque tous d'une amélioration frappante. Le climat y est-il pour quelque chose? N'est-ce pas plutôt l'absence de réinfections constantes, ou simplement le nouveau genre de vie auquel sont soumis les sujets? Quoi qu'il en soit, il y a là une indication précieuse. Lorsqu'ils le pourront, les malades feront bien de s'éloigner des pays contaminés. Les

(1) Leloir. *Traité théorique et pratique de la lèpre*, Paris, 1886.
(2) Jeanselme. *Presse méd.*, 15 déc. 1900.

(1) Arning. *Appendix to the report...*, Honolulu, 1886.
(2) Ehlers. *Soc. franç. de dermat.*, 9 avril 1896; — Eichmüller. Th. de Paris, 1896.
(3) Besnier. *Mittheil. un Verhandl. der internat. wissentschaft. Lepra-Conf.*, t. 11, p. 147.

grands voyages, sur mer notamment, leur sont du reste favorables. Ils choisiront pour s'établir un lieu salubre et tempéré, une atmosphère sèche et pure, à la campagne de préférence; une vie régulière, au grand air, un exercice modéré, une propreté méticuleuse, une nourriture saine et réconfortante, sans être trop animalisée, feront pour eux plus que la plupart des médicaments. Babes (1) rapproche ce traitement de celui de la scrofule. Peut-être est-ce le lieu de rappeler que les lépreux, du moins ceux qui sont atteints de la forme néoplasique, semblent prédisposés à la tuberculose; il faut donc les aguerrir contre elle par une hygiène appropriée, et les préserver des contagions, si faciles dans nos villes.

A ce point de vue, les moyens préconisés pour empêcher le lépreux de répandre son mal, lui sont utiles à lui-même. Nous n'insistons pas ici sur ces moyens prophylactiques individuels, qui tendent d'une façon générale à réaliser un isolement relatif du malade : ils ont été déjà exposés dans cette Gazette (2). Il faut appuyer pourtant sur ceux qui ont rapport à la propriété corporelle, et rappeler que, dans les grandes léproseries de l'Inde anglaise, ils constituent à eux seuls presque tout le traitement (3) : or, si le but qui a présidé à l'organisation de ces léproseries, est la préservation des populations saines plutôt que la cure des gens contaminés, force est de reconnaître que ceux-ci n'y trouvent pas moins un immense bénéfice.

Vis-à-vis des lésions lépreuses, une *asepsie* minutieuse est de rigueur. On la réalise par les moyens ordinaires, on la maintient par l'occlusion. Nous verrons qu'en somme, la plupart des médicaments anti-lépreux sont avant tout des antiseptiques; mais nous n'avons en vue, pour le moment, que l'antisepsie banale, celle qui ne prétend pas à détruire la lèpre dans son germe, et dont la propreté n'est que le premier degré. Son but paraît modeste, et pourtant son importance est essentielle. Il n'y a là rien qui soit fait pour nous surprendre, à présent que nous connaissons le rôle dévolu, dans les accidents lépreux, aux infections secondaires. Sans parler du cancer, que Blaschko a vu se greffer sur un lépromе de la lèpre, de la syphilis qui ne représente vis-à-vis de celle-ci qu'une coïncidence fortuite, l'impaludisme est fréquent chez les lépreux, les pays à lèpre étant souvent des pays à fièvres. Jeanselme croit que la surcharge de pigment qui encombre la plupart des organes chez nombre de lépreux, peut n'être qu'une conséquence de la malaria. Nous avons signalé à plusieurs reprises la fréquence de la tuberculose chez les tubéro-lépreux : il existe entre les deux maladies une véritable symbiose, comme l'ont prouvé les recherches de Danielssen, de Hansen, de Damaschino, de Philippson, d'Arning et Schæffer, de Jeanselme : dans divers organes et notamment dans le poumon, ces auteurs ont vu les lésions relevant du bacille de Hansen se combiner à celles de la tuberculose vraie. La variole, la pneumonie, la pleurésie ne sont pas rares au cours de la lèpre. L'érysipèle y est d'une fréquence particulière, et la participation du streptocoque a été constatée mainte fois dans les complications inflammatoires qui accompagnent les poussées aiguës; sans doute, ce microbe n'est pas étranger aux œdèmes éléphantiasiques qui succèdent à ces poussées. Les panaris mutilants de la lèpre anesthésique, les phlegmons, les ulcérations suppurantes non spécifiques sont dus aux microbes vulgaires de la suppuration, « qui ont facilement raison, comme le remarque Jeanselme, des tissus en état d'hyponutrition et d'ataxie vaso-motrice. » Bien plus, il est aujourd'hui démontré que les infections secondaires sont le facteur essentiel de la fonte même des lépromes : ils n'ont, par eux-mêmes, aucune tendance à la suppuration ou à l'ulcération, s'ils sont soustraits à l'action nocive des causes externes. L'antisepsie est donc nécessaire, même en l'absence de toute plaie; quant aux ulcérations lépreuses, un grand nombre d'entre elles se cicatrisent spontanément, dès qu'elles sont convenablement désinfectées et pansées.

Parmi les agents nécessaires à l'hygiène des lépreux, l'*eau* se trouve au premier plan; toute léproserie bien comprise doit en être abondamment fournie. Des *bains* fréquents sont nécessaires aux malades. Les bains très chauds, en particulier, leur procurent un bien-être très vif : d'après von Bergmann (1), il existe en Russie des empiriques qui traitent les lépreux uniquement par des bains chauds, joints à quelques onguents. Pour ce qui est des bains de vapeur, ils sont diversement appréciés et semblent exercer souvent un effet débilitant.

Les *bains de mer* ont, en général, une action excellente. On a recommandé aussi diverses *eaux thermales*, surtout sulfureuses, ou arsénicales comme la Bourboule. En France, sont préconisées encore les eaux ferrugineuses et sulfatées cuivreuses de Saint-Christau (Basses-Pyrénées). La source ferro-arsenicale de Guber, à Szebrenica (Bosnie), passe, dans la région où elle est située, pour efficace contre la lèpre, assez fréquente dans le pays. Glück [de Sarajevo (2)] et Ehlers (3) en ont vanté récemment les effets. Les eaux sont administrées *intra* et *extra* : les malades commencent par en absorber trois cuillerées, puis augmentent graduellement la dose quotidienne jusqu'à un litre et plus; en même temps, dans l'eau thermale, d'abord étendue de moitié d'eau ordinaire et portée à la température de 40 degrés, ils prennent chaque jour un bain d'une heure; après quoi, enveloppés dans des couvertures, ils sont soumis à une sudation de même durée. La cure doit être prolongée plusieurs mois : contrairement aux bains sudorifiques ordinaires, ceux-ci seraient admirablement supportés par les malades. Jeanselme rapporte qu'à Pelantœngan dans l'île de Java, les lépreux se plongent dans une source thermale (110 degrés Fahrenheit), bicarbonatée ferrugineuse, et se couvrent ensuite de couvertures pour provoquer la transpiration (4).

En dehors de l'hydrothérapie, les moyens physiques font plutôt partie du traitement local que du traitement hygiénique et général. C'est ainsi que l'*électricité*, sous forme de courants continus et faradiques, a été essayée surtout contre les manifestations nerveuses : il est certain que la faradisation détermine souvent une rétrocession des anesthésies segmentaires, mais l'amélioration est en général éphémère. Quand aux courants alternatifs de haute fréquence, D. Sauton (5) en conseille l'essai, mais n'indique pas qu'il l'ait jamais pratiqué lui-même. Il en est de même pour la *photothérapie*, qui aurait peut-être sur les lépromes une action favorable, comme elle l'a sur le lupus.

Quoi qu'il en soit, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître qu'il faut attaquer directement les productions lépreuses accessibles, tubercules, infiltrations, macules. S'il faut accueillir avec prudence les conclusions de ceux qui croient avoir jugulé la maladie par l'ablation d'une tache initiale, il n'en est pas moins indiqué de détruire les lépromes, véritables foyers infectants où pullulent les bacilles. Cette destruction est d'ailleurs facilitée par l'analgésie des tubercules et par la cicatrisation facile des plaies consécutives, pourvu qu'elles soient convenablement pansées. Aussi était-elle déjà en honneur chez les anciens Arabes. De nos jours, elle est pratiquée couramment, notamment par les médecins de Norvège. Zambaco met à l'actif du thermo-cautère des guérisons complètes, surtout chez des enfants pris au début de la maladie.

Pour ce qui est des moyens à employer, d'aucuns préfèrent l'ablation au bistouri, d'autres la destruction au fer rouge (cautère actuel, thermocautère, galvanocautère); d'autres enfin aiment mieux les caustiques. Il est clair que le choix entre ces procédés doit être guidé par les particularités de chaque cas. Pour ne parler que des caustiques — et nous n'entreprendrons pas de les énumérer — peut-être

(1) Babes. *Die Lepra*, in *Special. Path. u. Therap.* de Nothnagel Vienne, 1901.
(2) Vires. La lèpre; étiologie et prophylaxie, *Gaz. des hôpit.*, 17 sept. 1898, p. 969.
(3) Voir Jeanselme. La lutte contre la lèpre dans les colonies anglaises, *Presse méd.*, 12 janv. 1901.

(1) Cité par Babes. Loc. cit.
(2) L. Glück. *De l'emploi de l'eau de Guber dans la lèpre*, communication provisoire au Congrès de Paris 1900.
(3) Ehlers. Sur le problème de la curab. de la lèpre, *Lepra, bibl. internat.*, 1900, t. I, fasc. 3, p. 155.
(4) Jeanselme et M. Sée. *Pratique dermal.*, art. Lèpre, t. III, 1902.
(5) Docteur dom Sauton. *La léprose*, Paris, 1901.

n'ont-ils pas tous une action comparable. Si l'on en croit Unna (1), leur efficacité est très inégale. L'acide acétique, l'acide nitrique fumant n'ont qu'une action peu durable, très inférieure à celle de l'acide phénique concentré et de la potasse caustique ; encore cette dernière arrive-t-elle seule à détruire les bacilles. C'est pourquoi il lui donne la préférence. La forme sous laquelle il l'emploie est celle de pâte carbonée.

La destruction des tubercules offre un intérêt tout particulier dans certains cas : lorsque, par exemple, ils menacent l'appareil de la vision. Il est alors de toute nécessité d'enrayer l'envahissement de l'œil. Les tubercules de la conjonctive et de la cornée doivent être râclés et cautérisés d'une façon précoce, ou leur marche arrêtée par la kératotomie. Grâce à cette pratique, la vue a été conservée à de nombreux malades. D'ailleurs, l'intervention chirurgicale ne trouve pas sa place dans la seule lèpre tuberculeuse ; elle a sa raison d'être aussi dans la lèpre nerveuse, mais d'une façon toute différente. Ici, ce sont les troubles de la lagophtalmie qui menacent l'intégrité de la vision : on y remédie par la tarsorrhaphie du tiers interne des paupières, qui, relevant la paupière inférieure, retient les larmes dans le cul-de-sac ainsi reformé.

Pour en finir de suite avec le traitement chirurgical, signalons un certain nombre d'*indications spéciales* qui peuvent entraîner des interventions opératoires : ouvertures de collections, ablations de séquestres, amputations. La lèpre du larynx peut nécessiter la *trachéotomie*. Enfin, l'*élongation des nerfs* a été proposée contre les phénomènes de névrite. Elle est jugée de façons très diverses : Gerald Bomfert, son promoteur, reconnaît qu'on est souvent forcé de la réitérer et de dissocier les nerfs tuméfiés, si l'on veut obtenir un résultat. Beaven Rake et Danielssen n'ont retiré aucun bénéfice de cette intervention, tandis que d'autres ont observé l'amendement des phénomènes douloureux, anesthésiques, moteurs et trophiques.

Enfin, à titre de curiosité historique, nous mentionnerons la *castration*, jadis préconisée par les médecins du moyen âge pour guérir la lèpre.

II

Il n'est pas possible de détruire toutes les néoplasies lépreuses, même accessibles : les infiltrations diffuses, par exemple, ne se prêtent pas aux interventions radicales ; il en est de même des tubercules circonscrits, lorsqu'ils sont trop nombreux, ou siègent dans certaines régions, surtout si l'on craint de produire des cicatrices trop visibles. En pareil cas, on se sert de *topiques médicamenteux*.

Leur variété est infinie. La plupart des agents usités en dermatologie ont été essayés, soit pour amener la résorption des nodules et des infiltrats, soit pour hâter la cicatrisation des ulcères, soit pour calmer les douleurs locales : il faudrait, pour énumérer ces agents, citer tous les médicaments révulsifs, calmants ou désinfectants : onguent napolitain, emplâtre de Vigo et préparations mercurielles de toutes sortes ; iode, créosote, acides phénique et salicylique, salicylate de méthyle, résines diverses, employées sous toutes les formes pharmaceutiques connues : solutions, pommades, emplâtres, collodions, etc.

En dehors d'un pouvoir modificateur plus ou moins réel, presque tous ces produits sont des antiseptiques. Nous avons vu combien il est important pour les lépreux que toutes les solutions de continuité de leur tégument, que toutes les productions néoplasiques, même non ulcérées, soient soustraites aux infections secondaires : d'où l'utilité des médicaments banaux et celle aussi de l'occlusion. Hallopeau a vu des tubercules s'affaiser sous des applications de collodion au biiodure de mercure à 1/2 p. 100. Bien plus, le même auteur recommande de protéger contre l'action de l'air, d'une façon générale, toutes les régions découvertes, telles que la face et les mains ; c'est à quoi l'on arrive en les oignant de vaseline, ou mieux d'une pommade ou d'un enduit couvrant : pâte de zinc, vernis à la caséine ou autre. En effet, la prédilection que montrent pour ces régions les exanthèmes lépreux, semble conditionnée par les irritations extérieures.

(1) Unna. *Lepra-Conf.*, t. II, p. 150.

Au premier rang, parmi les topiques à employer contre les accidents lépreux, doivent être mis ceux qui appartiennent à la catégorie des *réducteurs* : acides chrysophanique et pyrogallique, résorcine, ichtyol. C'est eux qu'Unna préconise pour le traitement local des taches et des infiltrations étalées, — nous avons vu qu'il cautérise les nodules circonscrits ; ses préférences vont à l'ichtyol, qui les partage avec l'alexine (?) associée au savon vert (1). Leistikow, élève d'Unna, vante comme lui les effets locaux et même généraux des réducteurs et donne des indications sur l'emploi de ces médicaments : « Pour la face on a de préférence recours aux cures d'exfoliation par la résorcine, fréquemment répétées, et aux applications d'acide pyrogallique sous forme d'emplâtre, d'onguent de caséine, de pommade pyrogallique composée (surtout pour les oreilles). Sur le corps, on prescrit des frictions à l'acide chrysophanique et à l'acide pyrogallique ; si les lésions sont limitées, on conseille les emplâtres. Quand le traitement doit se prolonger quelque temps, on a recours au gélanthe à l'acide chrysophanique composé ou à l'onguent de caséine à l'acide pyrogallique composé. Comme traitement intermédiaire, on utilise efficacement l'ichtyol sous forme de pommade à 10 ou 20 p. 100, de gélanthe et de pansements humides, ou de collodion si les lésions sont en foyer (2). »

Avec l'ichtyol et les agents réducteurs, nous sortons de la série banale des antiseptiques, car ces remèdes semblent bien avoir une efficacité particulière vis-à-vis des manifestations lépreuses. Il en est d'autres auxquels on attribue, à tort ou à raison, une action anti-lépreuse tout à fait spécifique. Tels sont, par exemple, le baume de gurjum et l'huile de chaulmoogra. Aussi les emploie-t-on comme topiques pour favoriser la résorption des infiltrats ou la cicatrisation des ulcères. Nous les négligeons à dessein pour le moment, parce que nous les retrouverons à propos de médications systématiques dont il vaut mieux ne point scinder la description. Signalons seulement l'huile de noix d'acajou (*oleum anacardiæ*), huile âcre et irritante que certains médecins appliquent quotidiennement sur les tubercules dont ils veulent déterminer le ramollissement et l'élimination.

Nous avons peu de chose à ajouter sur le traitement spécial des ulcérations. Des pansements antiseptiques, pratiqués suivant les méthodes usuelles, suffisent souvent pour en obtenir la cicatrisation. Les plaies enflammées, bourgeonnantes, atones, calleuses, relèvent des traitements ordinaires applicables aux plaies rebelles, aux ulcères de jambe en particulier : c'est contre elles surtout qu'ont été préconisés les topiques réputés spécifiques. Contre les ulcérations des muqueuses, on recommande, dit Brocq, le nitrate d'argent, en solution ou en crayon, et la teinture d'iode (3).

(1) Unna. Loc. cit.

(2) Leistikow. *Thérapeutique des maladies de la peau.* Traduction française de Darier, Paris 1900. On trouvera dans ce livre la description des procédés thérapeutiques cités, encore peu connus du public médical français ; mais nous croyons utile de donner sur eux quelques éclaircissements. Le *traitement exfoliant* d'Unna consiste à provoquer la desquamation en masse de l'épiderme corné, par l'application de topiques forts, tels que la mousseline-emplâtre ou la pâte résorcinée à 50 p. 100 ; on les renouvelle quotidiennement pendant trois ou quatre jours, après quoi on les remplace par des topiques calmants ou protecteurs. Ce traitement énergique ne peut être employé que sur des malades que l'on garde à l'hôpital ou à la chambre. — Le *gélanthe* et l'*onguent de caséine* sont des vernis aqueux, c'est-à-dire des topiques solubles dans l'eau et susceptibles de se dessécher rapidement sur la peau en une couche mince, lisse, facile à enlever et permettant l'exhalation cutanée. Le premier se compose essentiellement de gomme adragante, de gélatine et d'eau ; le second, de caséine, de glycérine, de vaseline et d'eau, avec une petite quantité d'alcalis et d'antiseptiques. On y incorpore, comme aux pommades, les substances actives, acide chrysophanique, acide pyrogallique, etc. La *pommade pyrogallique composée* a pour formule : acide pyrogallique et ichtyol, ââ 5 grammes ; acide salicylique, 3 grammes ; vaseline, 100 grammes.

(3) Brocq. *Traitement des maladies de la peau*, 2e édition, Paris 1892.

III

L'utilité du traitement local n'est pas contestable, mais il n'est que palliatif : aussi a-t-on, de tout temps, recouru à des médications internes, avec l'espoir de s'attaquer à la source même du mal. Leur ambition est moins bornée que celle des moyens externes, mais leurs résultats moins positivement établis. La marche capricieuse de la lèpre, ses arrêts spontanés qui en imposent pour des quasi-guérisons, permettent difficilement d'apprécier la valeur d'une thérapeutique quelconque. Il faut bien le reconnaître, parmi les innombrables drogues prônées tour à tour comme spécifiques, aucune jusqu'ici n'a donné de résultats capables d'entraîner la conviction : quelques-unes cependant semblent mériter au moins une étude sérieuse.

Nous laisserons de côté toutes celles qui n'ont plus qu'un intérêt historique. Quelques exemples, pris entre mille, donneront une idée des substances bizarres auxquelles l'imagination des anciens a pu attribuer des propriétés curatives. C'est ainsi qu'on voit vanter les vertus de l'ivoire, de la graisse de panthère, de l'urine d'âne et de la chair de crocodile, — des trente-six remèdes que, d'après D. Sauton (1), les Chinois opposent aux trente-six formes de lèpre, — des sucs et poudres de toutes les plantes exotiques connues.

Encore aujourd'hui, les produits végétaux réputés antilépreux sont légions. Nous ne ferons que citer l'*hydrocotyle asiatica*; l'*assacou* ou *ussacou*, suc vénéneux d'une euphorbiacée, l'*hura brasiliensis;* les sucs de l'*hura crepitans*, de l'*otoba* de Friarte, de la *calotropis gigantea* de Murray; l'extrait de *chélidoine* donné par Ed. Joseph *intus* et *extra* (2). Nous insisterons plus sur d'autres, car c'est au règne végétal que sont empruntés les plus connus entre les médicaments qu'on oppose à la lèpre.

En première ligne, parmi eux tous, vient l'*huile de chaulmoogra*. C'est un corps gras, que l'on extrait par pression des graines d'un arbre indien appartenant à la famille des Bixacées, le *gynocardia odorata*. Son principe actif paraît être l'*acide gynocardique*. Lutz, Falcao, Roux, Vidal ont essayé de donner cet acide à la place de l'huile : « 3 grammes de cet acide représentent 17 grammes ou DCCXV gouttes d'huile. On doit commencer par donner des doses de 30 à 50 centigrammes. On fait des capsules renfermant 20 centigrammes d'acide pur. D'après la plupart des auteurs, il est préférable de le donner sous forme de gynocardate de magnésie, aux doses de 1 à 4 grammes par jour en pilules de 20 centigrammes, associées à un peu d'extrait de gentiane, ou bien sous forme de gynocardate de soude. L'acide gynocardique est mieux supporté que l'huile de chaulmoogra, mais il est encore douteux qu'il soit aussi efficace (3). » D'autres ont tenté d'augmenter l'action de l'huile naturelle en y ajoutant artificiellement une certaine quantité d'acide gynocardique; c'est ce qui constitue les préparations dites huile de chaulmoogra gynocardée.

Le plus souvent on emploie l'huile en nature, soit comme topique externe, soit surtout comme médicament interne. On peut la mettre en pilules; ordinairement elle se prend par gouttes. « On en donne d'abord, dit Brocq, v gouttes le matin et v gouttes le soir, soit avant, soit après le repas; puis on augmente de IV à VI gouttes par jour, jusqu'à CXX ou CC gouttes par jour en trois ou quatre fois. On continue cette dose maxima pendant deux ou trois mois, à moins qu'elle ne finisse par fatiguer le malade... On cesse alors; après une période de repos variable, on reprend le médicament en commençant encore par de faibles doses. On l'administre dans du thé chaud, dans de l'infusion de menthe, dans des capsules qui contiennent chacune 15 centigrammes d'huile ou mieux enfin dans du pain azyme. » Il est nécessaire, si l'on veut obtenir un effet sérieux, d'employer d'aussi fortes doses; on les a poussées jusqu'à CCCC gouttes, et Patron Espda (4) a pu faire ingérer la quantité énorme de 45 grammes par vingt-quatre heures.

(1) D. SAUTON. *Loc. cit.*
(2) Ed. JOSEPH. *Deutsch. med. Zeit.*, 1897.
(3) BROCQ. Loc. cit.
(4) PATRON ESPADA. Acad. de méd., 1899.

Malheureusement, il est rare que de pareilles doses soient tolérées, car le médicament ne tarde pas à déterminer des troubles gastriques et de la diarrhée, accompagnés d'un dégoût insurmontable. C'est ce qui a suggéré à Tourtoulis-bey (du Caire), à Jeanselme, à Raynaud (d'Alger), la pensée d'administrer par voie sous-cutanée l'huile stérilisée par la chaleur ou par filtration sur bougie Chamberland. Jeanselme, en 1898, en injectait à un lépreux 10 centimètres cubes par semaine en deux fois, dans les muscles de la fesse; depuis, Hallopeau et lui (1) ont traité de même plusieurs lépreux. Tourtoulis (2) a fait à un de ses malades, de 1894 à 1899, 650 injections — presque quotidiennes au début du traitement — chacune de 5 grammes d'huile stérilisée. Il les pratiquait sur la face externe des membres supérieurs et inférieurs, à l'aide d'une aiguille longue, introduite au-dessous de la peau. Ces injections étaient, dit-il, peu douloureuses; le gonflement consécutif disparaissait en vingt-quatre heures, et jamais il ne se produisit d'abcès. Du Castel, Balzer et d'autres ont expérimenté la méthode de Tourtoulis; Danlos a injecté de l'huile diluée au sixième; Rille (3) de l'huile pure à la dose de 3 centimètres cubes. Un des malades de Du Castel présente un abcès à staphylocoques, que l'auteur lui-même attribue à une faute d'asepsie; mais plusieurs fois il se produisit des nodosités inflammatoires douloureuses et assez persistantes. Rille impute à l'huile des poussées fébriles, des éruptions rappelant celles du copahu. Enfin Du Castel et Danlos ont observé un accident beaucoup plus grave, bien qu'il ne se soit jusqu'ici jamais montré mortel : c'est la production, à la suite d'injections d'huile de chaulmoogra, d'embolies graisseuses du poumon (4).

Hallopeau a commencé à expérimenter l'introduction par *voie rectale* de l'huile émulsionnée dans du lait.

L'huile de chaulmoogra est le médicament dont l'emploi semble avoir le plus souvent coïncidé avec des améliorations sensibles. Vidal en a obtenu de bons effets; Besnier (5) considère la réalité de son action comme indéniable; Brocq (6) dit « que l'huile de chaulmoogra, bien administrée, améliore les lépreux plus ou moins suivant les cas, mais qu'elle les améliore presque constamment, du moins dans la forme tuberculeuse ». Il reconnaît pourtant qu' « il est certains cas, en particulier lors des poussées fébriles d'érythème, où cette substance paraît n'avoir aucun effet ». Récemment Brousse et Vires (7) signalent, dans un cas traité par elle, une amélioration rapide, et 7 malades de Miquel (8) se sont bien trouvés des injections pratiquées suivant la méthode de Tourtoulis. Le malade de Tourtoulis, atteint gravement et depuis de longues années, avait vu ses lésions rétrocéder au point qu'on pouvait croire à une guérison complète. Par contre, Hallopeau, s'il a observé des rémissions plus ou moins marquées, rappelle que la lèpre rétrocède souvent d'elle-même entre les paroxysmes; avec Jeanselme, il a assisté à de violentes poussées chez des malades soumis à un traitement intensif par voie hypodermique. Rille (9) est plus sceptique encore.

D'après G. Desprez (10), toutes les graines vendues dans les bazars de Calcutta et de Bombay, dans les drogueries de Londres, de Paris et de Hambourg, sont fort différentes des graines du *gynocardia odorata*. Elles proviennent d'un arbre encore inconnu, auquel G. Desprez propose de donner le

(1) HALLOPEAU. *Lepra-Conf.*, t. III, p. 599; — Acad. de méd., 1899; — Traitement de la lèpre par l'injection sous-cutanée d'huile de chaulmoogra, *Lepra*, 1901, fasc. 2, p. 103.
(2) TOURTOULIS bey. *Soc. franç. de dermat.*, 13 juil. 1899; — Acad. de méd., 1899 et 1901.
(3) J.-H. RILLE. Ein Fall von Lepra tub. mit. Lokalis an d. Fussohlen, *Lepra*, 1901, fasc. 1, p. 7, et 2, p. 88.
(4) DU CASTEL. Traitement de la lèpre par l'injection sous-cutanée d'huile de chaulmoogra, méthode du docteur Tourtoulis bey, *Lepra*, 1901, fasc. 2, p. 103.
(5) BESNIER. *Lepra-Conf.*, t. II, p. 147.
(6) BROCQ. Loc. cit.
(7) BROUSSE et VIRES. Sur un cas de lèpre tuberculeuse, etc., *Lepra*, 1900, fasc. 5, p. 135.
(8) MIQUEL. *XIII[e] Congr. de méd.*, sect. de méd. et de chir. milit. : voir *Lepra*, 1901, fasc. II, p. 120.
(9) J.-H. RILLE. Loc. cit.
(10) G. DESPREZ. Th. de l'Ecole de pharmacie, Paris 1900.

nom de *gynocardia Prainii*. En outre, d'après le même auteur, l'huile de chaulmoogra du commerce est très souvent falsifiée. Ainsi peut-être s'expliquent en partie les divergences qui existent au sujet de son efficacité.

A côté de l'huile de chaulmoogra, il faut placer un produit connu dans l'Inde sous le nom d'*huile de Kanti*; on l'extrait de l'*hydrocarpus ebrians*, plante voisine du gynocardia. C'est lui qui fait la base du traitement de Bhan Dagi (1). Ce médecin hindou faisait, chaque matin, frotter d'huile de Kanti tous le corps de ses malades; deux heures après, ceux-ci prenaient un bain; une seconde friction leur était faite dans la soirée.

Le *baume de gurjun* ou de *gurjum* (*gurjun balsam* ou *oil, wood-oil*) provient de certaines plantes de la famille des diphtérocarpies. Il est employé avec avantage lorsque l'huile de chaulmoogra n'est pas supportée. « On l'administre à la dose quotidienne de 2 à 4 grammes, puis on augmente progressivement jusqu'à 12 grammes par jour, en deux ou trois fois avant les principaux repas » (Brocq). On peut le presrire pur, ou suivant la formule de Widal :

Baume de gurjum.........	*ââ*	4 grammes.
Gomme arabique.........		
Sirop de cachou.........	12	—
Infusion de badiane..... ..	60	—

On boit, immédiatement après, un peu de vin ou de liqueur alcoolique pour bien tolérer le médicament. Leistikow (2) le conseille à la dose de v gouttes, augmentées progressivement jusqu'à c ou cc, pendant les périodes de repos qui alternent avec celles de traitement par le chaulmoogra. Le principal inconvénient de ce médicament est son action irritante sur le rein.

Presque toujours, on emploi le baume de gurjum, simultanément, à l'intérieur et à l'extérieur. Comme topique externe, on l'applique pur ou additionné de deux ou trois parties d'eau de chaux.

Un autre produit végétal réputé dans les pays à lèpre est le *hoang-nan*, que nous ont fait connaître les missionnaires du Tonkin. C'est l'écorce d'une liane de ce pays, voisine des vomiquiers; la poudre rougeâtre que donne cette écorce contient de la strychnine et de la brucine. On l'associe d'ordinaire au réalgar naturel (sulfure natif d'antimoine) et à l'alun, à parties égales ou suivant la formule du P. Damien, à savoir : alun 1/5, réalgar et hoang-nan ââ 2/5. Avec du gluten, on fait des pilules contenant environ 25 centigrammes du mélange, qui doivent être prises à doses croissantes : « On commence par administrer la moitié d'une pilule le matin et l'autre moitié le soir; le lendemain, une pilule le matin et une le soir, et ainsi de suite, en augmentant chaque jour d'une pilule le matin et une le soir, jusqu'à cinq ou six pilules à chaque dose; alors on s'arrête pendant une dizaine de jours; puis on recommence, en tâchant d'arriver à une dose un peu plus élevée (3). » On ne peut en prendre plus de sept ou huit jours de suite. Il faut, pendant ce temps, s'abstenir complètement d'alcool. Si les observations des missionnaires, du Père Etienne notamment, semblent encourageantes, si Hallopeau (4) a vu des malades, soumis à ce traitement, bénéficier d'améliorations considérables, le même auteur estime que le hoang-nan est inefficace dans la grande majorité des cas. « C'est, dit Brocq, un médicament dangereux, qu'on ne peut continuer longtemps, et dont l'effet est loin d'être sûr. »

Quoi qu'il en soit du hoang-nan, son principal alcaloïde, la *strychnine*, a été souvent recommandée contre la lèpre, depuis les essais de Piffard notamment. Ainsi, Bulkley fait prendre aux lépreux de la teinture de noix vomique. Quant à Unna (5), il considère la strychnine et l'ichtyol comme les deux agents internes les plus utiles à ces malades.

Nous avons cité déjà l'ichtyol parmi les médicaments externes les plus puissants contre les manifestations tégumentaires de la lèpre. Même appliqué à l'extérieur, il est absorbé en partie et a sans doute une action générale. Il en est de même, d'ailleurs, de nombreuses substances et par exemple des divers réducteurs que nous avons cités. Aussi, Unna administre-t-il l'ichtyol par la bouche, à la dose de 75 centigrammes et même d'un gramme, soit en pilules, soit dans une solution de coumarine et de vanilline à 5 p. 100, soit simplement dans une solution aqueuse :

Sulfo-ichtyolate d'ammonium.	10 grammes.
Eau distillée................	20 —

On prend chaque jour de x à L gouttes de cette solution, dans une quantité assez abondante de liquide. Unna a prescrit aussi l'*acide pyrogallique* à l'intérieur, jusqu'à la dose quotidienne de 2g50.

Kalindero (1) s'est fait le champion du *pétrole* brut, appliqué en pommade à 10 p. 100 et ingéré en capsules, jusqu'à 1 gramme par jour.

Neisser (2) a insisté sur l'action des iodiques, si souvent ordonnés aux lépreux : ces malades y sont fort sensibles et réagissent d'une façon assez particulière, même à de petites doses. D'où les effets nuisibles parfois constatés : l'*iodure de potassium* aggrave généralement les accidents, et la plupart des auteurs le considèrent comme formellement contre-indiqué. Par contre, Neisser recommande l'*iodoforme* et son succédané l'*europhène* (isobutylortho-cresoliodid). Ce dernier a été préconisé tout particulièrement par Goldschmidt (3). Ce médecin dissout l'europhène, au titre de 5 p. 100, dans l'huile d'amandes douces, pour en frictionner la peau et pratiquer des injections interstitielles dans les infiltrats.

Un autre succédané de l'iodoforme, l'*airol* (oxy-iodo-gallate de bismuth), fait la base du traitement de Fornara (4). Il faut l'administrer *intus* et *extra*, jusqu'à saturation de l'organisme. Fornara commence par détruire au thermocautère toutes les lésions superficielles qui s'y prêtent; sur les infiltrations diffuses, taches hyperchromiques, etc., il applique de la chrysarobine en pommade liquéfiée avec un peu d'essence de térébenthine. Chaque soir, après un lavage à l'eau tiède destiné à enlever la chrysarobine, tout le corps est massé avec une pommade à l'airol à 10 p. 100; puis le malade est enveloppé de linges, qui ne doivent être changés que rarement. Le matin, bain chaud, puis injections sous-cutanées d'airol, émulsionné au titre de 10 p. 100 soit dans de la glycérine étendue d'un tiers d'eau distillée, soit plutôt dans de l'huile d'olive bouillie, celle-ci est mieux absorbée : ces injections, dont la quantité varie d'une goutte à une pleine seringue de Pravaz, sont pratiquées au centre des tubercules, dans les infiltrats, dans les zones anesthésiques. La même émulsion est instillée dans la conjonctive, dont les lépromes ont été préalablement attaqués au moyen du galvano-cautère ou des injections interstitielles. Enfin, les lésions du nez et du pharynx sont combattues par des aspirations d'airol en poudre. Après un mois de traitement, les malades présentent un liséré gingival blanc, qui peu à peu noircit : il indique la saturation de l'organisme et varie avec elle. Dans un seul cas, il se produisit de la stomatite et des hémorragies, que l'auteur attribue au bismuth : l'airol se décompose en effet dans le corps en acide gallique, bismuth et iode, très actifs parce qu'ils sont à l'état naissant. (L'europhène agit de même, d'après Goldschmidt.) Dans les cinq cas, ainsi traités, le bénéfice aurait été considérable. Les quelques injections d'airol faites par Rille, dans un cas cité plus haut, furent sans effet favorable ni défavorable.

Si l'emploi des iodiques est discuté, celui du *mercure* l'est encore davantage. La plupart des léprologues le proscrivent et croient, comme Danielssen, qu'il ne peut qu'aggraver l'état des patients. On a pourtant, à maintes reprises, essayé le traitement mercuriel de la lèpre; les médecins islandais des deux derniers siècles l'avaient souvent prati-

(1) Stanley Boyd. Le traitement de Bhan Dagi contre la lèpre, *Brit. Journ. of dermat.*, 1893.
(2) Leistikow. Loc. cit.
(3) Lesserteur. *Le hoang-nan, remède tonkinois contre la rage, la lèpre et autres maladies*, Paris 1896.
(4) Hallopeau et Leredde. *Traité prat. de dermat.*, p. 579.
(5) Unna. Loc. cit.

(1) Kalindero. *Lepra-Conf.*, t. II, p. 157.
(2) Neisser. *Ibid.*, p. 156.
(3) Goldschmidt. *La lèpre*, Paris 1894.
(4) Fornara, de Taggia (Ligurie). *Lepra-Conf.*, t. III, p. 517.

qué, à ce que nous apprend Ehlers (1). Cet auteur est revenu récemment sur les avantages de l'hydrargyre : il rappelle que syphilis, tuberculose et lèpre appartiennent à une même famille, et que le mercure réussit fort bien contre certaines tuberculoses. Aussi a-t-il, avec Haslund, injecté à des lépreux des sels mercuriels solubles, et ses malades s'en sont fort bien trouvés. Weish, Radcliffe Crocker (2) ont agi de même : ce dernier a constaté, dans trois cas, une amélioration frappante sous l'action du perchlorure de mercure. Brault (3) a employé les injections de calomel, mais n'en a retiré qu'un bénéfice minime.

L'*arsenic* est plutôt nuisible aux lépreux, d'après Danielssen : nous avons vu pourtant que les eaux arsenicales ne passent point pour défavorables. Raynaud [d'Alger (4)] se loue des effets du cacodylate de soude en injections. L'*huile de foie de morue* est utile. L'usage du *fer* est discutable. Passons rapidement sur un certain nombre de substances, comme la *créosote*, le *phénol*, le *phosphore*, le *chlorate de potasse* : ce dernier était prescrit par Carreau à la dose énorme et toxique de 15 à 20 grammes. Il y a quelques années, Gallay (5) a essayé, sans grand succès d'ailleurs, le *bleu de méthylène* absorbé par la voie hypodermique ou gastrique.

Il est d'autres médicaments dont l'utilité est plus positive, bien qu'à première vue ils paraissent ne répondre guère qu'à des indications symptomatiques. C'est ainsi que si les malades éprouvent de vives douleurs, outre les moyens locaux tels que des pointes de feu, on peut ordonner l'*antipyrine* ou la *phénacétine* : seule parmi les antipyrétiques, celle-ci a pu abaisser quelque peu la température. L'*acide salicylique* et le *salicylate de soude* rendent des services signalés, surtout au moment des poussées aiguës : d'autant que c'est alors, nous le savons, que les médicaments réputés spécifiques en rendent le moins. L'action du salicylate de soude est réelle, à condition qu'on le donne à dose suffisante, de 4 à 8 grammes, suivant l'exemple de Danielssen et d'Hallopeau. Il en est de même du *salol*, préconisé par Lutz. Enfin Brocq a encore administré, dans les mêmes conditions, le *sulfate de quinine* à très hautes doses.

Dans un ordre d'idées tout différent, Alvarez (6) a songé à combattre les œdèmes lépreux, par l'*extrait thyroïdien*. Chez le malade déjà cité de Rille, les diverses préparations thyroïdiennes, tablettes ou iodothyrine, n'ont pas eu plus de succès que les autres médicaments.

Avec ces préparations, nous arrivons aux traitements physiologiques de la lèpre, qui vont nous occuper désormais.

IV

Max Joseph, Kaposi, Arning et d'autres (7) ont essayé, avec des résultats peu concordants, d'injecter à des lépreux l'*ancienne tuberculine de Koch*. Babès a expérimenté cette tuberculine sur 7 malades : chez tous, il a constaté une réaction générale, et chez les cinq dont la lèpre affectait la forme cutanée, une réaction locale accentuée. Locale ou générale, la réaction rappelle celle que la lymphe détermine chez les tuberculeux ; elle en diffère pourtant par un certain nombre de détails. Il importe de noter, pour répondre à une objection formulée par Arning et par Brieger, que les patients avaient été examinés soigneusement, au point de vue de l'existence possible d'une tuberculose; l'autopsie de certains sujets qui avaient réagi pendant leur vie, montra l'absence de toute lésion tuberculeuse dans leurs organes.

Il faut, pour obtenir chez les lépreux une réaction fébrile, injecter autant ou plus de lymphe que chez les tuberculeux. La fièvre apparaît chez eux plus tardivement, ordinairement au bout de vingt-quatre heures, au lieu de sept ou huit, rarement au bout de douze heures après l'injection; parfois elle ne se montre qu'après des injections répétées.

Elle dure, ainsi que les signes qui l'accompagnent, plus longtemps que dans la tuberculose. Contrairement à ce qui se passe dans celle-ci, il est ordinaire de voir, sans qu'on ait renouvelé l'injection, la fièvre récidiver le deuxième ou le troisième jour, à peu près à la même heure que celle du premier accès et en affectant le même type. Enfin, si les injections sont répétées, il y a généralement accumulation de leur action, ce qui est exceptionnel dans la tuberculose.

La réaction locale, qui dans la tuberculose apparaît le plus souvent en même temps que la fièvre, manque ordinairement dans la lèpre pendant la première réaction fébrile ; elle ne commence qu'après un traitement de plusieurs jours, que la réaction générale soit alors devenue plus intense, ou qu'elle ait commencé à diminuer. D'abord à peine perceptible, cette réaction locale ne s'accentue qu'un peu plus tard ; elle consiste en phénomènes inflammatoires au niveau des lépromes, sensibilité, rougeur, gonflement simulant l'érysipèle et dépassant les limites des néoplasies. Lorsque tombe l'inflammation, on constate souvent des modifications favorables dans l'état des nodules, qui se dessèchent et se recouvrent de croûtes et s'affaissent. Dans un cas, après un traitement de quatorze jours, l'auteur observa une diminution sensible dans les troubles laryngés que présentait le sujet.

Dans la lèpre nerveuse, souvent très sensible à la tuberculine, la réaction générale est très nette. La réaction locale est difficile à constater : on a noté un peu de rougeur des taches, en même temps qu'une rétrocession graduelle des troubles sensitifs et trophiques.

Il résulterait de ces faits, s'ils se vérifient, que l'injection de tuberculine fournit un moyen de reconnaître la lèpre pure, soit de la tuberculose ou de son association avec la lèpre, soit surtout des maladies nerveuses qui ressemblent à celle-ci. Il en résulterait encore, et cela nous importe davantage, que l'injection de tuberculine possède une action curative. C'est dans un tel espoir que Babes a institué le *traitement de la lèpre par la tuberculine*. Il commençait par de très petites doses et ne renouvelait l'injection, en augmentant la quantité de lymphe, qu'après cessation complète de la poussée fébrile. Tous les sujets, après deux mois de ce traitement, auraient été remarquablement améliorés, sous le rapport du volume des néoplasies, comme sous celui de l'intensité des troubles sensitifs et trophiques. Malheureusement, aucun ne put être gardé à l'hôpital un temps suffisant pour pousser l'expérience et éviter la reprise des signes amendés : quelques réactions particulièrement intenses montrèrent qu'il fallait être prudent dans ce genre d'essais. Dehio (1) a vu aussi l'injection de tuberculine déterminer une réaction locale et générale suivie de la résorption de nodules : mais l'amélioration fut de courte durée et finalement l'état des malades en expérience se trouva plutôt empiré.

Doutrelepont, avec une *tuberculine aviaire*, aurait obtenu des résultats analogues à ceux de Babes. Celui-ci a expérimenté également la *nouvelle tuberculine* de Koch (tuberculine R) : même à haute dose, elle ne détermine pas de fièvre, mais n'a pas non plus de pouvoir curateur.

Ayant ainsi étudié l'effet des extraits bacillaires tuberculeux, Babes s'est demandé si le bacille de Hansen ne pourrait fournir des extraits similaires. Mais, vu l'impossibilité de cultiver le microbe de la lèpre, il est parti de productions lépreuses, qu'il a traitées par une méthode calquée sur celle de Koch. La *léprine* ainsi préparée fit aussi, paraît-il, réagir les lépreux et les tuberculeux, à doses un peu plus fortes toutefois que celles de tuberculine. Les résultats curatifs auraient même été, d'après son auteur, plus favorables encore qu'avec la lymphe de Koch : mais ces expériences, il le dit lui-même, sont encore trop peu avancées pour qu'on puisse se prononcer sur elles. Scholtz et Klingmüller (2) n'ont pu réussir, ni au moyen de la glycérine à

(1) Ehlers. *Lepra-Conf.*, t. II, p. 157; — Le traitement mercuriel de la lèpre, *Lepra*, 1900, fasc, 1, p. 43.

(2) Radcliffe Crocker. *Lancet*, 1896; — *Lepra-Conf.*, t. III, p. 495.

(3) Brault. *Soc. franç. de dermat.*, 18 avril 1898.

(4) Raynaud. Le cacodylate de soude dans la lèpre, *Bull. méd. de l'Algérie*, 1901, et *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1901; — *Le Caducée*, 7 déc. 1901.

(5) Gallay. Expériences thérapeutiques sur la lèpre faites à Pondichéry, *Arch. de méd. navale*, 1896, p. 292.

(6) Alvarez. *Lepra-Conf.*, t. II, p. 148.

(7) M. Joseph. *Sem. méd.*, déc. 1890. — Kaposi. *Soc. méd. de Vienne*, déc. 1890. — Arning. *Deuts. med. Woch.*, déc. 1898. — Babes. Soc. de méd. de Bucharest, déc. 1890, et loc. cit.

(1) Dehio. *Lepra-Conf.*, t. II, p. 158.

(2) Schotz et Klingmüller. *Lepra*, 1900, fasc. 3, p. 93.

37 degrés et au-dessus, ni au moyen de l'eau à 90 ou 95 degrés, à extraire de lépromes frais ou anciens, contenant d'énormes quantités de bacilles, une substance capable d'éveiller chez les lépreux une réaction analogue à celle que la tuberculine détermine chez les phymateux.

Quoi qu'il en soit, étant donné les analogies frappantes qui existent entre les bacilles de Koch et de Hansen, il est du plus haut intérêt de constater l'action commune, sur les tuberculeux et sur les lépreux, de produits tant lépreux que tuberculeux. Néanmoins, qu'il s'agisse des uns ou des autres, il convient de ne se point exagérer la spécificité d'une telle action. Pour ce qui est des lépreux, nous les verrons se comporter de même vis-à-vis de produits organiques de provenance très diverse. Bien plus, *des substances autres que des toxines humaines* peuvent provoquer des phénomènes analogues : par exemple, d'après Tourtoulis et Diönitz, l'huile de chaulmoogra injectée à la dose de 10 ou 20 centigrammes, à intervalles de dix à quatorze jours.

V

Les essais qui ont donné les plus grandes espérances sont ceux de *sérothérapie antilépreuse*, imitée des procédés qui ont, contre la diphtérie, fourni des résultats si brillants. Tout d'abord, rappelons que le *sérum antidiphtérique* lui-même a été expérimenté par Babes contre la lèpre : cet auteur, en effet, a insisté à plusieurs reprises sur les analogies qui existent entre le bacille de Hansen et le bacille de Löffler. Il s'est encore efforcé d'obtenir un *sérum antituberculeux*, en saignant des chiens et des ânes qui avaient reçu préalablement des doses croissantes de tuberculine, et a traité des lépreux au moyen de ce sérum. D'autres ont mis leur espoir dans des *sérums antivenimeux*. C'est une croyance répandue en maints pays, que le venin des serpents guérit la lèpre : au Brésil, on est convaincu que les gens guéris de morsures de serpents dangereux sont désormais à l'abri de cette maladie. Carreau, en 1892, rapporte que chez un lépreux mordu, les signes cutanés auraient disparu pendant la guérison de la plaie venimeuse. S'inspirant de pareils faits, Marcondes de Moura a injecté à des malades du venin de serpents à sonnettes, dilué dans l'eau et la glycérine, et vante les effets de ce traitement (1).

Lewin (2) croit que le venin n'a pas une action spécifique, mais se comporte comme maintes autres substances albuminoïdes; Goldschmidt (3) en compare les effets à ceux de la tuberculine. Ni l'un ni l'autre de ces auteurs n'attendent beaucoup d'un pareil traitement. Quoi qu'il en soit, on saisit comment Dyer (de la Nouvelle-Orléans) a été conduit à utiliser le *sérum antivenimeux* de Calmette (4). Par des injections sous-cutanées de 1 à 2 centimètres cubes, répétées d'abord tous les deux jours, puis tous les jours, il aurait, dans quatre cas sur cinq, réalisé une amélioration notable. On peut rapprocher des expériences qui précèdent celles de Cornil, qui plus anciennement s'était servi de la toxine du jéquiriti : ce poison protéique végétal est en effet voisin du venin des serpents.

Ce ne sont pas là, à proprement parler, des traitements spécifiques. Plus intéressantes sont les recherches qui se proposent comme but la préparation d'un *sérum antilépreux* : il n'en est pas qui aient eu plus de retentissement que celles de Carrasquilla de Bogota.

Cet auteur a traité de nombreux malades en leur injectant du sérum sanguin de chevaux qui avaient eux-mêmes reçu des injections de sérum provenant de lépreux. Voici d'ailleurs comment il indique, dans ses premières communications, la manière de procéder :

Tout d'abord, les malades sont saignés, une seule fois en général, deux s'ils sont vigoureux; cette première saignée ne sert qu'à procurer le sérum. A cet effet, on recueille en général 250 grammes de sang, dans un vase stérilisé, qui est couvert et laissé à une température de 12 à 15 degrés et à l'abri de la lumière. Au bout de douze à vingt-quatre heures, le sérum a transsudé; on le prélève à l'aide d'une pipette et on le met dans les flacons où il sera conservé, non sans l'avoir auparavant fait passer à travers une couche de camphre pulvérisé. S'il provient de malades cachectiques, porteurs d'ulcérations nombreuses et de lésions graves, ce sérum est parfois laiteux, verdâtre, il répand une odeur fétide spéciale et s'altère rapidement. Au contraire, pris à des malades choisis dans de meilleures conditions, il est limpide, inodore et se conserve bien. Dans le premier cas, son absorption par la voie hypodermique détermine chez les animaux de la fièvre, de l'abattement, enfin des signes évidents de souffrance; tandis que dans le second cas on n'observe rien de semblable.

C'est donc le sérum clair que l'on doit utiliser. Parmi les animaux dont il s'est servi, Carrasquilla donne la préférence au cheval. On introduit sous la peau de la région scapulaire 15 à 60 centimètres cubes de sérum, suivant la taille du sujet : les petites doses n'éveillent pas de réaction, tandis qu'après avoir reçu une dose de 150 centimètres cubes, l'animal présente de la fièvre, son poil se hérisse, il boit avidement et fait quelquefois des abcès au point d'inoculation. Une seconde injection est pratiquée dix jours après la première, puis une troisième à même intervalle; après dix jours encore, l'animal est saigné avant d'être inoculé une quatrième fois; il sera saigné environ chaque mois. A chacune des saignées on recueille aseptiquement de un à trois litres de sang, qui est traité comme le sang humain. Le sérum obtenu est réparti dans des flacons de 10 centimètres cubes, fermés par un bouchon de caoutchouc, capsulés et enveloppés de papier noir. C'est le sérum curatif : on ne l'emploie qu'après l'avoir d'abord essayé sur le cobaye.

Cinq jours après avoir été saigné, le malade, préalablement soumis à un examen sérieux, reçoit en arrière du grand trochanter un centimètre cube de sérum. L'injection est renouvelée le troisième jour, s'il n'y a pas eu de réaction ou si elle a cessé, et ainsi de suite en augmentant la dose : on arrive ainsi à administrer à la fois jusqu'à 5 centimètres, ou 10 en deux fois.

En général, ce n'est qu'après la troisième ou la quatrième injection, rarement après les premières, ou au contraire après la cinquième ou sixième, que se produit la réaction. Elle consiste en frissons, débutant de deux à six heures après l'opération, et durant environ deux heures, accompagnés de soif, de malaise, d'anxiété, de refroidissement des extrémités. A ce stade, succède un stade de chaleur, où la température monte à 38-39 degrés, quelquefois 40-41 degrés, le pouls à 110-120, sans que les frissons cessent. Enfin, un stade de sueurs termine l'accès, qui cesse d'ordinaire dans la nuit qui suit son début. C'est ce que Carrasquilla appelle la *réaction normale*, par opposition aux *réactions anormales* caractérisées par des myalgies, des arthralgies, des névralgies fugaces, des éruptions diverses, enfin un état asphyxique qui est la complication la moins fréquente, mais la plus sérieuse.

Ce traitement, appliqué par son auteur à un grand nombre de malades, aurait amélioré leur état d'une façon tout à fait remarquable. Malheureusement ces beaux résultats n'ont pas été confirmés par les nombreux expérimentateurs qui ont suivi la technique de Carrasquilla (1). Si Buzzi (2), si Auché (3) et les médecins néo-calédoniens se sont montrés favorables à la méthode; si Abraham, Arning ont, grâce à elle, obtenu quelques améliorations; par contre, le même Arning l'a vue, en fin de compte, aggraver plutôt la maladie; Hallopeau, Alvarez, Dehio, Brieger (4), à la conférence

(1) Ad. Marcondes de Moura. Soc. de méd. int. de Berlin, 1897; — *Deutsch. med. Woch.*, 1900, n° 48.

(2) Lewin. Uber die Behandl der L. duerele d. Gift. d. Klapperschlanger, *Deutsch. med. Woch.*, 1900, n° 48.

(3) Goldschmidt. *Deutsch. med. Woch.*, 10 janv. 1901.

(4) Isidore Dyer. *Lepra-Conf.*, t. III, p. 500.

(1) J. de Dios Carrasquilla. Acad. nat. de méd. de Colombie, 1895; voir *Sem. méd.*, 1896, p. 12 et 335; — Acad. de méd. de Paris, 1896; — *Lepra-Conf.*, t. III, p. 81; — *Brit. med. Journ.*, 1er juillet, 1899; — *Sérothérapie de la lèpre*, Bogota, 1899, etc.

(2) Buzzi. *Lepra-Conf.*, t. II, p. 37.

(3) Auché. *La lèpre en Nouvelle-Calédonie*, Paris, 1899.

(4) Barrillon (d'Alger), *Lepra-Conf.*, t. I, p. 50. — Hallopeau, Ph. S., Abraham, Alvarez, Petrini, Doutrelepont, Raynaud, Dehio, Arning, Brieger, Neisser, Ehlers, *ibid.*, t. II, p. 147 et suiv.

de Berlin, se sont nettement prononcés contre elle. Kreiblich, Petrini, Rille, n'en ont retiré que des résultats nuls ou mauvais. Enfin, la commission nommée par l'Académie de médecine, composée de Roux, Besnier, Hallopeau et Fournier, ne s'est guère montrée moins sévère pour elle que la Conférence (1).

L'une des objections adressées à Carrasquilla, c'est que le sang retiré aux lépreux ne contient guère de bacilles ni de toxine, en sorte qu'il ne peut avoir sur les chevaux inoculés des effets bien spécifiques; peut-être, d'après la commission, vaudrait-il mieux prélever le sang pendant une poussée. Même en procédant ainsi ou de la manière qui va être décrite, la quantité de substance active injectée aux chevaux serait encore insuffisante, d'après Babes (2), et la réaction observée chez ces animaux serait imputable à une asepsie imparfaite; quant à celles que présentent les malades, on pourrait l'obtenir identique avec du sérum d'animaux sains. Pourtant, à cette dernière objection émise à la conférence par Ehlers, Carrasquilla avait répondu que le sérum de chevaux sains ne détermine rien d'analogue.

Afin de se mettre à l'abri du reproche formulé contre sa méthode, Carrasquilla s'est récemment servi, pour préparer ses chevaux, de cultures bacillaires par lui obtenues. Malheureusement, les microbes cultivés par lui ne semblent guère avoir de rapports avec le bacille de Hansen.

Avant Carrasquilla, d'autres expérimentateurs avaient préparé des animaux non pas avec du sérum humain, mais avec des produits lépreux riches en bacilles. C'est ainsi que de Luca (3) inoculait des lapins avec du tissu lépreux, pour rendre leur sérum immunisant et l'injecter à ses malades. Laverde (4) extirpe des lépromes, en triture 25 grammes avec 15 grammes de sang en nature — que fournissent les plaies d'excision — et 20 grammes d'eau stérilisée. Il obtint ainsi un faible résidu et un liquide clair. De ce liquide, 40 centimètres cubes sont poussés séance tenante sous la peau d'un bouc; il s'ensuit chez celui-ci une réaction fébrile constante. Huit jours après, l'animal est saigné, et son sérum est injecté frais aux malades, par doses de 5 à 20 centimètres cubes et tous les deux jours ordinairement. Quatre à six heures après l'injection, se développe chez tous les sujets une réaction fébrile; elle ne dure guère moins d'une dizaine d'heures, et se prolonge même plusieurs jours après l'administration de fortes doses; enfin, elle se juge par des sueurs auxquelles succède une sensation de bien-être. Suivant la violence des phénomènes, on pratique une seconde injection de deux à huit jours après la première. Concurremment avec ce traitement, on ne néglige pas les moyens hygiéniques ordinaires. Si l'on en croit l'auteur, qui a soigné ainsi plus de 60 lépreux, les résultats seraient remarquables : résorption des infiltrats, cicatrisation des ulcères, régressions des troubles nerveux; les bacilles disparaîtraient dans les lépromes cutanés; enfin 6 malades, traités à l'institut sérothérapique de Bucaramango, auraient bénéficié d'une guérison au moins temporaire.

C'est à peu près de la même façon, malgré quelques variantes, qu'ont procédé Herman et Abraham (5). Avec le suc obtenu par expression d'un lépromе et additionné d'une solution saline, ils ont préparé un cheval destiné à fournir le sérum antitoxique. Sur 5 malades qui reçurent ce sérum, 2 seulement ne furent pas améliorés, 2 par contre le furent considérablement; aussi les auteurs croient-ils la méthode digne d'une étude plus complète.

Les expériences qui précèdent ont reçu de Metschnikoff et Besredka (6) une interprétation nouvelle, très différente de celle qui avait présidé à la confection des sérums soi-disant spécifiques. Ces auteurs ne nient pas que des améliorations aient été obtenues, les considèrent même comme indiscutables dans certains cas, mais ne croient pas que les sérums de Carrasquilla et de Laverde contiennent aucun produit lépreux. En revanche, ces derniers contiennent sûrement une ou plusieurs cytotoxines (leucotoxine, hémotoxine), et c'est à ces poisons cellulaires qu'il faut attribuer les modifications favorables. Aussi les mêmes effets peuvent-ils être produits sans qu'on emploie ni sérum, ni tissu provenant de lépreux. Pour le démontrer, les auteurs ont préparé une chèvre en lui injectant du sang défibriné, provenant d'individus quelconques : le sérum de cette chèvre devint en conséquence plus hémolytique que le sérum de chèvre normale. Injecté à petite dose (0,05 centimètres cubes) à des lépreux des services de Hallopeau et de Du Castel, ce sérum amena une augmentation dans le nombre de leurs hématies et dans la teneur de leur sang en hémoglobine. C'est une confirmation de cette règle générale, que les faibles doses de cytotoxines produisent une suractivité des éléments cellulaires correspondants. Il se produisit en même temps une sédation des douleurs névralgiques et dans plusieurs cas une réaction locale au niveau des lépromes.

On voit combien est complexe l'étude des divers traitements biologiques et l'explication de leurs résultats : l'appréciation même de ces résultats est malaisée en l'état actuel, et des observations minutieuses et suivies sont nécessaires, avant qu'on puisse formuler rien de certain.

(1) Calderone. *Giorn. ital. delle mal. ven. e d. pelle*, 1895, p. 377. — Kreiblich. *Assemblée des méd. de l'Ephorie des hôp. civ. de Bucharest*, 28 déc. 1897. — Rille. Loc. cit.

(2) Babes. Loc. cit.

(3) R. de Luca. *Giorn. ital. delle mal. ven. e d. pelle*, 1896, fasc. 2, p. 132.

(4) J. Olaya Laverde. *Lepra-Conf.*, t. III, p. 485; — Acad. de méd., 1896 (communication de Hallopeau).

(5). C. Lawrence Hermann et Phineas S. Abraham. *Lepra-Conf.*, t. III, p. 476.

(6) Metschnikoff et Besredka. Recherches sur l'action de l'hémotoxine chez l'homme, *Ann. de l'Inst. Pasteur.*, 1900. p. 402.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du choléra infantile.

Dans une thèse récente (1), M. le docteur Pierre Mir, après avoir critiqué l'emploi de l'opium dans la période aiguë, rappelle que certains auteurs, et MM. Despine et Picot en particulier, pensent que les opiacés sont indiqués au bout de quelques jours, quand les selles deviennent fréquentes et très liquides.

Il ne faut pas, selon eux, être trop craintif dans l'emploi de l'opium, mais, en le donnant, surveiller attentivement son entrée et l'administrer à doses fractionnées. Le collapsus lui-même ne serait pas une contre-indication.

Ces auteurs l'associent quelquefois aux acides chlorhydrique ou lactique, suivant la formule suivante :

Elixir parégorique..........		x	gouttes.
Sucre de lait..........	*aa*	5	grammes.
Alcool de mélisse......			
Acide lactique..............		1	—
Infusion de thé..............		100	—

Par cuillerées à café toutes les demi-heures (à surveiller) pour un enfant de six à quatorze mois.

Ajoutons que, dans son étude, M. Mir conclut que, de tous les médicaments chimiques, aucun ne doit être employé pendant toute la phase aiguë du choléra et que, pendant toute cette période, le seul traitement à employer, c'est la diète hydrique associée à la balnéothérapie et aux injections de sérum.

(1) Th. de Paris et *Journ. de méd. et chir. prat.*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 61. — MARDI 3 JUIN 1902. 75e ANNÉE. MARDI 3 JUIN 1902. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SUR LA VALEUR CHIRURGICALE DE L'ÉPILEPSIE JACKSONIENNE

Par M. A. Chipault (de Paris).

Une récente discussion, aujourd'hui close, à l'Académie de médecine a remis en question la valeur, au point de vue du diagnostic topographique des lésions cérébrales, de l'épilepsie jacksonienne. Presque tous ont été d'accord pour lui dénier toute ou à peu près toute valeur localisatrice. Mon impression personnelle, basée sur des souvenirs nombreux, n'étant pas entièrement d'accord avec cette conclusion pessimiste, j'ai cru devoir les préciser. La question a d'autant plus d'intérêt pratique que, à mon avis, la plupart des interventions cérébrales sont déjà beaucoup trop tardives : renoncer, comme symptôme indicateur, à l'épilepsie jacksonienne, attendre que surviennent d'autres symptômes, par exemple les paralysies permanentes qui, certes, je ne le nie point, ont une valeur localisatrice bien supérieure, mais s'établissent beaucoup plus tard, ce serait se condamner à n'intervenir, en chirurgie cérébrale, jamais à temps et transformer des interventions de valeur déjà souvent précaire en interventions fatalement inutiles.

Si l'épilepsie jacksonienne — qui n'est du reste en pratique que l'une des nombreuses raisons pour lesquelles on se décide à une intervention cranio-cérébrale — n'avait véritablement aucune valeur localisatrice, il faudrait bien se résigner. Mais ce n'est nullement le cas.

C'est ce que je vais essayer de démontrer en prouvant par des observations personnelles :

1° Que guidé par une épilepsie jacksonienne type, le chirurgien doit aller du côté de la région rolandique et qu'il a toutes chances d'y trouver une lésion;

2° Qu'il est peut-être possible de distinguer l'épilepsie jacksonienne rolandique de l'épilepsie jacksonienne extra-rolandique et, plus spécialement, de l'épilepsie jacksonienne frontale.

I

Ma conviction relativement à la valeur localisatrice de l'épilepsie jacksonienne peut tenir pour une bonne part à ce que j'emploie, depuis 1894, un procédé cranio-topographique proportionnel très précis, permettant, quels que soient l'âge, le sexe et la race de l'individu, et quelle que soit la forme de son crâne, d'arriver sur la circonvolution cherchée; pour une autre part à ce que, sans être partisan des hémicraniectomies que je juge dangereuses et inutiles, je pratique en principe des résections craniennes larges, de 8 centimètres sur 10 en moyenne; mais elle est aussi certainement dûe à ce que l'épilepsie jacksonienne n'est pas un symptôme aussi absolument décevant qu'on tend à l'admettre aujourd'hui, un symptôme qui a fait faillite.

Quelques-unes au moins des observations probantes que je possède à ce sujet méritent d'être citées.

En voici quatre entre autres :

1° En 1896, je soignai un homme de quarante ans qui présentait depuis un mois de l'épilepsie jacksonienne limitée à la face, partie inférieure. Les phénomènes douloureux de l'aura avaient d'abord fait prendre ce cas pour un cas de tic douloureux convulsif de la face. La rareté des crises, le peu d'intensité de la douleur avaient étonné cependant le médecin traitant, qui me l'adressa, et, devant moi, le malade eut, pour la première fois, une crise débutant par de l'épilepsie faciale, mais qui se termina par de l'épilepsie généralisée. Je diagnostiquai une lésion cérébrale, néoplasme probable, en l'absence d'antécédents et de diathèse. J'opérai ce malade, en 1896, avec mon père, et nous trouvâmes une production polykystique pie-mérienne et corticale au niveau de l'extrémité inférieure du sillon de Rolando, sur les deux circonvolutions limitantes.

2° En 1897, je vois, avec MM. Gilles de la Tourette et Marie, un officier de trente-sept ans qui, atteint de troubles cérébraux divers depuis un an environ, avait été pris subitement, dans la nuit précédente, huit jours après le début d'un traitement spécifique institué en tout état de cause, d'une épilepsie jacksonienne localisée à la cuisse droite, avec aura douloureux inguinal. Sous nos yeux, le malade eut deux ou trois crises analogues. Une intervention fut, en présence de cet état menaçant, d'autant plus menaçant que la température s'était élevée, décidée. La percussion cranienne révéla une zone de matité fort nette correspondant à la partie supérieure de la frontale ascendante, déterminée par mon procédé cranio-topographique. La trépanation révéla à ce niveau une exostose interne,

avec adhérences durales, déprimant le cortex, et qui fut enlevée.

3° En 1898, MM. Brissaud et Tollemer m'adressèrent un ingénieur russe déjà opéré par Barker (de Londres) pour une tentative de suicide par coup de feu dans la tête. Une balle, radiographiée, avait été retirée d'entre les deux lobes paracentraux. Or, subitement, le malade venait d'être pris de crises d'épilepsie jacksonienne, pour ainsi dire subintrantes. Il y en avait plus de deux cents par vingt-quatre heures. Elles commençaient par le membre inférieur gauche. Résection cranienne sur le sinus longitudinal. J'ai trouvé les deux lobes paracentraux accolés l'un à l'autre par des tractus cicatriciels enfermant dans leurs mailles un liquide abondant. Je libérai largement les circonvolutions jusqu'au corps calleux. Les crises diminuèrent rapidement d'intensité et de fréquence pour s'éteindre complètemen en trente-six heures.

4° En 1899, M. Abadie m'adressa un homme de cinquante ans, boucher, atteint de cécité en rapport probable avec un excès de tension intracranienne. Des céphalées, atroces, allaient, malgré l'absence de tout symptôme localisateur, décider une intervention décompressive, lorsque le malade présenta, sous mes yeux, des mouvements manifestement jacksoniens du pouce, auxquels son état de torpeur l'avait empêché d'attacher d'importance : ils permettaient de faire porter la résection cranienne sur le centre correspondant. Je pratiquai cette intervention quelques jours plus tard; je trouve la dure-mère congestionnée; légèrement adhérente au cortex un peu grisâtre. En somme, rien de nettement pathologique. J'enlevai toutefois un fragment de la pariétale ascendante, partie moyenne; or ce fragment était entièrement composé de tissu gliomateux.

Je pourrais multiplier ces exemples : ils suffisent à montrer sur quel ordre de faits s'est établie ma conviction que l'épilepsie jacksonienne a, bien souvent, en pratique, la valeur d'un symptôme rolandique.

Je ne crois pas qu'on puisse opposer aux faits de cette sorte ceux où, après avoir constaté une épilepsie jacksonienne, on trouve, à l'opération ou à l'autopsie, des lésions plus ou moins diffuses; cela prouve tout simplement que, les lésions rolandiques ont été dominatrices, soit par leur intensité même, soit par la réaction symptomatique plus facile ou plus frappante du cortex correspondant. Il est bien rare du reste qu'alors, en opérant au niveau de la région rolandique, on n'y trouve point des lésions qui suffisent parfaitement à expliquer la localisation symptomatique. Chez les syphilitiques à symptômes encéphalo-médullaires, c'est cet œdème gélatineux sous-arachnoïdien que j'ai, le premier je crois, signalé comme étant la cause de leurs accidents, cause constatable seulement pendant la vie; chez les alcooliques, c'est un piqueté hémorragique pie-mérien ou cortical; chez les paralytiques généraux, c'est un aspect bleuâtre tout particulier du cortex moteur; chez les rhumatisants, ce sont des adhérences duro-pio-corticales, ou de petites productions polykystiques; chez les urémiques, c'est un véritable œdème cérébral, gardant l'empreinte du doigt; chez les infectés, c'est un œdème analogue, associé à des adhérences duro-piales et à un aspect laiteux et ondulé de l'arachnoïde viscérale, ainsi que je l'ai constaté en opérant une malade de M. le professeur Raymond, atteinte, à la suite d'une infection génitale gonococcique, d'épilepsie jacksonienne unilatérale, avec manifestations douloureuses localisées au membre supérieur correspondant.

Cette fréquence de lésions rolandiques bien constatées, dans le cas d'épilepsie jacksonienne, donne toutes chances, lorsqu'on est guidé par ce symptôme, d'en trouver. Est-ce à dire qu'il faille toujours, dans ces conditions, intervenir? Je ne voudrais point que l'on tirât, de l'énumération que j'ai faite tout à l'heure, la conclusion que tel est mon avis. En particulier, je crois devoir en passant mettre en garde contre les craniectomies dans les méningo-encéphalites spécifiques et dans la paralysie générale. Je les juge non seulement inutiles, mais dangereuses. Les cerveaux des malades de cette sorte, altérés dans leur ensemble, peuvent subir, du fait du traumatisme opératoire, une véritable inhibition fonctionnelle : c'est le shock nerveux, dans l'acception du mot la plus voisine de celle où l'entendent les physiologistes. Puis, si le malade survit à ce shock, son affection cérébrale a chance de prendre une évolution suraiguë. J'en ai vu, l'an dernier, un exemple saisissant chez un paralytique général que tout m'autorisait, semblait-il, à trépaner : début des accidents à la suite d'un traumatisme cranien dont restaient des traces avérées; épilepsie jacksonienne concordante au siège de ce traumatisme. A la suite de mon intervention, le malade resta trente-six heures dans le coma, puis il se rétablit, mais pour succomber, en un mois et demi, à la progression très accélérée de sa paralysie générale.

Quoi qu'il en soit, il est, je le répète, de règle qu'en présence d'une epilepsie jacksonienne, on trouve des lésions rolandiques, à condition que l'on ait de bons repères craniotopographiques et à condition aussi que l'on opère assez largement pour identifier en connaissance de cause les circonvolutions découvertes, mais il est des cas, indiscutables, où, malgré toutes les précautions, l'on ne trouve rien.

Ces cas décevants doivent recevoir des interprétations différentes suivant les circonstances.

1° Il en est tout d'abord où l'on ne trouve rien, parce qu'il n'y a rien ou, du moins, rien de macroscopiquement appréciable : tels sont les cas d'épilepsie jacksonienne épileptique ou hystérique. Les premiers abondent, surtout si l'on en rapproche les épilepsies généralisées à début local, et tout en constatant que, dans presque tous les cas de ce genre que j'ai opérés, sans grande conviction du reste, je n'ai rien trouvé, ni du côté de l'os, ni du côté des méninges, ni du côté du cortex, je dois au moins signaler que dans un, relatif à l'épilepsie franche la plus indiscutable, et dont les crises débutaient par le membre supérieur droit, j'ai vu, et fait voir à mes confrères de l'île de Ré avec qui j'opérais, un véritable angiome de la pie-mère correspondante à la région rolandique moyenne, pie-mère qui se différenciait très nettement de la pie-mère environnante. Je dois ajouter que dans ce cas, en apparence particulièrement favorable, le résultat thérapeutique a été tout à fait transitoire comme il l'est dans les cas de ce genre, plus fréquents, où le cortex offre un aspect normal. Normale aussi est l'apparence du cortex dans l'épilepsie jacksonienne hystérique. Mais il faut savoir qu'ici une thérapeutique topique peut avoir un résultat très favorable. J'ai observé, il y a deux ans, à la consultation chirurgicale de la Salpêtrière, un cas d'épilepsie jacksonienne brachiale de cette nature, avec œdème bleu du membre et céphalées localisées à la région rolandique du côté opposé. J'ai trépané. Or, depuis l'intervention, l'épilepsie jacksonienne a complètement disparu,

si bien que tout à fait défectueuse au point de vue théorique, ma façon d'agir dans la circonstance s'est trouvée légitimée par son résultat. Je connais dans la science une dizaine de cas analogues qui, après avoir résisté à toutes les thérapeutiques médicales, y compris la suggestion, ont guéri à la suite d'interventions de même ordre.

2° Il est d'autres cas où, malgré l'indication donnée par les symptômes jacksoniens, on ne trouve rien au niveau de la région rolandique, mais où il existe une lésion en une autre région de l'encéphale.

Cette autre région peut être assez diverse.

a. Tout d'abord, et d'accord avec le défaut d'entrecroisement des faisceaux pyramidaux, anomalie anatomique connue, l'épilepsie jacksonnienne peut avoir pour cause, non une lésion de la zone rolandique contralatérale, mais une lésion de la zone rolandique homolatérale. J'en ai vu au moins deux exemples.

L'un est relatif à un malade que m'avait adressé mon ami J.-L. Faure, malade qui présentait de l'épilepsie jacksonienne du membre inférieur gauche, en même temps qu'une dépression cranienne, d'origine traumatique ancienne, au niveau de la partie supérieure de la région rolandique du même côté. La dépendance de l'une et de l'autre ne me paraît pas douteuse, malgré que le cas n'ait pas été opéré.

L'autre fait est relatif à une femme d'une cinquantaine d'années qui préseutait de l'épilepsie jacksonienne commençant par le membre supérieur droit. Une première intervention sur la région rolandique gauche ne fit rien découvrir, mais amena une rémission telle des symptômes généraux de compression encéphalique qui coexistaient avec l'épilepsie jacksonienne, et en particulier des céphalées, que, trois mois plus tard, la malade, souffrant à nouveau, venait me trouver en réclamant une seconde intervention. Je la pratiquai du côté opposé, sur la région rolandique, en face de la brèche déjà faite, et, à ma grande surprise je vis, une fois la dure-mère incisée, saillir une masse nettement pathologique. C'est là, c'est-à-dire du côté de l'épilepsie, qu'était la tumeur, d'aspect sarcomateux et très vasculaire. La malade mourut peu de temps après cette seconde intervention mais, à mon grand regret, l'autopsie ne fut pas permise.

b. L'épilepsie jacksonienne, en l'absence de lésion de la région rolandique incriminée, peut être due à une lésion basilaire ; il est très probable que celle-ci agit en comprimant les vaisseaux et troublant la circulation du cortex moteur. J'ai autopsié un cas de sarcome très vasculaire de la fosse moyenne droite, par propagation d'un sarcome atlo-axoïden, qui s'était décelé pendant la vie par de l'hémiatrophie linguale et de la névralgie du trijumeau, symptômes auxquels s'ajoutaient, pendant la dernière période de la vie, de l'épilepsie jacksonienne des membres et de la face du côté gauche. Les circonvolutions rolandiques étaient le siège d'un foyer très étendu de ramollissement.

c. Enfin l'épilepsie jacksonienne, en l'absence de lésions de la zone rolandique, peut être due à une lésion du lobe frontal, ou tout au moins de la partie postérieure de ce lobe.

Le cas — le premier de ce genre — que j'ai publié dès 1893, et que le professeur Dieulafoy m'a fait l'honneur de rappeler dans sa communication à l'Académie, en était un exemple très net, je n'y reviens pas.

J'en ai observé depuis un autre. Il a trait à un jeune homme qui tomba de cheval sur le rebord d'un trottoir, il y a sept ans. Il se fit une fracture avec enfoncement de toute la partie supra-orbitaire du frontal, et le médecin qui le soignait alors enleva, à droite et à gauche, des lambeaux des lobes frontaux qui étaient venus saillir entre les esquilles, ainsi que les plus mobiles de celles-ci. La guérison fut du reste des plus simples et sans le moindre symptôme cérébral. En particulier, il n'y eut aucun incident, ni aucun trouble psychique. Pendant les cinq années qui suivirent, la guérison resta aussi parfaite, puis le patient se plaignit de sensations bizarres, dans sa main droite, de démangeaisons, d'une impression de ratatinement, et, tout d'un coup, en juillet 1899, sans motif, se produisait dans ce membre une épilepsie jacksonienne localisée à la main et à l'avant-bras. Trois jours après, nouvel accès. Le lendemain, le malade venait me consulter. La cicatrice était d'aspect normal, non douloureuse, spontanément ou à la pression. Il n'y avait pas de trouble de la motilité de la main, ni d'atrophie musculaire ; pas de troubles des sensibilités habituellement recherchées, mais à un examen spécialement désigné dans ce sens, je constatai que le malade, aussi bien d'une main que de l'autre, ne savait pas, les yeux fermés, reconnaître les objets qu'on y plaçait : un porte-plume, un lorgnon, etc., et, cependant, il en distinguait et décrivait très nettement les caractères physiques, et cependant aussi, en voyant l'objet, il le nommait sans hésitation, ni erreur. Il y avait perte de la sensibilité stéréognostique. Je poussai la recherche plus loin, et je m'aperçus que le malade avait également perdu, les yeux fermés, et la possibilité d'exécuter les mouvements à signification spéciale et la possibilité de les reconnaître lorsqu'on les lui faisait exécuter passivement. Je m'explique. Si, le malade ayant les yeux fermés, je lui plaçais le bras tendu, l'index allongé, il me décrivait bien la position donnée à son membre, mais sans arriver à en expliquer la signification, et si je lui disais, toujours après lui avoir fermé les yeux : « Faites le geste de désigner un objet dans le lointain, » il ne pouvait y réussir, alors que si je détaillais : « Étendez le bras, étendez l'index, fermez les autres doigts, » il y réussissait parfaitement. Il y avait donc perte, non seulement de la sensibilité stéréognostique, mais encore de variétés spéciales, correspondantes, du sens musculaire et de la motilité. Quoi qu'il en soit, étant donné l'épilepsie jacksonienne du membre droit, je me décidai à intervenir sur la région rolandique gauche. Or, sur les circonvolutions rolandiques mêmes, je ne trouvai rien, mais élargissant ma brêche en avant, je commençai à rencontrer, à 1 centimètre en avant du pied des frontales, des adhérences ostéo-méningo-corticales de plus en plus serrées et denses à mesure que je gagnais la région antérieure du cerveau, adhérences que je désinsérai aussi loin que possible, malheureusement sans grand résultat thérapeutique.

Cette observation d'épilepsie jacksonienne par lésion frontale me frappa, non seulement par le siège anormal de la lésion provocatrice de l'épilepsie, mais encore par les troubles de la sensibilité et de la motilité que j'y avais constatés. On sait combien est mal connue la valeur localisatrice de la sensibilité stéréognostique : pour les uns, elle indiquerait une lésion de même siège que les troubles moteurs auxquels elle se superpose, une lésion rolandique ; pour d'autres, on devrait en rechercher la cause dans les lésions du lobe pariétal. Sa présence, en tout cas, dans une lésion purement frontale et prérolandique, devait me

frapper et retenir mon attention. Quant aux troubles de la motilité stéréognostique, c'est leur existence même qui n'a pas été ou n'a dû être que bien rarement signalée; et je pouvais plus légitimement me demander s'il n'y avait pas là un symptôme localisateur possible de cette région muette qu'est la région frontale. Mais les lésions de ce siège sont rares et, en dehors d'un enfoncement du frontal chez un épileptique trop peu intelligent pour se prêter à ces recherches délicates, je n'ai pas eu l'occasion depuis d'étudier de lésion de la partie antérieure du cerveau qui, avec ou sans épilepsie jacksonienne, pût confirmer ou infirmer cette supposition.

Toutefois j'ai observé deux faits de lésion rolandique avec envahissement du lobe frontal qui offrent à son point de vue un très réel intérêt.

1° Le premier de ces faits est relatif à un malade que me confia M. le professeur Raymond, malade atteint d'épilepsie jacksonienne brachiale droite, que j'opérai avec le diagnostic de néoplasme probablement tuberculeux de la région rolandique gauche. Ce malade présentait, dans le membre atteint, une abolition indiscutable de la sensibilité stéréognostique. Mon intervention cranienne, très limitée à cause du mauvais état général de l'opéré, ne me fit rien trouver. Elle n'en eut pas moins un excellent résultat symptomatique, et, fait intéressant, lorsque le malade, qui succomba plus tard à la cachexie tuberculeuse, fut autopsié, on constata que mon intervention avait porté trop en arrière par rapport au siège de la lésion qui, tout en étant en majeure partie rolandique, empiétait aussi, surtout en haut, sur le territoire du lobe frontal.

2° Le deuxième de ces faits est également relatif à un malade que m'a fait opérer le professeur Raymond. Il s'agissait d'une épilepsie jacksonienne droite. L'intervention, pratiquée sur la région rolandique gauche, me permit d'enlever un angiome piocortical très étendu, dont la vascularité m'obligea d'opérer en trois temps, et, lors de la troisième séance, d'enlever en bloc, au bistouri, un cône de tissu comprenant l'angiome et le tissu cérébral sous-jacent. Cette dernière intervention empiéta certainement sur le pied des frontales, car le malade présenta à sa suite une aphasie motrice passagère. Fait intéressant, au point de vue actuel, il présenta concurremment de l'abolition de la sensibilité stéréognostique et une sorte d'incoordination motrice des membres droits, sur laquelle il attira à maintes reprises mon attention, se plaignant d'être obligé sans cesse « de regarder son travail » et que rétrospectivement je crois pouvoir rattacher à des troubles de la motilité stéréognostique. J'ajoute, car en fait de tumeurs cérébrales les résultats satisfaisants sont rares, que celui-ci a été durablement satisfaisant.

En somme, de ces faits, chirurgicaux je le veux bien, c'est-à-dire de bien moindre valeur que des faits autopsiques, mais non pas pour cela sans intérêt, il semblerait possible de conclure :

1° La perte de la sensibilité stéréognostique offre une valeur localisatrice moins précise que ne semblent l'admettre ceux qui en cherchent la cause dans les lésions du lobe pariétal; elle peut exister avec des lésions qui n'empiètent pas sur la région post-rolandique; elle semble pouvoir s'ajouter à des symptômes jacksoniens lorsqu'à une lésion déjà existante de la région rolandique s'ajoute une lésion de la région frontale; elle semble même pouvoir coexister avec une épilepsie jacksonienne, due à une lésion frontale n'empiétant point sur la zone rolandique.

2° La perte de la motilité stéréognostique paraît d'une valeur plus précise. Du moins dans les deux cas où je l'ai observée elle a paru marcher de front avec des lésions prérolandiques : s'ajoutant dans un cas aux symptômes rolandiques en même temps qu'était lésée la région prérolandique, se superposant dans l'autre à une lésion purement prérolandique.

Il n'est peut-être pas excessif de conclure de ces faits, au point de vue pratique, qu'en présence d'une épilepsie jacksonienne coexistant avec une altération de la sensibilité stéréognostique, on n'a pas autant de raison que le pensent les partisans du siège pariétal de cette sensibilité de porter l'intervention sur les régions rolandique postérieure et post-rolandique, et que, en présence d'une épilepsie jacksonienne coexistant avec une altération de la motilité stéréognostique, il y a même plutôt intérêt à faire une intervention prérolandique ou tout au moins rolando-prérolandique.

Il faut bien dire, du reste, que cette dissociation topographique des fonctions stéréognostiques n'a rien qui répugne aux habitudes de la topographie fonctionnelle corticale. L'aphasie, qui est pour la langue quelque chose d'analogue à ce qu'est pour les membres l'abolition de ces fonctions, ne se départage-t-elle pas en aphasies sensorielles, dont le siège est rétro-rolandique, et aphasie motrice, dont le siège est frontal? L'analogie serait plus parfaite encore si le siège pariétal de la sensibilité stéréognostique était démontré; elle reste suffisante pour qu'il soit presque satisfaisant, en tout cas nullement extraordinaire, de voir la motilité stéréognostique se localiser dans le pied des première et deuxième frontales, comme l'aphasie motrice l'est dans le pied de la troisième, et constituant avec elle, en avant de la série corticale motrice proprement dite, une série corticale parallèle affectée aux diverses modalités topographiques de la motilité stéréognostique.

Quoi qu'il en soit, sans donner à des faits chirurgicaux une valeur autre que celle de simples faits d'attente, je dirai tout au moins que, jusqu'à plus ample informé, en présence d'une épilepsie jacksonienne associée à des troubles de la motilité stéréognostique, j'aurais à l'avenir plutôt tendance à opérer dans la partie frontale de la région rolandique et, si besoin est, à étendre mon intervention du côté de la région prérolandique : en un mot, à soupçonner une épilepsie jacksonienne frontale.

II

Je termine en concluant :

L'épilepsie jacksonienne, à elle seule, ne suffit pas à indiquer une intervention cranienne; mais cet isolement symptomatique ne se rencontre pour ainsi dire jamais en pratique : d'ordinaire, l'épilepsie jacksonienne surgit, symptôme nouveau, au cours de l'évolution d'un syndrome devant lequel se posait le problème de la trépanation. Le siège de celle-ci restait très hésitant : l'épilepsie suffit à le préciser, faute de meilleurs symptômes localisateurs qu'on courrait risque d'attendre trop longtemps. Quelques-uns de ces symptômes peuvent toutefois être concomitants et, parmi eux, si la perte de la sensibilité stéréognostique est loin sans doute d'avoir la valeur localisatrice rétro-rolandique, et plus spécialement pariétale qu'on a voulu lui attribuer, il en est un autre de même ordre, moins connu, consistant dans la perte de la motilité stéréognostique ou mieux significative, qui semble offrir quelque intérêt. Lorsqu'il existe, on doit soupçonner que la lésion provocatrice de l'épilepsie

jacksonienne ne siège pas sur la région rolandique, mais en avant d'elle, à la région frontale, ou simultanément sur l'une et sur l'autre.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(27 MAI 1902)

A l'occasion d'un mémoire adressé par M. Delagenière (du Mans) sur le **traitement de l'arthrite tuberculeuse du genou par la résection**, M. Championnière, chargé d'un rapport sur ce mémoire, aborde l'étude complète de la question. Il estime que le traitement classique actuel de la tumeur blanche doit être complètement modifié. Il fait le procès de l'immobilisation et la condamne absolument. Les résultats de cette immobilisation, c'est-à-dire l'ankylose avec conservation des foyers tuberculeux, avec une marche défectueuse, sont à ses yeux déplorables, tandis que la résection telle qu'il l'enseigne et la pratique, c'est-à-dire la résection large avec ablation de toutes les lésions tuberculeuses, avec ankylose entre parties saines ou raccourcissement favorable à la marche, constitue pour lui le traitement de choix de la tumeur blanche du genou. Telle est la thèse que soutient M. Lucas-Championnière avec son ardeur, sa conviction habituelles et qu'il résume lui même dans les propositions suivantes :

« La résection du genou, l'ablation de toute l'articulation malade et son remplacement par des os ankylosés sains et en réunion porfaite doit constituer, avec le progrès moderne de la chirurgie, une révolution considérable dans la thérapeutique des arthrites du genou et surtout des arthrites tuberculeuses.

Le traitement des arthrites du genou par l'immobilisation et la compression est un mauvais traitement. Il n'a pas l'efficacité qu'on lui attribue pour la guérison de l'arthrite et il sacrifie d'emblée la mobilité du genou que l'on peut conserver en maintes circonstances.

Souvent, il n'arrête point le progrès de la maladie tuberculeuse et ses résultats sont les pires pour le membre et même pour la vie du sujet.

Lorsqu'il est suivi d'une guérison, il laisse un membre ankylosé trop long. Le sujet marche en fauchant et en appuyant le pied à faux.

Le sujet garde ses foyers tuberculeux qui se réveillent souvent, d'où douleurs, suppuration, infection générale.

Tout autre doit être le traitement moderne; il doit tendre à la guérison de l'arthrite avec conservation de la mobilité du genou.

S'il est démontré que cette mobilité ne peut être conservée, la résection est le traitement idéal.

Autrefois elle était très meurtrière. Certaines statistiques donnaient 90 p. 100 de mortalité, d'autres 55, d'autres bien présentées et triées avec soin, 30 p. 100.

J'ai pu faire 113 résections du genou *sans un cas de mort opératoire*.

Non seulement la mortalité a été nulle, mais les résultats ont souvent atteint la perfection.

Solidité osseuse irréprochable.

Suppression immédiate de tout foyer tuberculeux prévenant toute douleur, toute fistule, toute chance du retour de la maladie.

Le sujet marche sur un membre solide.

Il marche bien parce que cette jambe est raccourcie et peut osciller verticalement pendant la marche.

La guérison d'un énorme foyer tuberculeux est souvent suivie de la guérison de foyers en autres lieux, foyers pulmonaires, par exemple.

J'ai montré un sujet opéré depuis dix-sept ans qui eut, à l'époque de son opération, 9 hémoptysies neuf jours de suite.

Il a si bien guéri qu'il a toujours travaillé depuis.

D'autres sujets que j'ai suivis ont suffi aux métiers les plus pénibles.

Pour obtenir ces résultats il ne faut aucune demi-mesure.

Non seulement aucune opération ne doit être incomplète, mais il faut dépasser largement le foyer tuberculeux.

Aussi point d'opérations parcimonieuses, point même de résections sous-périostées qui risquent de conserver un semis tuberculeux.

Si on ne perdait un temps précieux au traitement par l'immobilisation on aurait toujours des résultats irréprochables.

Toutes les fois que nous n'avons pas atteint la perfection, les atermoiements des traitements antérieurs en avaient été la cause incontestable.

La résection est surtout une opération de sujets encore jeunes. On peut cependant opérer des sujets âgés. Les conditions sont moins bonnes quoique possibles.

Sur mes 113 opérés, j'ai 77 entre quinze et trente ans et 66 de trente à quarante.

Chez tous les sujets dont la croissance n'est pas achevée la résection reste partielle et de mauvaise condition, non comparable avec l'opération que je préconise.

J'ai pu même opérer les deux genoux, chez une femme, il y a treize ans; elle était âgée de vingt-sept ans et elle marche d'une façon très possible.

La résection du genou c'est-à-dire la suppression de toute l'articulation au lieu d'être un pis aller un peu moins redoutable qu'une amputation, comme cela était autrefois, a été pour moi une des opérations les meilleures de la chirurgie moderne. Je l'ai trouvée beaucoup moins meurtrière que la plus simple des opérations abdominales que l'on pratique si facilement aujourd'hui. Elle devrait être très généralisée applicable à toutes les arthrites ankylosantes, tuberculeuses ou non; bien des vies seraient sauvées par cette détermination rapide.

Le mémoire du docteur Delagénière, qui comprend 31 cas de résection pour tumeur blanche du genou avec des résultats divers, mais sans mort opératoire, confirme de tous points les données dont j'ai démontré l'importance. »

M. Delorme déclare que les faits qu'il a observés le poussent à accepter les conclusions de M. Championnière. Il reconnaît avec lui que la marche est plus facile chez les blessés dont le membre a été raccourci que chez ceux dont le genou s'est ankylosé dans la rectitude.

La résection du genou, comme toute opération sérieuse, a ses indications et ses contre-indications; inacceptable chez l'enfant, elle donne de mauvais résultats aussi chez le vieillard. M. Championnière ne s'est pas suffisamment expliqué sur ce point. Il a dit, en outre, que dans cette résection appliquée au traitement de la tumeur blanche du genou, il fallait enlever complètement toutes les lésions tuberculeuses, mais cela n'est pas toujours possible et quelque précaution qu'on prenne, quelque étendue que soit l'exérèse, on n'est pas toujours certain de n'en avoir pas laissé.

M. Lucas-Championnière répond à M. Delorme qu'il n'admet pas de demi-mesure; il enlève tout ou rien.

Très intéressante la communication de M. Josias sur un cas de **fièvre aphteuse** observée chez un enfant qui avait bu du lait d'une vache atteinte de cette affection. Il s'agit d'un enfant de treize mois, atteint de fièvre aphteuse, caractérisée au début par des phénomènes généraux légers; mais elle prit une allure grave à sa période d'état (vésicules aphteuses disséminées dans la bouche, grincement des dents, abattement, fièvre intense, etc.); cependant elle se termina favorablement, après des alternatives d'aggravation et d'amélioration.

L'enfant avait été nourri au sein jusqu'à l'âge d'un an; il ne buvait du lait de vache que depuis quelques jours. L'enquête démontra : 1° que le lait était pris cru ou incomplètement bouilli; 2° que la vache qui fournissait le lait était atteinte de fièvre aphteuse. S'appuyant sur cette observation, qui a toute la valeur d'un fait expérimental, M. Josias demande à l'Académie d'émettre le vœu que les réglements sanitaires n'autorisent la vente du lait, produit dans les vacheries où sévit la fièvre aphteuse, qu'après que ce lait aura été, en totalité, bouilli ou pasteurisé.

M. Nocard, tout en se ralliant à la proposition de M. Josias, explique les raisons pour lesquelles le Comité consultatif d'hygiène a longtemps hésité à demander cette même mesure. Bien qu'il soit hors de doute que la fièvre aphteuse des animaux de l'espèce bovine puisse être transmise à l'homme, il faut bien reconnaître que cette transmission a lieu très rarement. Si l'on compare en effet les cas très rares observés chez l'homme aux épizooties si considérables qui existent un peu partout, on sera forcé de reconnaître que l'affection se transmet très rarement des animaux à l'homme. La loi exige déjà que dans les usines où on travaille le lait pour la fabrique du beurre, du fromage, tous les résidus qui proviennent de cette fabrication ne doivent être livrés à la vente qu'après avoir été pasteurisés, c'est-à-dire portés à une température de 85 degrés. M. Nocard serait très heureux d'avoir l'appui de l'Académie pour obtenir du Comité consultatif d'hygiène que la même mesure soit appliquée également au lait provenant de vacheries où règne la fièvre aphteuse.

Depuis plus de vingt ans que M. Galippe est attaché à l'hôpital des Enfants-Malades, il a eu l'occasion de voir constamment des stomatites chez les enfants. Or jamais il n'a rencontré de stomatite aphteuse. Il serait heureux que M. Josias lui indiquât à l'aide de quels signes se distingue la fièvre aphteuse de la stomatite septique buccale ordinaire.

M. Nocard fait observer qu'en médecine vétérinaire on observe souvent des aphtes dans la bouche des animaux sans qu'ils aient la fièvre aphteuse.

M. Roux indique son moyen de faire le diagnostic; c'est de recueillir des produits aphteux et de les inoculer à un animal de l'espèce bovine.

M. Josias répond à M. Galippe que l'affection qu'il a observée chez l'enfant dont il a rapporté l'histoire a présenté une tout autre allure que les stomatites banales qu'on observe chaque jour. Il suffit de consulter la feuille de température de cet enfant.

A cela, M. Galippe répond que la stomatite banale donne très souvent aussi la fièvre.

La proposition de M. Josias est mise aux voix et adoptée.

Au début de la séance, deux rapports, l'un de M. Richelot sur une observation de MM. Lope et d'Aquaviva (de Marseille) relative à un cas **d'anévrisme poplité** traité avec succès par l'extirpation, l'autre de M. Chauvel sur un travail de M. Sagrandi relatif à l'**ophtalmie granuleuse** dans le cercle de Laghouat, à sa prophylaxie et à son traitement.

Dans ce travail, M. Sagrandi fait ressortir toutes les difficultés que l'on rencontre pour faire pénétrer les notions d'hygiène les plus élémentaires chez les indigènes fanatiques.

M. Rémy, en son nom et au nom de M. Bouchacourt, lit une note sur l'**application chirurgicale de l'endodiascopie buccale.**

Les procédés classiques de radiographie ne sont que peu appréciables à la fracture du maxillaire inférieur, tout le monde a pu s'en convaincre par expérience.

Si, en effet, on met le tube de Röntgen au dehors, à une certaine distance de la face du malade, on a le choix entre deux procédés : placer la plaque sur un support et faire appuyer la joue du malade sur cette plaque côté de la fracture;

Ou bien introduire une pellicule sensibilisée dans la bouche du malade, après avoir pris la précaution d'envelopper cette surface photographique dans un imperméable pour la protéger contre l'action de la salive.

Quand on emploie le premier procédé, qui est la méthode classique par excellence, les résultats sont toujours mauvais, car il y a fatalement superposition des deux côtés du maxillaire, ce qui amène une confusion telle, que l'image est indéchiffrable.

Avec l'artifice de la pellicule, qui a été essayé à plusieurs reprises par les dentistes, on évite la superposition, mais on n'obtient qu'une image très limitée du rebord alvéolaire du maxillaire; les sommets des racines ne sont même pas dans la plaque.

Au contraire en employant l'endodiascopie buccale c'est-à-dire en introduisant un tube de Röntgen spécial dans la bouche, rien n'est plus facile que d'obtenir séparément chacune des moitiés du maxillaire inférieur, la partie à examiner ayant une très faible épaisseur.

Le principe de cette méthode consiste dans l'excitation d'un tube de Röntgen spécial, au moyen d'un courant unipolaire. Ce courant unipolaire (à pôle négatif seul en tension) peut être fourni indifféremment par une machine statique ou par une bobine d'induction, à l'aide de certains artifices.

Il en résulte que la presque totalité de l'ampoule étant à tension nulle, la partie éclairante peut être mise en contact avec la peau, ou introduite dans une cavité naturelle, sans que le malade perçoive aucune sensation.

En éclairant ainsi la cavité buccale, on détermine facilement l'état des maxillaires et la situation des racines dentaires; à l'aide de l'écran fluorescent, ce qui est incontestablement le meilleur mode d'examen.

Cependant on peut aussi faire usage des plaques photographiques; c'est ce que nous avons fait dans le cas de fracture du maxillaire inférieur que nous présentons à l'Académie.

Il s'agissait de déterminer la cause d'une suppuration prolongée.

On pouvait se demander s'il ne restait pas de fils métalliques à la suite d'une suture, dont le malade nous parlait, s'il n'existait pas un fragment détaché du maxillaire.

L'examen par la méthode de radiographie ordinaire n'ayant rien donné, nous avons eu recours à l'endodia-

scopie, qui nous a fait voir tout de suite : le trait de fracture, une large perte de substance inférieure, un chevauchement des deux fragments et enfin l'absence de fils métalliques.

Nous avons pris une radiographie par ce procédé ; elle est certainement moins belle que l'image de l'écran, parce qu'on ne peut pas facilement immobiliser le tube, la mâchoire et la plaque, pendant la minute de pose nécessitée par les endodiascopes actuels. Néanmoins cette endodiagraphie a l'avantage de constituer un document visible pour tout le monde.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(30 mai 1902)

On parle beaucoup en ce moment du **sérum de Trunecek** dont on dit des merveilles. Il améliorerait les artério-scléreux, augmenterait la capacité auditive dans l'otite scléreuse. Il aurait même guéri un cas d'anévrisme de la sous-clavière. M. Merklen a voulu l'expérimenter et apporte le résultat de ses observations : pour lui, le sérum est aussi impuissant que tout autre traitement contre les lésions scléreuses et athéromateuses des artères ; mais il semble avoir une action réelle sur les troubles subjectifs qui en résultent. On veut le considérer comme un médicament tonique, surtout applicable à l'asthénie et à l'hyperexcitabilité qui, chez les artério-scléreux, dépendent des altérations nutritives de certaines parties du système nerveux. Ses résultats sont assez comparables à ceux que produit l'injection du liquide orchitique d'après la méthode de Brown-Sequard. Enfin, le sérum de Trunecek atténue ou supprime la dyspnée d'effort et les crises d'asthme des artério-scléreux.

Pour M. Merklen, en un mot, ce médicament a une certaine valeur et peut rendre de réels services.

M. Comby fait une longue communication sur le **traitement de la chorée**. En voici le résumé exact qu'il a bien voulu nous communiquer : « J'ai eu l'occasion de traiter, en huit ans, dans les hôpitaux d'enfants, 240 cas de chorée. Parmi ces cas, 90 étaient d'intensité faible ou moyenne, et je les ai soumis simplement à la cure de repos, avec régime lacto-végétarien et drap mouillé. Le drap mouillé est un excellent sédatif nerveux quand il est bien employé. On trempe un drap dans l'eau froide, on le tord, on l'étale sur une couverture de laine et on enroule le tout autour du corps. L'enfant reste, tous les matins, une demi-heure à une heure dans ce drap. Si le cas l'exige, on peut renouveler l'application une ou deux fois dans la journée.

Les cas graves ne guérissent pas par ce procédé. Il faut avoir recours à l'antipyrine ou à l'arsenic.

Sur 150 cas de cette catégorie j'en ai traité 70 par l'antipyrine, 54 par l'arsenic, 26 par divers agents (cacodyle, salophène, chloral, etc.).

« L'antipyrine doit être prescrite à doses massives, non fractionnées : 50 centigrammes par jour et par année d'âge. Un enfant de dix ans prendra ainsi 5 grammes d'antipyrine par jour en cinq fois (1 gramme à la fois) pendant une dizaine de jours. Il est rare que la chorée résiste à cette attaque vigoureuse. Les inconvénients sont : l'oligurie et même l'anurie, les érythèmes, les vomissements, etc. Si l'enfant est au régime lacté, si le rein fonctionne bien, les accidents sont exceptionnels. J'ai remarqué que les chaleurs estivales exagérées, en augmentant la sudation et diminuant l'excrétion urinaire, rendent la tolérance du médicament plus difficile.

De même pour l'*arsenic*, dont l'efficacité me paraît supérieure à celle de l'antipyrine.

Je prescris la liqueur de Boudin (solution d'arsenic au millième), en donnant d'emblée des doses très fortes, mais très fractionnées et très diluées. Le premier jour, l'enfant prend, dans un julep gommeux de 120 grammes, 10 grammes de liqueur de Boudin, par cuillerées, de deux en deux heures, avec ingestion ultérieure d'une tasse de lait. On augmente tous les jours de 5 grammes jusqu'à 30 grammes, et on redescend de même jusqu'à 10 grammes. Cela fait, en neuf jours, 170 grammes de liqueur de Boudin ou 170 milligrammes d'acide arsénieux. Si l'enfant a moins de huit ans, on commence par 5 grammes de liqueur de Boudin et on ne dépasse pas 20 ou 25 grammes. S'il n'a que quatre ou cinq ans, on commence encore par 5 grammes, et on augmente tous les jours de 2gr50 jusqu'à 15 grammes, puis on redescend.

Le traitement est très efficace et les chorées les plus intenses sont jugulées en une semaine.

Si le médicament est mal toléré (vomissements, état gastrique, fièvre), on écarte les doses ou l'on suspend un jour pour reprendre ensuite. En présence d'une chorée grave, voici la prescription que je commande :

1° Repos absolu au lit pendant au moins quinze jours.

2° Isolement relatif, pas de jeux en commun, pas de travail intellectuel, repos cérébral autant que physique.

3° Diète particulière : pas de vin ni autre boisson alcoolique ou excitante ; régime lacté s'il est bien toléré, ou pour le moins boissons aqueuses et régime végétarien. En cas de traitement intensif par l'antipyrine ou par l'arsenic, le régime lacté est de rigueur.

4° Pendant neuf jours consécutifs, l'enfant prendra des doses croissantes et décroissantes de liqueur de Boudin dans un julep gommeux, par cuillerées toutes les deux heures, avec ingestion immédiate d'une tasse de lait. Pour les enfants grandets (huit à quinze ans), on partira de 10 grammes de liqueur de Boudin, en augmentant chaque jour de 5 grammes jusqu'à 30 et en revenant au point de départ de la même façon. Pour les enfants plus jeunes, on débutera par 5 grammes et on ne dépassera pas 20 à 25 grammes par jour.

Si, au lieu d'arsenic, on s'adresse à l'antipyrine le n° 4 de la prescription sera ainsi formulé : prendre par jour autant de fois 50 centigrammes d'antipyrine que l'enfant a d'années, sans fractionnement (1 gramme chaque jour toutes les deux ou trois heures), durée courte du traitement (neuf à douze jours). »

M. Achard donne un **procédé pour mesurer approximativement la quantité des épanchements pleuraux, à un demi-litre près**, ce qui, en pratique, est suffisant. On retire d'abord par ponction environ 25 centimètres cubes de liquide et l'on injecte aussitôt le bleu dans la plèvre (25 milligrammes). En même temps, on verse la même dose de bleu dans un litre d'eau pour servir de solution titrée. Puis au bout de cinq minutes, après avoir fait prendre au malade diverses positions pour faciliter la diffusion du bleu dans la masse de l'épanchement, on fait une nouvelle ponction évacuatrice ou non qui donne issue à un liquide plus ou moins teinté de bleu, suivant la dilution qu'il a subie dans la plèvre. Pour évaluer le degré de cette dilution, on prend

deux verres pareils, dans lesquels on met la même quantité d'eau (quatre à cinq cuillerées à soupe). Dans l'un, qui servira d'étalon de comparaison, on met une cuillerée à café du litre précédemment préparé de solution bleue et autant de liquide pleural de la première ponction. Dans l'autre, on met les mêmes quantités d'eau pure et de liquide de la deuxième ponction. Tous deux contiennent donc autant de sérosité et autant d'eau. Mais la proportion de bleu peut différer. Si l'épanchement dépasse un litre, l'étalon a la teinte la plus foncée. On cherche alors l'égalité des teintes en ajoutant au verre le moins coloré une ou plusieurs cuillerées à café du liquide de la deuxième ponction et à l'étalon autant de cuillerées de celui de la première. Chacune de ces additions représente un litre de plus pour le volume de l'épanchement. Enfin, quand on a dépassé la teinte de l'étalon, on peut pousser l'approximation plus loin, au demi-litre, en ajoutant à l'étalon une demi-cuillerée à café de la solution titrée. Pour cela, il suffit de verser, dans un autre vase, parties égales de cette solution titrée et d'eau pure et de prendre une cuillerée à café du mélange.

M. Belin lit une observation de **sinusite frontale au cours d'une rougeole**.

Dans une des précédentes séances (16 mai 1902), MM. Ballet et Delherm ont présenté un malade atteint d'un **tremblement chloralique des muscles de la face et des membres rappelant celui de la paralysie générale**. Cette malade, en proie à une insomnie très pénible, faisait un véritable abus du chloral. Après avoir pris 1 gramme de la substance, elle augmenta et, au bout d'une douzaine de jours, la quantité de chloral avait été élevée à 15 grammes et maintenue à cette dose jusqu'à l'entrée à l'hôpital.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(21 MAI 1902)

Nous avons entendu dans cette séance un grand nombre de communications. Nous revenons d'abord sur **l'appendicite gangréneuse**. M. Mignon a opéré trois malades atteints d'appendicite gangréneuse. Deux étaient des adultes qui n'avaient pas eu d'attaques antérieures; le troisième était un enfant ayant déjà présenté plusieurs crises. Dans deux cas les malades ont accusé des coliques en barre et quelques douleurs sourdes dans la fosse iliaque. Chez le troisième les douleurs ont progressivement augmenté d'intensité, sont devenues continues et ont dépassé, à gauche, la ligne médiane. Dans ces cas, la température et le pouls ont été modérés, mais M. Mignon a noté comme phénomènes prédominants, la diarrhée, la céphalalgie et la dépression. Ces trois malades sont morts de septicémie.

M. Rochard fait un rapport sur un cas d'**abcès gazeux sous-phrénique**, observé par M. Courtot sur un marin, revenant de Madagascar. Il fut pris subitement d'une douleur dans la région épigastrique avec vomissements et nausées qui se renouvelèrent pendant plusieurs jours. Au bout d'une semaine, l'état était devenu alarmant, le facies était terreux, la langue sèche, le pouls à 100 et la température à 38. On notait une volumineuse tumeur épigastrique avec bruit hydro-aérique.

La laparotomie a fait découvrir une vaste poche remplie de pus et de gaz à odeur fécaloïde. La cavité vidée, il fut impossible de trouver la moindre perforation sur les organes environnants. Des lavages furent faits pendant plusieurs jours avec une solution de sublimé au millième. Des accidents cholériformes ne tardèrent pas à se montrer et le malade a succombé.

A l'autopsie on a constaté que la poche s'était très rétractée. Aucune lésion n'a été découverte sur l'estomac, l'intestin ou le foie. La cause de l'abcès est donc restée indéterminée. En pareil cas M. Rochard croit que l'on ne doit pas faire le lavage au sublimé mais à l'eau bouillie.

M. Lejars fait observer que, pour expliquer l'origine de ces abcès, il ne faut pas omettre d'examiner le côlon transverse, sur lequel on a trouvé plusieurs fois une perforation. On sait que la perforation de l'estomac peut être très petite et passer inaperçue.

M. Guinard fait un rapport sur une observation de M. Pluyette (de Marseille), relative à un **corps étranger du cæcum**. Cette observation a trait à un homme de quarante-six ans qui avait accusé de violentes coliques dans la fosse iliaque droite. Il avait, en même temps, perçu une tumeur de la grosseur d'une grosse noix, jouissant d'une très grande mobilité.

Lorsque la paroi abdominale a été incisée, on a senti la tumeur dans le cæcum; M. Pluyette a ouvert cet organe qui contenait une tumeur pédiculée, constituée par un amas de matière fécale entourée d'un repli de la muqueuse. La tumeur a été liée et sectionnée et le malade a guéri sans accident.

M. Delbet revient sur la question des **fibromes et de la grossesse**. Il en cite deux faits. Dans le premier cas la malade était enceinte de quatre mois et souffrait depuis quelque temps en même temps que la tumeur avait rapidement augmenté de volume. MM. Duplay et Delbet pensèrent à un fibrome de la paroi abdominale, erreur qui fut expliquée par l'adhérence de la tumeur à cette paroi. Il s'agissait d'un simple fibrome pédiculé de l'utérus, qui fut facilement enlevé, et le cours de la grossesse ne fut pas interrompu.

Chez une autre malade, la grossesse avait évolué à terme malgré l'existence d'un fibrome qui avait déterminé une rétroversion complète.

Comme les accoucheurs, M. Delbet estime que l'on ne doit intervenir que si les accidents sont menaçants. En dehors de ces cas il faut s'abstenir, car la tolérance de l'utérus gravide à l'égard des fibromes est souvent considérable.

Si l'intervention est nécessaire, à quel moment doit-elle être faite? Le mieux est de la pratiquer dans les derniers jours de la grossesse et avant le début du travail. A cause de la dilatation et de la disparition du col, la supra-vaginale doit être éliminée; il faut avoir recours à l'hystérectomie totale par la laparotomie. Si l'enfant est vivant, on fend l'utérus, on enlève l'enfant et ensuite utérus et tumeur. S'il est mort on fait l'ablation de tout en bloc.

Très intéressante l'observation de **rupture interstitielle de la fémorale** communiquée par M. Lejars. Il s'agit de la rupture de la fémorale chez un sujet qui s'est trouvé serré entre deux tampons de tramway pressant l'un sur la fesse et l'autre au niveau du triangle de Scarpa. Aussitôt après l'accident, le membre inférieur parut paralysé; il y eut diminution de la sensibilité à la jambe et un gros épanchement de sang dans l'aîne. L'artère tibiale postérieure et la fémorale au niveau de l'anneau cessèrent de battre et le mollet prit une consistance très ferme. Aucun signe de fracture

n'existant, M. Lejars diagnostiqua une rupture interstitielle de la fémorale.

Un pansement ouaté fut appliqué, mais à partir du cinquième jour, les orteils étant devenus insensibles et le pied froid, M. Lejars a tenté de déboucher l'artère fémorale par l'opération suivante : après avoir enlevé le sang et les caillots situés au-devant d'elle et constaté qu'elle était noirâtre, épaissie et remplie par un caillot, il l'a incisée sur une certaine longueur, deux ligatures provisoires et momentanées étant placées au-dessus et au-dessous de la partie incisée. La tunique externe était transformée en un caillot, les tuniques moyenne et interne, rompues et infiltrées de sang. Il a enlevé le caillot qui remplissait l'artère et se prolongeait dans la fémorale profonde, et le sang rouge apparaissant en haut et en bas, ce qui prouvait la perméabilité, il fait une suture latérale de l'artère.

Quelques heures après l'opération la sensibilité réapparaissait au pied ; puis la sensation musculaire était recouvrée et la teinte violacée de la peau disparaissait. Mais ces modifications heureuses ne persistèrent pas et le sphacèle s'établit définitivement. Lorsqu'il fut bien limité, M. Lejars a attendu un mois et il a fait l'amputation de la jambe au tiers supérieur. Le malade a guéri.

M. Lejars croit que dans ce cas la pathogénie de la gangrène est due à un mécanisme complexe, auquel ont pris part les caillots, l'épaississement de la paroi artérielle et l'embolie qui s'est produite, peu après l'accident, dans la jambe en s'accusant par une vive douleur.

Malgré l'échec de la tentative qu'il a faite, il croit que cette intervention ne doit pas être rejetée, mais à une condition, ce sera de la pratiquer de très bonne heure. Peut-être réussira-t-on ainsi à prévenir le sphacèle?

M. Delorme trouve la tentative de M. Lejars très intéressante, mais il fait cette objection : lorsqu'une artère a subi une forte contusion, il se produit une section des éléments de la tunique moyenne, des irrégularités de la tunique interne et par suite formation d'un caillot. Or, ce caillot enlevé et la suture latérale effectuée, les lésions des tuniques n'en persisteront pas moins, et il est bien probable qu'il se formera de nouveau un caillot.

En outre des causes invoquées pour expliquer la gangrène, il croit qu'il faut également invoquer les lésions des veines et des vaisseaux collatéraux.

M. Delbet estime que la compression déterminée par l'épanchement sanguin doit jouer aussi un certain rôle dans la genèse de la gangrène. Il croit qu'en pareil cas une ligature serait préférable, car on sait qu'elle n'est pas suivie d'accidents.

Dans la séance du 28 mai, M. Bouilly, président, a fait l'éloge de M. Polaillon et levé ensuite la séance en signe de deuil.

PRATIQUE MÉDICALE

De nombreux auteurs ont constaté l'action de la Somatose sur les glandes mammaires des nourrices. Cette influence se caractérise dans les cas favorables par une amélioration quantitative et qualitative du lait sécrété. Cette amélioration dans les fonctions de la glande mammaire doit certainement dépendre de la modification avantageuse de la constitution du sang ; la glande étant arrosée par du sang meilleur, subit une excitation bienfaisante, gagne en nutrition et sa fonction physiologique est par conséquent plus vigoureuse. On sait en effet que la somatose est une préparation qui permet de fournir à l'organisme sous forme d'albumoses la quantité d'albumine dont il a besoin, maintenir de cette façon l'équilibre nutritif et même obtenir un excès d'assimilation azotée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 9 AU 14 JUIN 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 9 JUIN, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Rieffel et Cunéo.

1er (oral, nouveau régime) : MM. Rémy, Sébileau et Gley.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Tillaux, Lepage et Mauclaire ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Reclus et Legueu ; — (2e série) : MM. Lannelongue, Broca (Aug.) et Gosset ; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Legry ; — M. Walther, suppléant.

MARDI 10 JUIN, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Méry et Chassevant.

1er (oral, nouveau régime), *Salle Thouret* : MM. Quénu, Thiéry et Rieffel.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Salle Pasteur* : MM. Hutinel, Ménétrier et Launois ; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Renon et Gouget ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Achard et Vaquez. — M. Schwartz, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Marion et Faure ; — (2e partie, 1re série) : MM. Proust, Dupré et Jeanselme ; — (2e série) : MM. Jeoffroy, Charrin et Thiroloix ; — M. Thoinot, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin.

MERCREDI 11 JUIN, à une heure. — Médecine opératoire, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Lejars, Cunéo et Rieffel.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime, 1re série) : MM. Kirmisson, Poirier et Wallich ; — (2e série) : MM. Pinard, Delens et Sébileau ; — (2e partie) MM. Fournier, Brissaud et Gaucher.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Reclus, Broca (Aug.) et Walther ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Wurtz et Widal ; — M. Bezançon, suppléant.

JEUDI 12 JUIN, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Thiéry et Rieffel.

3e (2e partie, nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Charrin et Hanriot.

1er (oral), *Salle Vulpian* : MM. Schwartz, Poirier et Launois.

2e, *Salle Pasteur* : MM. Gariel, Rémy et Langlois.

3e (2e partie, ancien régime), *Salle Thouret* : MM. Hutinel, Wurtz et Teissier ; — (oral, 1re partie), *Salle Richet* : MM. Pozzi, de Lapersonne et Potocki.

4e : MM. Proust, Gilbert et Richaud ; — M. Guiart, suppléant.

VENDREDI 13 JUIN, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Brissaud, Blanchard et Legry.

2e, MM. Ch. Richet, Retterer et Broca (André).

4e, *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz ; — M. Gley, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Gosset ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Lejars et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Hayem, Teissier et Bezançon ; — M. Widal, suppléant.

5e (obstérique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich.

SAMEDI 14 JUIN, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau ré-

gime) : *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Gilbert et Guiart.

3e (2e partie, ancien régime), *Salle Pasteur* : MM. Hutinel, G. Ballet et Renon ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Beaujon* : MM. de Lapersonne, Marion et Quenu ; — (2e partie, 1re série) : MM. Proust, Ménétrier et Jeanselme ; — (2e série) : MM. Raymond, Vaquez et Dupré ; — M. Widal, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Potocki ; — M. Desgrez, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Prix Fillioux — En conformité d'un legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix d'égale valeur, à décerner l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille.

Pour l'année 1902, le concours sera ouvert le lundi 8 décembre en vue de l'attribution de deux prix de 900 francs chacun.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, bureau du service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclus.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le 15 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Écoles de médecine. — *Rouen.* — Un concours s'ouvrira, le 1er décembre 1902, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Ray. Durand-Fardel est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Marine. — M. le directeur du service de santé de la marine Bourru est appelé à continuer ses services à Lorient, comme directeur du service de santé de ce port, en remplacement de M. le docteur Talairach, nommé directeur de l'école de Bordeaux.

M. le médecin principal Nodier, du port de Lorient, est désigné pour aller servir à la prévôté de Ruelle.

Le IIIe Congrès international des médecins des compagnies d'assurances aura lieu à Paris, au mois de mai 1903.

Le comité d'organisation est définitivment constitué de la manière suivante :

Président : M. le professeur Brouardel ;

Vice-présidents : M. le professeur Landouzy, M. le docteur Peyrot, M. le docteur Lereboullet, M. le docteur Pœls (de Bruxelles) ;

Secrétaire général : M. le docteur Armand Siredey ;

Secrétaire général adjoint : M. le docteur Emery ;

Trésorier : M. P. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Membres du comité : M. le docteur Brault, M. le docteur Boissier, M. le docteur A. Chauffard, M. le docteur Descoust, M. le docteur Duboys de Lavigerie, M. Fassy, directeur de la compagnie « L'Urbaine », M. le docteur Garrigues, M. le docteur Gouel, M. Grimprel, directeur de la Compagnie « La Nationale », M. Guieysse, député, président de l'Institut des Actuaires, M. le docteur Ed. Hirtz, M. de Kertanguy, directeur de la compagnie « d'Assurances générales », M. le docteur Lacombe, M. Matignon, directeur de la compagnie « La Confiance », M. le professeur Proust, M. de Serbonnes, directeur de la compagnie « L'Abeille », M. le docteur Schwebisch, M. le docteur J. Voisin, M. le docteur Weil-Mantou.

Pour tous renseignements, prière de s'adresser à M. le docteur A. Siredey, 80, rue Taitbout, à Paris.

Association française pour l'avancement des sciences. — Le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences doit se réunir à Montauban, le 7 août 1902.

Au programme de la XIIe section (Sciences médicales), nous trouvons les questions suivantes :

1o Le vin, au point de vue médical et hygiénique ;

2o Nature et traitement du diabète sucré ;

3o Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate.

On peut adresser les communications soit à M. le docteur Bories, 7, place d'Armes, à Montauban, soit à M. le secrétaire du conseil de l'Association, 28, rue Serpente, à Paris (VIe).

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt et unième semaine, 969 décès, au lieu de 1 020 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 966.

La fièvre typhoïde a causé 1 décès, au lieu de 4 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 8 ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 28 au lieu de 24 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 42.

La variole a causé 2 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente (la moyenne est 3) ; le nombre des cas nouveaux est de 13, au lieu de 26 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 18. A Londres l'épidémie paraît décidément en voie de régression ; elle n'a causé que 37 décès pendant la vingtième semaine ; ce chiffre est le plus faible que l'on ait constaté dans cette ville depuis près de quatre mois. Ces décès se répartissent à peu près également dans les quartiers du nord, de l'est et du sud. Il y en a très peu dans l'ouest et pas du tout dans le centre.

La rougeole a causé 23 décès, au lieu de 27 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 25 ; la scarlatine 1 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente (la moyenne est 5) ; la coqueluche, 9 décès, au lieu de 23 pendant la précédente semaine (la moyenne est 7). La diphtérie a causé 23 décès au lieu de 19 pendant la précédente semaine (la moyenne est 7) ; le nombre des cas nouveaux est de 115 au lieu de 139 pendant la semaine précédente et de la moyenne 53.

La diarrhée infantile a causé 45 décès de 0 à 1 an, au lieu de 29 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 31.

En outre, 25 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 157 décès au lieu de 166 pendant la semaine précédente et au lieu de 150, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 12 décès (chiffre identique à la moyenne) ; bronchite chronique, 19 (au lieu de la moyenne 16) ; pneumonie, 45 (au lieu de la moyenne 39) ; les autres maladies de l'appareil respiratoire, 81 (au lieu de la moyenne 83), dont 17 sont dus à la congestion pulmonaire et 49 à la broncho-pneumonie. En outre, 5 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 193 décès ; la méningite tuberculeuse, 17 ; la méningite simple, 27 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent, 12 ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 36 ; les maladies organiques du cœur, 57 ; le cancer a fait périr 64 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès ; la cirrhose du foie, 8 ; la néphrite, 33 ; enfin, 41 vieillards sont morts de débilité sénile.

Conférence privée d'externat. — MM. Paul Bouchet et Wagon, internes des hôpitaux, ont commencé, à partir du 1er juin, une conférence privée d'externat à deux séances par semaine. S'adresser à la salle de garde de l'Hôpital Cochin.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs J. Liard, ancien médecin principal de l'armée ; Méran (de Bordeaux) ; Vibert (de Châtel-Guyon) ; Villain, décédé à Ville-en-Blaisois.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 62. — JEUDI 5 JUIN 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 5 JUIN 1902. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS

LES BLÉPHARITES (1)

Par M. le docteur TROUSSEAU.

La blépharite ou plutôt les blépharites, inflammation du bord libre des paupières, sont très fréquentes et elles constituent une affection sérieuse tant au point de vue de la difficulté du traitement que des complications qu'elles peuvent amener.

On peut diviser leurs symptômes en communs à toutes les variétés et particuliers à chacune d'elles.

I. SYMPTÔMES COMMUNS. — *a.* Objectifs : les bords des paupières sont enflés, rouges, couverts de croûtes. Les cils tombent, la conjonctive est enflammée, il existe du larmoiement.

b. Subjectifs : le sujet se plaint de cuissons, de démangeaisons, de douleurs exaspérées par le vent, la fumée, les poussières, la chaleur, un écart de régime chez les arthritiques, en un mot, toutes les causes irritantes.

Au moindre travail, se produisent des phénomènes d'asthénopie que l'on pourra considérer ou comme cause ou comme effet de la maladie, quand on aura examiné la réfraction du sujet.

II. SYMPTÔMES PROPRES. — Les variétés de blépharites sont nombreuses et, comme les paupières font partie du tégument externe, leurs lésions et leur traitement présenteront une analogie complète avec les traitements et les lésions des affections cutanées :

La *blépharite érythémateuse*, caractérisée par de la rougeur, du gonflement léger, sans chute des cils ; pouvant devenir phlegmonneuse s'il survient des orgelets ou des chalazions comme complications ;

La *blépharite eczémateuse*, qui peut revêtir la forme *aiguë*, dans laquelle les bords sont rouges, fissurés et suintants, et la forme *torpide* à symptômes réactionnels moins accusés où la peau est ratatinée, se desquame et est le siège de violentes démangeaisons ;

La *blépharite pityriasique*, desquamation séborrhéique accompagnée de démangeaisons ;

La *blépharite hypertrophique*, qui n'est guère qu'une conséquence des précédentes et dans laquelle les bords des paupières sont épaissis et durs ;

La *blépharite ulcéreuse*, complication des autres formes, caractérisée par des ulcérations croûteuses à la base des cils et la chute de ceux-ci à la moindre pression (c'est celle-là surtout que l'on devrait appeler la blépharite ciliaire) ;

Enfin, la *blépharite phtyriasique*, produite par des lentes et des pediculi pubis qui se retrouvent à la base des poils.

Conséquences. — Si ces affections ne sont pas bien soignées il en résulte un état d'irritation chronique des paupières. Les yeux n'étant plus protégés par les cils, s'irritent, la conjonctive s'enflamme, il se produit de l'entropion et plus souvent de l'ectropion, des déviations lacrymales avec larmoiement chronique.

Là, encore, il importe de vérifier si l'affection des voies lacrymales n'est pas la cause et non l'effet de la blépharite. Surviennent enfin fréquemment des orgelets et des chalazions.

Les *causes générales* se retrouvent dans l'arthritisme, la scrofule et toutes les diathèses qui peuvent engendrer les maladies cutanées.

Quant aux *causes locales*, ce sont pour la plupart du temps des frottements des mains du malade ou des contacts de poussière. Par conséquent, certains tics, qu'il ne sera pas inutile de rechercher, et certaines professions seront souvent la cause de la blépharite : les garçons de café, par leur séjour continuel dans un air confiné et rempli de fumée de tabac, les fourreurs exposés continuellement au duvet qui s'échappe du brossage des peaux, les individus porteurs d'un pince-nez mal placé y sont prédisposés. Signalons enfin la présence de poux, les vices de réfraction mal corrigés, les obstructions lacrymales. Le plus souvent, lorsque la blépharite est bilatérale, c'est qu'elle est d'origine générale.

TRAITEMENT. — A. *Traitement général.* — Il faut avant tout

(1) Leçon recueillie par M. le docteur Albert Jalaguier, aide de clinique.

combattre la diathèse : chez les scrofuleux ordonner l'huile de foie de morue, les bains salés, les stations maritimes salines, Salies de Béarn ; chez les arthritiques, une saison à Uriage, Challes, Luchon, et l'antisepsie intestinale chez les auto-intoxiqués.

Prescrire un régime d'où seront exclus tous les aliments excitants et les alcools. Au besoin, le régime lacté absolu pendant quelque temps, interdire les endroits où l'on fume et dont l'air est confiné, recommander une hygiène régulière.

B. *Traitement local.* — Quelques précautions à prendre seront communes à toutes les variétés ; il faudra par exemple :

Rechercher le plus exactement possible et traiter la cause de la blépharite ;

Recommander une propreté méticuleuse des mains et des instruments servant au traitement, faire l'asepsie des bords ciliaires au moyen d'un lavage journalier.

Les traitements particuliers aux différentes variétés seront les plus difficiles et demandent le plus de tact : nous allons les passer en revue, en indiquant ce qui convient à chacune d'elles.

1° *Blépharite érythémateuse.* — Les causes recherchées et éliminées, si la blépharite ne s'accompagne pas de trop d'irritation, on ordonnera des compresses chaudes imbibées d'eau boriquée ou de boricine (une cuillerée à dessert dans grand bol d'eau tiède). Le soir on appliquera des pommades en commençant par la moins irritante, la vaseline neutre ou un mélange à parties égales de vaseline et lanoline d'abord, puis lorsque le malade ira mieux la pommade au précipité blanc dont la formule est indiquée plus loin. Le traitement sera poursuivi tant qu'il existera de la rougeur et continué au moins trois semaines après sa disparition. A la moindre rechute il sera repris. Il peut arriver que la forme érythémateuse soit le début d'un orgelet ou d'un chalazion ; dans ce cas, les pommades ne conviennent pas, mais l'antisepsie et les applications chaudes. Le cataplasme Langlebert remplit bien ce but, il s'applique le soir et s'enlève le lendemain matin.

L'orgelet augmente-t-il et commence-t-il à pointer? on ne le laissera pas percer tout seul de peur de l'auto-inoculation. Dès qu'il commencera à présenter un point blanc on le crèvera après avoir soigneusement protégé les bords des paupières avec un corps gras. On fera ensuite un nettoyage antiseptique énergique (sublimé).

2° *Blépharite eczémateuse.* — Ici le traitement hygiénique est essentiel, il faut donc éviter les excès, la fatigue, les écarts de régime, la constipation, et empêcher à tout prix les malades de se gratter en leur attachant les mains au besoin.

Cette variété peut revêtir trois formes bien distinctes au point de vue du traitement local :

La blépharite de moyenne intensité ;

La blépharite aiguë irritable ;

La blépharite chronique ou torpide.

Le secret du traitement consiste à ramener les deux dernières formes à la première que l'on traitera comme il suit :

α. *Blépharite de moyenne intensité.* — Simples nettoyages à l'eau bouillie tiède et compresses au cyanure d'hydrargyre au 10000e pas trop chaudes. Cela suffit et aucun autre traitement n'est nécessaire à condition que le catarrhe conjonctival soit guéri aussi ; mais si la maladie n'est pas complètement terminée, il faut employer les pommades suivantes classées d'après le degré de réaction qu'elles déterminent et dont voici les formules :

Axonge fraîche seule.

Vaseline neutre.

Vaseline neutre	5 grammes.
Oxyde de zinc	0g10 centigr.
Vaseline neutre	5 grammes.
Précipité blanc	0g10 centigr.
Vaseline neutre	5 grammes.
Oxyde jaune d'hydrargyre finement porphyrisé	0g10 centigr.
Vaseline neutre	5 grammes.
Précipité rouge	0g03 centigr.
Vaseline neutre	5 grammes.
Acide phénique	0g05 centigr.
Vaseline } *ââ*	5 grammes.
Lanoline }	
Huile de cade	0g10 centigr.
Huile d'olive } *ââ*	
Huile de bouleau }	
Vaseline neutre	5 grammes.
Ichtyol	0g05 centigr.

On commencera donc au premier échelon et l'on essayera successivement les autres jusqu'à la guérison. Il ne faut pas s'effrayer s'il existe un peu de réaction, et l'on persévérera un ou deux jours ; mais si, dès le début, il se produit une violente irritation, c'est qu'il s'agit de la deuxième forme ou :

β. *Blépharite aiguë irritable.*

Le but sera de revenir au type moyen :

Trois choses s'imposent ; il faut :

1. *Calmer l'irritation*, par des lavages à l'eau bouillie ou avec une solution salée, appliquant en même temps des ouataplasmes. Quelquefois ce dernier traitement détermine une poussée aiguë, il faut alors se contenter des lavages, à l'eau bouillie, puis avec de l'eau additionnée de 10 p. 1000 de bicarbonate de soude. Quand le malade ne réagit plus, des antiseptiques. C'est quelquefois le seul moyen de venir à bout d'un eczéma des paupières rebelle à tout traitement.

2. *Guérir les ulcérations* qui sont la cause de la chute des cils ; il faudra arracher tous ceux qui sont malades pour permettre à d'autres de repousser, désinfecter soigneusement les ulcérations, puis appliquer des antiseptiques en compresses. Il est quelquefois bon de toucher les bords des paupières avec une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100.

3. *Atténuer les symptômes douloureux.* — Pour cela on pourra poudrer le bord des paupières avec de la poudre d'amidon, du talc ou un mélange de 10 parties de craie préparée et de 1 de bicarbonate de soude. Les lavages à l'eau très légèrement alcoolisée ou mentholée sont assez bien supportés. A l'intérieur du sulfate de quinine.

L'irritation calmée, il faut revenir au type précédent de moyenne intensité et traiter comme il est indiqué plus haut.

γ. *Forme chronique ou torpide.* — D'emblée on emploiera les antiseptiques et les pommades, même un peu fortes. L'irritation se produit-elle ? On reviendra au traitement de la forme moyenne ou même de la forme aiguë. La guérison obtenue on surveillera les récidives.

3° *Blépharite pityriasique ou séborrhéique.* — Cette forme est facile à guérir au moyen de simples lavages à la boricine et des pommades à l'oxyde de zinc ou à l'oxyde jaune. Les démangeaisons pourront être calmées par des lotions avec

Eau........................	500 grammes.
Acide phénique.............	2 —

4° *Blépharite hypertrophique.* — Doit être traitée comme la précédente. Si l'hypertrophie est trop prononcée, on peut scarifier les bords des paupières, ou même les perforer complètement avec le thermo ou le galvano-cautère.

5° *Blépharite ulcéreuse.* — Il faudra faire tomber les croûtes pendant la nuit au moyen de cataplasmes aseptiques, qu'on remplacera par des compresses, au sublimé ou à l'eau phéniquée le matin; épiler ensuite soigneusement tous les cils malades. Les savonnages au protargol peuvent être essayés, de même que les cautérisations légères à la teinture d'iode ou au nitrate d'argent.

Quand l'épiderme sera refait, la blépharite pourra être traitée comme les autres variétés avec les pommades.

6° *Blépharite phtyriasique.* — On enlèvera les pédiculi ou les lentes, et on prescrira des lavages au sublimé à 1 p. 5000. Au besoin on appliquera l'onguent mercuriel.

De tout ceci, il résulte qu'il n'existe pas un traitement mais des traitements pour les blépharites et que cette maladie nécessitera, plus qu'aucune autre, du tact, des tâtonnements et de l'expérience.

HOTEL-DIEU DE LYON. — Professeur A. Poncet.

ÉNORME KYSTE DERMOIDE SOUS-CUTANÉ

N'AYANT APPARU QU'A L'AGE DE SOIXANTE-HUIT ANS, ET SIÉGEANT AU-DESSUS DE L'OMOPLATE DROITE

Par M. Léon Thévenot,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine.

Le terme de kyste dermoïde éveille le plus souvent, en dehors de certains kystes ovariens, l'idée d'une tumeur de petit ou moyen volume, molle, fluctuante, congénitale, et surtout siégeant en des régions déterminées du corps qui sont des lieux d'élection. Ce dernier caractère facilite même souvent le diagnostic de cette affection. Par contre, nous avons, de temps en temps, l'occasion de la rencontrer en des points absolument inattendus, avec des symptômes un peu particuliers, qui laissent l'esprit hésitant, et ce n'est guère alors que par exclusion que l'on déterminera cliniquement la nature exacte de la lésion que l'on a sous les yeux. C'est dans ces conditions spéciales que nous venons d'en observer un cas dans la pratique de M. Poncet.

Il s'agissait, en effet, d'un kyste siégeant sur la paroi thoracique, en arrière de l'omoplate droite. C'était une grosse masse du volume de deux poings, d'aspect multiloculaire. Elle avait passé inaperçue pendant de nombreuses années et c'est par hasard que le malade en avait reconnu l'existence, alors que, sans motif, sans qu'elle déterminât, du reste, de troubles fonctionnels ou de symptômes subjectifs, elle avait pris un développement rapide et considérable.

Voici cette observation clinique :

M. X..., soixante-treize ans, curé d'un village du Jura, vient trouver M. Poncet le 17 octobre 1901, pour des affections diverses dont il est atteint depuis quelques années. Il n'a rien de particulier dans ses antécédents et personnellement il a toujours joui d'une bonne santé. Depuis quelques années, il est gêné par une hernie inguinale volumineuse, qui est facilement réductible, facilement maintenue. En raison de l'âge du malade et de son état général, on prescrit simplement le port d'un bandage. Il présente également quelques troubles de la miction, dus à un certain degré d'hypertrophie de la prostate.

Enfin, il se plaint d'une grosse tumeur qui siège en arrière de l'omoplate droite. Il prétend n'avoir constaté en ce point rien d'insolite jusqu'à l'âge de soixante-huit ans. A cette époque et par hasard, il remarqua l'existence d'une petite tumeur indolore, mobile avec la peau sur les plans profonds, et dont il ne se préoccupa pas beaucoup. Peu à peu, elle s'accrut, elle était molle et fluctuante, recouverte par des téguments très minces qui, spontanément, se déchirèrent, il y a trois ans, pour donner issue à une certaine quantité de liquide que le malade compare à de l'eau. Puis, toujours spontanément, la perforation se cicatrisa, la masse recommença à augmenter de volume, pour acquérir enfin ses dimensions actuelles.

Au moment de notre examen, on constatait une tumeur, grosse comme deux poings, bosselée, irrégulière et très superficielle. Elle est indolore, et gêne seulement par son siège et son volume. La peau qui la recouvre, et qui lui adhère par places et dans la plus grande partie de son étendue, a conservé, en certains points, ses caractères normaux; en d'autres, elle est amincie, un peu violacée et laisse deviner par transparence le liquide sous-jacent.

La tumeur n'adhère pas aux plans profonds sur lesquels il est facile de la déplacer. Sa fluctuation est très facile à percevoir. On a ainsi l'impression d'une masse kystique, ou mieux polykystique, développée aux dépens de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Pour des raisons que nous étudierons plus loin, cette masse liquide fut considérée comme étant de nature dermoïde.

Opération le 7 novembre 1901, sans anesthésie, en raison du mauvais état général du malade. Une longue incision éventre la poche dont la décortication est relativement facile du côté de la peau. Il n'en est pas de même pour la face profonde, intimement adhérente à la couche musculo-aponévrotique sous-jacente. La cavité ainsi créée est tamponnée avec de la gaze et pansée à plat.

Les suites opératoires furent simples, et le malade partit chez lui guéri le 25 novembre.

Le liquide contenu dans le kyste était trouble, de couleur chocolat, avec de vieilles masses fibrineuses comme dans une hématocèle ancienne; il n'y avait ni poils, ni dérivés de l'ectoderme. La poche qui, par places, présentait de véritables papilles, et qui fut examinée par M. le docteur L. Dor, chef du laboratoire de la clinique, était nettement d'origine ectodermique.

Il s'agissait donc bien d'une tumeur dermoïde.

C'était à cette hypothèse, ainsi que nous l'avons dit plus haut, que M. Poncet s'était arrêté, un peu par exclusion. Plusieurs raisons, en effet, empêchaient d'y songer de prime abord : d'abord le siège de l'affection; d'autre part, son apparition tardive à soixante-huit ans; enfin son évolution rapide. Elles n'étaient, cependant, pas suffisantes pour éliminer ce diagnostic. La plus importante était peut-être la question de siège, bien que de nombreux exemples nous aient déjà appris que les kystes dermoïdes peuvent se développer en un point quelconque de notre organisme.

Au niveau de la paroi thoracique, en particulier de la région

scapulaire, ces kystes n'en constituent pas moins une affection très rare, et, si l'on se reporte aux traités classiques, en particulier à l'ouvrage de Lannelongue sur les kystes congénitaux, on est frappé du petit nombre d'observations relatées jusqu'à ce jour : 6 cas seulement y sont rapportés. Ils concernent tous des tumeurs développées sur la ligne médiane, au niveau de la région sternale, et c'est, d'ordinaire, à la partie supérieure du sternum, au niveau de l'union des premières pièces sternales, que l'on rencontre le kyste.

L'explication en est d'ailleurs bien facile à donner. Si l'on peut discuter la nature des kystes dermoïdes à contenu complexe, et agiter pour eux la question de savoir s'ils dérivent des tissus de l'embryon lui-même, ou s'ils ne représentent pas un embryon surajouté ayant évolué d'une façon monstrueuse au lieu de donner une grossesse gémellaire, on est d'accord actuellement sur l'origine des kystes dermoïdes à contenu simple, ceux que Lannelongue appelle kystes dermoïdes du premier groupe.

Ce sont des formations dues à l'inclusion d'un fragment de l'ectoderme et c'est au niveau des lignes de soudure des lames ectodermiques que nous devons les rencontrer. De là, leur siège sur la ligne médiane au niveau du sternum. En dehors de cette région, d'après les données de l'embryologie, ils ne devraient pas exister. C'est en vain, en effet, que nous avons recherché des cas analogues au nôtre.

Pour expliquer son origine, on est obligé d'admettre qu'il s'est produit en ce point, d'une façon tout à fait accidentelle et sans motif plausible, un plissement des téguments, qui a abouti à leur inclusion. Sans doute, c'est là un mécanisme insolite, mais c'est le seul pour le moment qui explique ces tumeurs à siège exceptionnel, tumeurs du tronc, tumeurs des membres surtout, car on ne peut parler de vestiges de soudure ectodermique pour des organes qui se développent par des bourgeons pleins.

Il est un autre motif qui pouvait, un instant, faire rejeter l'hypothèse d'une semblable affection, c'est son apparition tardive. Qui dit, en effet, kyste dermoïde, dit lésion, kyste congénital, et si, lorsqu'elle est profondément située, la masse peut ne pas être immédiatement perceptible, il ne devrait plus en être de même lorsqu'elle est très superficielle.

Nous savons ce qu'il faut penser actuellement de ces lésions congénitales, et leur apparition tardive ne nous donne pas le change. Il en est souvent de ces tumeurs ce qu'il en est des hernies. L'enfant paraît normalement conformé à sa naissance ; la lésion est latente et reste ainsi pendant de nombreuses années, échappant à l'examen le plus minutieux. Elle n'apparait que plus ou moins tard, sans cesser pour cela d'être congénitale. Dans la collection des observations de M. Poncet intitulées : *Kystes dermoïdes, kystes congénitaux*, nous avons trouvé leur apparition tardive, signalée maintes fois, soit après la puberté, soit encore dans l'âge mûr et même dans la vieillesse.

C'est d'ailleurs par exclusion que l'on arrivait à un semblable diagnostic chez notre malade. Une telle masse n'était certainement pas un abcès. On n'aurait pu penser qu'à un abcès froid, car il n'y avait jamais eu de phénomènes aigus. D'autre part, la poche était très fluctuante ; elle ne s'enfonçait pas du côté du squelette ; il n'y avait pas de points osseux douloureux; enfin, il y a trois ans, le liquide qui s'était écoulé ressemblait à de l'eau.

On aurait pu songer à un lipome, surtout à ces lipomes qui renferment dans leur intérieur des masses kystiques. La tumeur, en effet, s'était développée lentement, sans motifs, dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans amener de troubles subjectifs ou fonctionnels ; elle était bosselée, irrégulière ; elle adhérait à la peau comme certains lipomes qui se développent aux dépens de sa couche profonde ; elle contenait enfin un liquide séreux. Plusieurs caractères objectifs ne permettaient pas de s'arrêter à cette idée : la masse était uniformément très fluctuante, et la fluctuation très superficielle. On ne sentait pas ces parties plus résistantes qu'aurait dû renfermer le lipome, et l'on avait la sensation, non pas d'une tumeur avec des kystes, mais d'une véritable poche kystique.

S'agissait-il d'un kyste hydatique? Ce diagnostic était peu probable. Il n'existait, en aucun autre point, de lésion semblable, et nous n'avons pas connaissance de kyste de ce volume et développé spontanément dans le tissu cellulaire de cette région. Un kyste hydatique n'aurait d'ailleurs pas adhéré de la sorte à la peau, et il aurait présenté le frémissement qui caractérise cette affection.

L'élimination de cette série de diagnostics nous conduisit à l'hypothèse d'une tumeur développée aux dépens de germes embryonnaires, à l'idée d'un kyste dermoïde ou mucoïde. Leur rareté dans une telle région, l'apparition tardive de la lésion étaient les seules objections que l'on pût faire, et nous avons vu ce qu'il y avait lieu d'en penser. Aussi est-ce à cette hypothèse que M. Poncet s'arrêta.

L'intervention montra le bien-fondé de ce diagnostic, et l'examen histologique vint lever les derniers doutes.

Curieux par son siège et son évolution clinique, ce gros kyste séreux, devenu hématique, serait particulièrement intéressant si nous pouvions saisir la cause qui lui a donné naissance. Il fait partie de ce groupe que l'on ne peut expliquer que par un pincement accidentel de la peau. Malheureusement, dans notre cas, pas plus d'ailleurs que dans ceux rapportés jusqu'à ce jour, il n'existait, au voisinage de la tumeur, de sillon ou de malformation congénitale, et nous ne savons pourquoi il s'est fait, à ce niveau, un plissement de l'ectoderme qui a été le point de départ de la lésion que nous décrivons aujourd'hui.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(3 JUIN 1902)

Nous n'avons qu'une seule communication à enregistrer, celle de M. Laveran sur l'**évolution du nagana et sa variabilité suivant les espèces animales**.

Parmi les pièces de la correspondance, nous signalerons une note de M. Bussière, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales, sur le **choléra asiatique dans les établissements français de l'Inde en 1900**.

M. Bussière fait observer que Karikal et Yanaon sont toujours visités par le choléra en juillet, époque de la crue des deux fleuves sur lesquels ces villes sont situées. Le choléra règne toute l'année à Chandernagor, il y a eu deux poussées épidémiques correspondant l'une avec la crue du Gange, l'autre avec le début de la saison des pluies.

1297 cholériques ont été soignés, dont 1075 sont morts. Ces chiffres ne représentent nullement le nombre des malades, attendu que beaucoup de cas n'ont pas été déclarés, les indigènes désirant se soustraire aux mesures de désinfection qui froissent leurs préjugés et sont incompatibles avec leurs cérémonies funèbres.

Les Européens ne comptent aucun décès, les métis fort peu, ce sont les indigènes de certaines castes qui ont payé le plus lourd tribut, ce qui tient à ce qu'ils n'ont eu recours aux médecins européens qu'à la dernière période de la maladie.

A l'état sporadique le choléra revêt la forme de cholérine, rarement mortelle. Dans les épidémies c'est la forme foudroyante qui domine avec, parfois, des cas de choléra sec, sans diarrhée.

La sévérité avec laquelle le choléra sévit sur les Hindous tient à leur mépris profond pour l'hygiène.

La contagion se fait aussi par le contact des malades, par les nattes et les effets qui ont servi aux cholériques et qui, après le décès, sont utilisés immédiatement par les survivants sans avoir été désinfectés.

Parmi les ouvrages présentés, un gros volume de M. Chipault sur la **chirurgie nerveuse** dont M. Laborde fait l'éloge; un mémoire de M. Ragalski sur l'**origine phénicéenne de la lèpre en Bretagne**, présenté par M. Lannelongue qui est chargé d'un rapport sur cet intéressant travail.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Lucas-Championnière sur les titres des candidats pour les places vacantes de correspondants nationaux dans la deuxième division. Voici l'ordre de classement : en première ligne, M. Fochier (de Lyon); en deuxième ligne, M. Mouchet (de Sens); en troisième ligne, M. Fontan (de Toulon); en quatrième ligne, M. Rouvier (de Beyrouth); en cinquième ligne, M. Jeannel (de Toulouse); en sixième ligne, M. Malherbe (de Nantes).

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Les psychoses de la chorée (MOYER). — Les troubles mentaux bien caractérisés sont rares dans la chorée de Sydenham. L'auteur en cite une observation : il s'agit d'une fille de quinze ans, bien développée, sans hérédité nerveuse. Au printemps de 1900, elle commença à présenter des mouvements choréiques, d'abord limités aux membres supérieurs et bientôt généralisés. Au bout de trois semaines, elle présenta des signes de manie aiguë, devint agitée, ne dormant plus, chantant, dansant, frappant sur les meubles jusqu'à s'en meurtrir la peau. Le repos forcé au lit amena une atténuation progressive des mouvements choréiques et des troubles mentaux. L'année suivante, vers la même époque, les mêmes signes de chorée et de manie aiguë firent de nouveau leur apparition, reproduisant identiquement la première attaque.

Ayant fait des recherches à ce sujet dans la littérature médicale, et, d'autre part, ayant soigneusement noté les phénomènes mentaux au cours de dix cas de chorée, M. Moyer formule les conclusions suivantes :

1° Dans la plupart des cas de chorée, il existe une altération notable du caractère et de la mentalité, précédant de quelques semaines les mouvements choréiques ;

2° Les hallucinations peuvent s'observer, mais ne sont jamais suffisamment graves pour constituer une psychose spéciale;

3° Le type habituel est la manie simple ; mais on peut observer la mélancolie, le délire aigu ;

4° Les troubles mentaux de la chorée s'observent rarement avant douze ans;

5° Lorsqu'on trouve, à un âge plus avancé, des mouvements choréiques associés à des phénomènes de psychose, il s'agit presque toujours de lésions organiques des centres nerveux ;

6° Quand ces accidents surviennent dans la chorée de Sydenham simple, le pronostic est favorable. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 1901, vol. XXXII, p. 1378.) A. H.

PHYSIOLOGIE

Sur certaines réactions chromatiques des globules du sang des diabétiques. — Les globules rouges du sang diabétique possèdent la propriété de se colorer par les couleurs d'aniline basiques, alors que les globules du sang normal se colorent par les couleurs acides. M. le docteur LE GOFF a entrepris un certain nombre de recherches dans le but d'expliquer cette réactiod : il a étudié les réactions chromatiques de l'hémoglobine pure, de l'hémoglobine combinée aux hydrates de carbone; puis il a rendu hyperglycémique le sang normal en l'additionnant de solution de glucose dans le sérum physiologique, il a pu ainsi modifier les globules normaux et leur donner la propriété de se colorer de la même façon que les globules du sang diabétique. M. Le Goff est ainsi conduit à admettre que, dans le sang diabétique, l'hémoglobine et le glucose forment une combinaison dont l'étude permettra peut-être de saisir le mode d'oxydation des hydrates de carbone dans l'organisme et la cause de leur élimination dans le diabète sucré. (Acad. des sc., séance du 12 mai.) N.

CHIRURGIE

Suture de la tête humérale à l'acromion dans une ancienne luxation sous-coracoïdienne. — Après avoir pratiqué l'examen radiographique chez le malade dont il s'agit, M. Carl BECK constata les signes d'une luxation sous-coracoïdienne. Sous le chloroforme, les diverses méthodes de réduction furent essayées sans résultat. En fin de compte, on pratiqua une incision courbe, commençant au niveau de l'acromion, gagnant l'apophyse coracoïde et descendant le long de la face antérieure du bras. L'acromion et l'articulation furent ainsi mises à nu, les adhérences furent libérées et la tête humérale réduite dans la cavité glénoïde. Mais, en raison de la tendance marquée de la tête à se déplacer en avant, M. Carl Beck la maintint dans sa cavité en la suturant à l'acromion, après avoir perforé ces deux parties osseuses.

L'auteur estime que ce procédé est supérieur à la résection de la tête humérale. Il ne nécessite aucune manœuvre de force et il permet d'éviter facilement la blessure des muscles des vaisseaux ou des nerfs. (*Medical News*, 1er mars 1902.) A. H.

THÉRAPEUTIQUE

Action de l'ozone dans la coqueluche (M. DELHERM). — Multiples et variés sont les traitements prétendus spécifiques de la coqueluche. On ne saurait émettre une telle prétention pour l'ozone, mais cet agent possède une valeur antispasmodique marquée qui justifie son classement parmi les traitements de la coqueluche.

Cette étude a été faite aux Enfants-Malades dans le pavillon des coquelucheux. L'appareil utilisé est celui de MM. Labbé et Oudin qui a le très grand avantage d'être facilement transportable, et dont le maniement peut être appris en quelques minutes. Les séances étaient effectuées trois ou quatre fois par jour, et chacune avait une durée de dix minutes : la durée totale du traitement était d'environ quinze jours.

Sans effets à la période catarrhale du début et de la fin l'ozone est efficace seulement au moment de la période des quintes. Les cas traités avaient entre 10 et 25 quintes par vingt-quatre heures et dans tous les cas sans exception la période pendant laquelle ont été faites les inhalations a été

moins riche en quintes que celle qui l'a précédée. La grosse objection qu'on peut faire, c'est que les quintes diminuent spontanément, mais cet argument perd toute sa valeur devant une statistique de 21 cas, ajoutés aux cas de Caillé, Labbé, Oudin, Doumer. Le nombre des quintes diminue progressivement en dix à douze jours à 0 ou 2 ou 3 par vingt-quatre heures.

L'action sur les reprises est souvent plus nette que sur les quintes. Dans tous les cas traités le nombre des reprises a diminué très rapidement, il n'est pas rare même de voir la chute des reprises être plus brusque que celle des quintes. L'ozone dénature en quelque sorte la quinte en la rendant moins pénible, et en atténuant ainsi les phénomènes congestifs. D'après nos observateurs il ne semble pas que la durée de la coqueluche ait été sensiblement diminuée : l'ozone masque seulement la quinte. Les malades traités ont été pris à toutes les périodes de la période spasmodique de la coqueluche : il n'a donné aucun résultat sensible dans les coqueluches compliquées de broncho-pneumonie.

En somme : pas d'action à la période catarrhale, action au moment des quintes sur leur nombre, sur les reprises. Un avantage très appréciable de l'ozone c'est que, manié selon les indications données, il n'est pas toxique, alors que les médicaments actifs de la coqueluche sont souvent loin d'être exempts de tout danger. (*Arch. de méd. des enfants*, mai 1902.) D. L.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. Lombard.

Le jury pour le concours à deux places d'assistant titulaire et à deux places d'assistant-adjoint d'oto-rhino-laryngologie est composé de MM. Lermoyez, Sébileau, Danlos, Chaput et Lombard.

MM. Capdepont, Nogué et Robin sont nommés, après concours, dentistes-adjoints.

La médaille de bronze des épidémies est accordée à MM. Baudrand, Calvé, Chasteney de Géry, Civatte, Hazard, Jousselin, Rigollot-Simonnot et Mlle Pelletier, externes des hôpitaux de Paris.

Facultés de médecine. — Les *délais d'ajournement* aux examens de médecine viennent d'être abrégés par un décret du 29 mai 1902. Désormais, le conseil de la Faculté ou de l'Ecole, ou la commission scolaire nommées par lui peuvent abréger les délais d'un mois au premier échec, de deux mois au second, de quatre mois au maximum au quatrième.

Jusqu'ici les délais étaient de trois mois au premier échec, à chaque nouvel échec les délais s'augmentaient de trois mois.

Faculté de médecine de Paris. — Le concours pour l'adjuvat s'est terminé par la nomination de MM. Chevassu, Hallopeau, Tridon (*ex æquo*), Grégoire et Bouchet.

Écoles de médecine. — *Amiens.* — M. Jean Bernard est nommé professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Guerre. — Désormais, les officiers du corps de santé militaire qui concourront pour des places de professeur titulaire ou agrégé, etc., dans les Facultés ou dans les Écoles de médecine, pour les fonctions au Collège de France, au Museum, ou dans les instituts Pasteur, seront mis hors cadres sans solde.

Au bout d'une période de six ans, ces officiers seront mis en demeure soit d'accepter leur réintégration dans les cadres, soit de démissionner.

Leur avancement dans l'armée, les propositions pour la Légion d'honneur, seront réglés à l'ancienneté dans les conditions prévues par l'article 16 de la loi de 1832.

Ces dispositions ne sont applicables aux officiers ayant obtenu des fonctions civiles avant la promulgation du présent décret qu'en ce qui concerne l'avancement.

Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Rome. — Le IVe Congrès international de gynécologie et d'obstétrique se tiendra à Rome, du 15 au 21 septembre, sous le patronage du roi d'Italie et sous la présidence d'honneur du ministre de l'Instruction publique et de Guido Baccelli.

Président du Congrès : Professeur Ercole Pasquali (de Rome).

Président de la section d'obstétrique : Professeur Morisani (de Naples).

Président de la section de gynécologie : Professeur Mangiagalli (de Pavie).

Secrétaire général : Professeur Pestalozza (de Florence).

Membres du Comité d'organisation : Professeur Calderini (de Bologne); professeur Gazzoni (de Messine); professeur La Torre (de Rome); professeur Negri (de Venise); professeur Truzzi (de Padoue).

Secrétaires : Professeurs Caruso (de Naples); Regnoli (de Rome); Rossi Doria (de Rome).

Trésorier : M. Cesare Micheli, 127, via Rasello, Rome.

Rapports : 1° Les indications médicales à la provocation de l'accouchement, par MM. Barton Cook Hirst (de Philadelphie); Hofmeier (de Wurtzbourg); Pinard (de Paris); Rein (de Pétersbourg); Schauta (de Vienne); Simpson (d'Edimbourg);

2° De l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale, par MM. Fehling (de Strasbourg); Léopold (de Dresde); Treub (d'Amsterdam); Tuffier (de Paris);

3° La tuberculose génitale, par MM. Marbin (de Greifswald) et Veit (de Leyden);

4° La cure chirurgicale du cancer de l'utérus, par MM. Cullen (de Baltimore); Freund (de Berlin); Jonnesco (de Bucarest); Pozzi (de Paris); Wertheim (de Vienne).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Jayle, secrétaire du Congrès pour la France, 232, boulevard Saint-Germain.

L'Exposition de moyens d'instruction médicale de Berlin (31 mai-8 juin 1902.) — Pendant l'Exposition de moyens d'instruction médicale, qui se tient actuellement à Berlin, au palais de l'Académie royale des Beaux-Arts, une série de conférences, accompagnées de démonstrations, fait heureusement ressortir l'importance des objets d'enseignement pour les différentes parties de la science médicale. En voici la liste : Prof. von Bergmann : « Des objets d'enseignement médical. » — Dr E. Doyen (de Paris) : « Le développement de la technique et des méthodes chirurgicales. » — Prof. Dr Jolly : « Démonstrations sur la pathologie du cerveau et de la moelle épinière. » — Prof. Dr von Leyden : « Démonstrations sur les maladies du cœur. » — Prof. Dr Liebreich : « Démonstrations sur la pharmacologie. » — Prof. Dr von Michel : « Démonstrations sur la tuberculose de l'œil. » — Prof. Dr Olshausen : « Démonstrations de gynécologie et d'obstétrique. » — Prof. Dr Wassermann : « Démonstrations de bactériologie et sur la doctrine de l'immunité la sérumthérapie. »

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. le docteur Charles Ferru, médecin-major en retraite, et Henri Dubus, étudiant à Lille.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 63. — SAMEDI 7 JUIN 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 7 JUIN 1902. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Le stridor laryngé congénital.

Par Prosper MERKLEN et Albert DEVAUX.

Certains enfants, au moment de la naissance ou peu de temps après, présentent un mode respiratoire particulier : le passage de l'air dans le larynx, au lieu de se faire silencieusement, est accompagné d'un bruit sonore et continu, plus marqué à l'inspiration, sans qu'en général il y ait de gêne ou de signes concomitants de dyspnée.

Cet état a été successivement désigné sous les noms de *croassement respiratoire des bébés*, de *cornage laryngien vestibulaire*, de *spasme laryngé infantile*; mais le terme de *stridor laryngé congénital* a définitivement prévalu.

I

Historique. — En 1853, Rilliet et Barthez signalent l'existence chez le nouveau-né de ce type respiratoire spécial. Krishaber et Morel Mackenzie en font également mention. Lees pratique la première autopsie en 1883; Gee et Politzer publient quelques cas, et Goodhart (1885) propose le nom de spasme laryngé infantile. Simultanément paraissent en Hongrie les travaux de Löri et ceux de Suckling en Angleterre, qui désigne cette affection par le terme de stridor laryngé congénital. Viennent ensuite les recherches de Robertson (1891), de Thomson. Bride et Smith (1894-1895) engagent une polémique visant la cause du stridor, le premier incriminant un trouble d'origine centrale, le second, combattu aussi par Clarke, une excitation réflexe due à la présence de végétations adénoïdes. En 1896, Variot fait paraître une nouvelle observation, et la même année Refslund publie le résultat de la deuxième autopsie pratiquée. L'année suivante, Sutherland et Lambert Lack apportent à la clinique l'appoint de l'examen laryngoscopique, et d'autre part sir Félix Semon consacre un mémoire important sur cette question, reprise en France par Variot en 1898. Citons encore les travaux d'Avellis, ceux de Stamm, les communications de Herzfeld, Moure, Hill, celle de Variot et Le Marc'Hadour à propos de laquelle Guinon et Comby (1900) rapportent chacun un cas nouveau, l'article de Comby dans son *Traité des maladies de l'enfance*, et enfin les publications de Thomson et Logan-Turner et les thèses de Guilbert et de Bruder.

II

Étiologie. — Il existe peu de renseignements concernant l'étiologie de la respiration stridoreuse. Bien que le nombre des garçons soit un peu supérieur à celui des filles, le sexe ne paraît pas avoir d'influence. Certains auteurs avancent qu'en Angleterre la maladie se rencontrerait plus volontiers et vont jusqu'à incriminer le froid humide. Quant au rôle de l'accouchement, sur lequel insiste Guilbert, il ne nous semble pas démontré qu'il doive entrer en ligne de compte.

Le seul point vraiment bien établi, c'est la rareté du stridor congénital. Sans qu'il soit possible d'apporter de statistique exacte, il est bien certain que, sur un grand nombre d'enfants vus au moment de la naissance, il en est fort peu chez qui l'on note cette anomalie respiratoire. On ne constate jamais de rachitisme chez les petits malades ni aucune tare digne d'être citée. Rien de spécial dans les antécédents; rappelons, pour être complet, le cas de Resflund qui a soigné un enfant dont les deux frères, au dire de la mère, auraient également été atteints de stridor.

III

Anatomie pathologique. — La bénignité du stridor congénital explique la rareté des autopsies. Aussi compte-t-on celles dont le protocole a été publié. Les plus complètes sont celles de Lees, Refslund, Sutherland et Lambert Lack, Variot. A ces résultats nécropsiques viennent, il est vrai, s'ajouter les constatations objectives faites sur le vivant, grâce à l'examen laryngoscopique, tel que l'ont pratiqué Bride, Smith, Avellis, Variot et Le Marc'Hadour.

Ces différentes recherches permettent d'établir l'anatomie pathologique de l'affection. Toutes, en effet, signalent comme lésion primordiale une malformation du vestibule laryngé.

Les modifications que présente cette région se ramènent à deux types. Dans chacun d'eux, ce sont l'épiglotte et les

replis aryténo-épiglottiques qui subissent une déformation plus ou moins accentuée.

Si la lésion est à son maximum, la portion sus-glottique est complètement changée d'aspect. L'épiglotte n'a plus ses courbures normales. Elle est repliée en dedans, ses bords sont rapprochés, et dans son ensemble elle prend la forme d'une véritable gouttière courbée. D'autres fois, les replis aryténo-épiglottiques ont perdu leur consistance; leurs bords libres, minces et flasques, arrivent presque au contact l'un de l'autre.

La partie supérieure du tube laryngé est en définitive rétrécie par des saillies qui obstruent sa lumière, saillies lâches et flottantes susceptibles d'entrer en vibrations sous l'action du courant d'air respiratoire, et remplissant en quelque sorte le rôle de cordes vocales supplémentaires.

Dans la seconde variété, les altérations sont moins marquées; elles ont toujours pour siège l'épiglotte et ses replis; mais ici l'épiglotte, au lieu de se déplier suivant son grand diamètre, est enroulée sur elle-même en forme de bec de flûte; les replis aryténo-épiglottiques sont rapprochés l'un de l'autre dans leur tiers antérieur seulement, et c'est cet ensemble qui entre en mouvement sous l'action de l'air.

Les autres parties constitutives du larynx n'ont subi que peu de modifications : les cartilages thyroïde et cricoïde sont normaux, les aryténoïdes un peu allongés. Les cordes vocales sont intactes, et la muqueuse a gardé son aspect blanc et nacré.

Il faut encore signaler la présence dans certains cas de végétations adénoïdes auxquelles, comme nous le verrons plus loin, certains auteurs ont voulu faire jouer un rôle pathogénique important.

Les autres lésions relatées dans les observations, telles que congestion pulmonaire, etc., sont purement accidentelles, et n'ont aucun rapport direct avec la maladie qui nous occupe.

IV

Pathogénie. — Bien que la pathogénie se soit en partie éclairée par les discussions auxquelles elle a donné lieu, l'accord est loin d'être absolu, et l'on discute encore sur l'origine et la cause de cette singulière affection.

On peut ramener à huit le nombre des théories qui ont été successivement proposées pour en élucider le mécanisme.

1. On a cherché à expliquer les troubles laryngés par un défaut de développement des centres corticaux respiratoires, spécialement ceux du larynx. C'est cette opinion qu'ont soutenue Thomson, Bride, Stamm, Herzfeld. Il y aurait alors spasme glottique par trouble de coordination des mouvements respiratoires, et l'on ne saurait mieux comparer ce qui se passe dans ces conditions qu'au bégaiement si souvent noté chez les enfants.

2. On a incriminé encore l'existence d'un spasme musculaire formant un point rétréci, tantôt au niveau de la glotte, tantôt dans la zone sus-glottique. En 1896, dans sa première publication, Variot a admis l'intervention du spasme. Il se basait, comme les auteurs qui se rallient à cette pathogénie, sur ce fait que chez certains malades la gêne respiratoire n'est pas constante. Sous l'influence de l'excitation des nerfs laryngés supérieurs naîtrait un réflexe qui amènerait la contracture des muscles glottiques. A cette notion du spasme glottique, Variot ajoutait encore la possibilité du spasme phrénique, qui donnerait lieu au tirage sus et sous-sternal, compliquant quelquefois le stridor. Cette relation entre ces deux spasmes phrénique et glottique se voit d'ailleurs en clinique, quand dans le cours d'une sténose laryngée on introduit un tube dans la glotte. La sténose vient-elle à céder, la contracture du diaphragme cesse également.

Antérieurement déjà, Löri avait parlé de spasme cloque des cordes vocales : il aurait vu celles-ci se rapprocher à l'inspiration, et pour lui, il s'agirait soit d'un trouble de coordination dans les mouvements du larynx, soit d'une hyperexcitabilité des centres nerveux.

3. A côté de l'irritation des terminaisons nerveuses de la muqueuse d'origine inflammatoire, le plus souvent, s'il faut en croire certains auteurs, prend place l'irritation réflexe due à la présence de végétations adénoïdes (E. Smith). Mais Clarke d'une part, Variot de l'autre ont constaté que l'ablation de ces tumeurs n'était pas suffisante pour faire disparaître les phénomènes pathologiques. Elles ne paraissent pas par suite avoir la valeur d'une cause efficiente, et s'il ne faut pas absolument rejeter leur influence, elles n'en passent pas moins au second plan.

4. Robertson de son côté invoque également l'action du système neuro-musculaire. Pour lui ce ne serait plus un spasme qui serait en cause, mais bien au contraire une paralysie des muscles abducteurs, c'est-à-dire des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs. Si ceux-ci sont paralysés, les muscles constricteurs antagonistes amènent une occlusion plus ou moins complète de la glotte. Sans doute ce mécanisme justifierait la gêne respiratoire, mais ne donnerait pas l'explication du timbre bruyant et sonore de la respiration.

5. Cette même objection peut être adressée à Avellis et aux auteurs qui voient dans la compression des voies aériennes supérieures par le thymus hypertrophié l'origine du stridor. Cette conception paraît d'autant moins admissible, qu'il s'agit là, croyons-nous, d'un ordre de choses tout différent. Il convient précisément de distinguer de la maladie que nous étudions les compressions de cause médiastinale avec lesquelles elle n'offre que de lointains points de ressemblance.

6. On tend actuellement de plus en plus à expliquer tous les cas de stridor congénital par l'existence de malformations. Et en effet chaque fois qu'une autopsie, chaque fois qu'un examen laryngoscopique ont été pratiqués, on a constaté des modifications de forme dans la configuration habituelle du larynx. Variot adopte aujourd'hui cette interprétation sans restriction, et son élève Bruder y a insisté dans sa thèse.

En décrivant l'anatomie pathologique, nous avons montré que l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques étaient modifiés. Les rapports anormaux qu'ils affectent les placent dans une situation telle qu'ils deviennent aptes à entrer en vibration par de simples mouvements inspiratoires. Ils constituent ainsi des cordes vocales supplémentaires et donnent la raison d'être non seulement de la gêne respiratoire, phénomène secondaire en l'espèce, mais notamment du caractère bruyant et bien spécial de la respiration.

Les replis aryténo-épiglottiques, nous le rappelons, sont pris soit dans toute leur longueur, soit seulement dans la partie antérieure, l'épiglotte étant altérée dans les deux cas. Dans le premier il y a une glotte vestibulaire, selon l'expression de Variot, qui vibre d'une manière toute mécanique à chaque inspiration. Dans le second cas, le stridor est

dû aux vibrations de l'épiglotte qui forme anche et résonne avec le tiers antérieur des replis.

Cette pathogénie est la seule aussi qui permette de concevoir le mode de guérison. Le larynx, en se développant, subit des modifications de structure qui rendent plus résistants les cartilages; il acquiert des dimensions plus grandes, et peu à peu le vestibule devient suffisant pour laisser passer l'air sans production de bruit pathologique.

A un point de vue plus général, il y a lieu de rapprocher cette malformation de toutes les autres constatées au moment de la naissance. Elle ne donne lieu à sa symptomatologie particulière que par suite de sa localisation.

7. Il faut encore mentionner le mécanisme indiqué par sir Felix Semon. Pour cet auteur les malformations seraient toujours en cause; mais tandis que dans les théories précédentes elles siégeaient dans le vestibule laryngien, il s'agirait ici de brides cicatritricielles unissant transversalement les cordes vocales inférieures. C'est là en tout cas une rareté pathologique.

8. Enfin la théorie la plus récente est due à Thompson et Logan-Turner. Plus haut déjà, nous avons dit que Thomson incrimine un arrêt de développement des centres corticaux provoquant un trouble de coordination des mouvements respiratoires. Pour Thomson et Logan-Turner, ce serait effectivement là le fait primitif; les altérations laryngées existent bien, mais ils croient qu'au lieu d'être congénitales elles sont acquises; l'incoordination des mouvements respiratoires donnerait lieu à une aspiration s'exerçant constamment sur les tissus mous de l'ouverture du larynx, et la malformation locale serait le résultat de cette aspiration.

V

Symptomatologie. — C'est dès la naissance que l'enfant présente en général la respiration stridoreuse; parfois le phénomène apparaît quelques jours plus tard, la fin de la deuxième semaine semblant la dernière limite. Toutefois Sutherland et Lambert Lack l'ont une fois vu dans la troisième semaine.

Il est essentiellement caractérisé par des modifications dans le timbre respiratoire, qui devient musical. On a proposé beaucoup de comparaisons : gloussement de la poule, sanglot, hoquet, ronron du chat, croassement de la grenouille. C'est dire qu'il affecte différentes modalités, susceptibles de se ramener néanmoins à un type bien défini.

Le temps de l'inspiration est de beaucoup le plus altéré. Il est sonore, contrairement à l'état normal; au début c'est une note basse, qui s'élève et se termine par un son aigu et musical. Cependant ce son, sur l'importance duquel Variot insiste beaucoup, peut être atténué, et dans les cas légers existe seule une tonalité basse comparable à un grognement. Pour Moure le bruit grave serait dû aux vibrations du voile du palais et de l'arrière-gorge, le bruit aigu seul se passant dans le larynx. Déjà Gee attribuait le stridor à des bruits pharyngiens.

Quant à l'expiration, elle est le plus souvent silencieuse. Plus rarement on entend encore une ébauche de grognement qui disparaît avant la fin de l'expiration. C'est surtout lorsque l'inspiration est très stridoreuse que l'expiration en ressent le contre-coup.

Le stridor est continu, mais il n'est pas sans subir certains changements dans son intensité. On a remarqué en effet que pendant le sommeil ou dans le très grand calme, pendant les tétées, dans la position basse de la tête, se montre une sorte d'accalmie qui peut même, dans quelques cas, aboutir à la cessation complète du phénomène durant une ou deux minutes; mais que survienne une excitation, le stridor réapparaît ou se renforce. Quelques auteurs avancent que le passage du chaud au froid produit le même effet, tandis que le passage du froid au chaud fait l'inverse. Le stridor augmente aussi si l'enfant est excité, s'il pleure, s'il tousse; l'accélération des mouvements respiratoires agit dans le même sens. Il persiste également quand on pince les narines, dans le bâillement (Löri, Thomson), pendant le sommeil chloroformique (Sutherland et Lambert Lack).

A ces troubles respiratoires s'oppose l'intégrité de la voix et de la toux qui ne sont pas changées et ne se distinguent en rien de la normale. C'est là un phénomène capital sur lequel on ne saurait trop insister.

Malgré le rétrécissement du larynx, la respiration n'est que peu gênée, et hors certains paroxysmes, l'enfant ne paraît pas souffrir de la malformation dont il est porteur.

Ces paroxysmes éclatent plutôt la nuit qu'au réveil, ou encore lorsque, pour une raison quelconque, le malade sort de son calme ordinaire. Ils se traduisent par une exagération du stridor et surtout par l'adjonction d'un certain degré de gêne respiratoire. L'enfant a peine à respirer, et simultanément se dessine un peu de cyanose. Il peut même présenter du tirage sus et sous-sternal, et Thomson a signalé un cas où il a vu en même temps une dépression des régions sus-claviculaires et des espaces intercostaux : Refslund, d'autre part, a indiqué un mouvement de descente du larynx à l'inspiration.

Indépendamment de ces crises, en somme assez rares, l'état général de l'enfant reste bon et ne donne que peu d'inquiétude au médecin.

Nous avons dit dans un chapitre précédent quelles lésions caractérisent le stridor du nouveau-né. Nous n'y reviendrons pas ici, d'autant plus que dans la pratique l'examen objectif du larynx est très difficile à cet âge. Sutherland et Lambert Lack, Variot et Le Marc'Hadour ont néanmoins réussi avec beaucoup de patience à déceler par le laryngoscope les altérations causales de l'affection. Mais cet examen demande une grande habitude et ne saurait tomber dans le domaine courant.

A défaut de la vue, le toucher peut-il être utilisé? L'orifice supérieur du larynx est singulièrement petit et mou à cet âge, et il nous semble bien téméraire de compter sur cette pratique pour reconnaître les modifications pathologiques.

L'auscultation ne laisse entendre aucun bruit pulmonaire surajouté; on perçoit simplement le retentissement du bruit laryngé.

VI

Marche. — Le stridor augmente d'intensité pendant les deux ou trois premiers mois; il reste alors stationnaire jusqu'au huitième, puis peu à peu s'atténue et disparaît. La terminaison a lieu entre la première et la deuxième année, rarement plus tard. Comby l'a vu durer une fois jusqu'à trois ans.

Vers la fin, le bruit musical est moins net et moins fréquent. Seul persiste le grognement; on note parfois des périodes de rémission plus ou moins longues. Il peut y avoir des récidives; une fois la guérison obtenue, l'affection est susceptible de réapparaître momentanément, si le

sujet pleure, crie ou s'agite, ou s'il fait de trop fortes inspirations.

VII

Complications. — A vrai dire, peu de complications naissent du fait même du stridor, et la marche favorable de l'affection n'est le plus souvent pas entravée.

Toutefois l'enfant présente dans certains cas une prédisposition à l'infection bronchique. La nutrition peut être défectueuse par suite d'un état dyspeptique plus ou moins prononcé. Jamais de convulsions, de craniotabès, à moins d'affections concomitantes. Le rachitisme n'est pas davantage en rapport avec la respiration stridoreuse, mais des déformations d'autre nature peuvent survenir.

Les Anglais décrivent sous le nom de « pigeon breast » une déformation du thorax un peu spéciale. Celui-ci s'allonge, et offre quelque analogie avec la cage thoracique des oiseaux. Cette complication ne surgit que si l'affection primitive est accentuée et prolongée. Enfin, on a vu le tirage persister, quoique atténué, après la disparition du stridor.

VIII

Diagnostic. — Si l'enfant est vu aussitôt après la naissance et si à ce moment on constate de la respiration bruyante et sonore, si, d'autre part, la voix reste claire et normale, on n'aura pas grand'peine à porter le diagnostic : le bon état général, l'absence de fièvre, le début à la naissance confirment le clinicien dans son opinion première. Mais étant donné la rareté de la maladie qui nous occupe, il faut avouer que le médecin peut très bien ne pas déceler la cause de cette respiration anormale. Bien plus souvent il se trouve face à face avec d'autres affections susceptibles de lui donner le change, et qu'il nous faut passer en revue.

La *laryngite striduleuse* apparaît chez des enfants plus âgés ; on sait qu'elle est caractérisée par des accès subis se montrant la nuit, ne laissant au réveil qu'une légère fatigue, et reprenant volontiers la nuit suivante. On ne saurait faire de confusion entre cette affection essentiellement caractérisée par des accès aigus et intermittents et le stridor qui ne cesse jamais complètement ; exception faite pour de rares cas, il ne revêt pas l'allure effrayante de la laryngite striduleuse.

Du reste toutes les formes de laryngite infantile peuvent s'accompagner de phénomènes spasmodiques par suite du petit calibre de la glotte à cet âge et de la sensibilité de la muqueuse. C'est ainsi qu'on constate du spasme au cours de la *laryngite catarrhale simple* ou de *laryngites spécifiques* comme le *croup*. Toutes ces affections se traduisent par des phénomènes généraux, ne se montrent pas dès la naissance et surtout elles ont leur symptomatologie aiguë, variable avec chacune d'elles.

A côté du spasme d'origine laryngé, Variot (1) a décrit un *spasme réflexe* d'origine pulmonaire. L'auscultation du poumon suffit à faire le diagnostic différentiel, de même que l'apparition du spasme liée à celle de la maladie primitive. Des considérations analogues s'appliquent aux spasmes laryngés qui se développent au début ou au cours de la rougeole.

Plus délicat et plus important est le diagnostic avec le *spasme essentiel des enfants*, encore appelé spasme phréno-glottique, asthme thymique, asthme de Kopp. Cette affection débute, en général, après trois mois, souvent chez des enfants rachitiques et sujets à des convulsions, ayant une hérédité nerveuse chargée. Ce sont des crises violentes commençant par une inspiration sifflante, suivie d'arrêt respiratoire avec angoisse, cyanose, sueurs froides, contractures des membres. La mort peut frapper l'enfant à ce moment ; sinon une expiration bruyante suivie d'une inspiration sifflante, vient terminer l'accès ; celui-ci se répète et presque toujours l'enfant dépérit et succombe. Cette affection, classée dans le groupe des névroses, constitue une entité morbide toute différente de la respiration stridoreuse, et l'évolution ne permet pas de la confondre.

Le *rétrécissement congénital* du larynx est très rare ; ici encore ce sont des accès de suffocation avec cyanose ; mais entre ces accès la respiration est altérée, tant à l'inspiration qu'à l'expiration, contrairement à ce qui s'entend dans le stridor. De plus, les cris et la voix sont modifiés, car les cordes vocales sont plus ou moins soudées entre elles. Ce dernier fait a une importance diagnostique capitale.

Nous ne nous arrêterons pas aux cas possibles d'*œdème de la glotte* chez le nourrisson, d'origine locale ou générale, comme par exemple l'observation d'œdème de la glotte chez un sclérémateux rapportée par Billard. Ce sont là des raretés pathologiques.

Dans la *syphilis héréditaire*, le diagnostic s'impose s'il y a d'autres stigmates : coryza, fissures buccales et anales, pemphigus plantaire, palmaire, etc. Dans les cas douteux l'effet du traitement prouve la nature de l'affection ; qu'il s'agisse de laryngite chronique superficielle ou de laryngite ulcéreuse profonde, la voix altérée devient sourde et voilée. De même que la toux, la respiration est bruyante, et surtout se montre une dyspnée parfois fort grave, si l'on n'intervient pas à temps. Il est vrai qu'après la guérison, l'erreur peut être encore commise par suite d'une laryngosténose due au rétrécissement où à des brides cicatricielles. Les anamnestiques alors éclaireront sur la cause de la maladie.

Il est un accident susceptible de survenir chez les enfants, mais à titre tout à fait exceptionnel, à tel point que Semon nie même la possibilité de son existence à cette époque de la vie. Nous voulons parler de la *paralysie des dilatateurs de la glotte*. Comme dans le stridor, la voix reste normale, mais la dyspnée est intense et la prédominance de l'action des constricteurs met ordinairement les jours du malade en danger. On est en présence d'un tableau clinique bien différent par sa gravité de l'allure peu inquiétante du stridor.

Les antécédents permettront d'éliminer l'hypothèse de *corps étrangers*, dont l'introduction dans le larynx s'accompagne de dyspnée subite, de toux convulsive et de troubles phonatoires très variables. Nous ne ferons que signaler les *tumeurs* du larynx, notamment les *papillomes*.

Les *abcès rétro-pharyngiens* sont beaucoup plus fréquents chez l'enfant. Lorsqu'il y a coexistence d'accès dyspnéiques et de gêne de la déglutition, il faut toujours y penser. L'examen local, fait avec le doigt introduit au fond de la gorge, laisse percevoir une saillie douloureuse et fluctuante. De plus, la température est élevée, l'état général mauvais, l'enfant ne s'alimente plus ; en un mot tout un ensemble morbide prouve qu'on a affaire à une maladie aiguë.

Les voies respiratoires supérieures sont parfois diminuées dans leur calibre, par suite d'une *compression* dont le thymus et les ganglions médiastinaux sont les principaux

(1) Variot. Spasme glottique d'origine pulmonaire, *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 1897.

agents. Cette compression se traduit cliniquement par des signes qui ne sont pas sans analogie avec la respiration stridoreuse, mais qui, néanmoins, s'en distinguent par différents points. Il y a une toux sèche et quinteuse, quelquefois rauque et férine; le bruit respiratoire n'est pas musical, mais au contraire rude et râpeux, et, fait capital, il s'entend à l'inspiration et à l'expiration avec la même intensité. D'autre part, il y a submatité dans la région interscapulaire ou derrière le manubrium sternal. A l'auscultation, on entend une respiration soufflante correspondant à la zone rétrécie. S'il s'agit d'adénopathie, on a des chances de rencontrer quelquefois des ganglions situés dans d'autres régions. Néanmoins il serait imprudent de compter sur cette coexistence pour poser le diagnostic. Chez les jeunes enfants, en effet, existent des adénopathies passagères dues à la tuméfaction aiguë des seuls ganglions péribronchiques qui viennent comprimer les nerfs du médiastin, notamment le récurrent pour provoquer les symptômes décrits plus haut (1). S'il s'agit du thymus, on sent quelquefois une tuméfaction molle dans le creux sus-sternal, et les troubles de compression et le cornage augmentent lorsque l'enfant est sur le dos, la tête en extension, pour diminuer lorsqu'il est sur le ventre, la tête en flexion. Il est bien probable qu'on a confondu pendant longtemps le stridor avec les phénomènes de compression d'origine ganglionnaire ou thymique. Cette conception conduisait à considérer le stridor comme la manifestation clinique de lésions différentes. C'était, comme le disent Variot et Le Marc' Hadour, une étiquette sous laquelle on a rangé des cas bien divers. Mais cette interprétation ne saurait plus prévaloir aujourd'hui; et à la lumière des examens nécropsiques et laryngoscopiques, doivent seules être considérées comme rentrant dans le stridor congénital les observations où se constatent les malformations laryngées que nous avons décrites dans un chapitre précédent.

De même, il paraît évident qu'on a confondu la respiration stridoreuse avec les accidents dus à la présence de *végétations adénoïdes*. Celles-ci donnent lieu souvent chez les tout jeunes enfants à un ronflement que nous devons signaler ici. Le timbre ne rappelle que de loin celui du stridor, car jamais il ne prend le caractère musical si important dans ce dernier cas. En outre il n'est pas continu, et ce point seul suffirait à le différencier. On l'entend aussi bien la nuit que le jour, et il cesse sous l'influence du chloroforme. Ferme-t-on la bouche du malade, l'enfant qui respire peu par le nez menace d'asphyxier, et le bruit disparaît. Il faut en somme un examen attentif pour rapporter le bruit pathologique à sa véritable cause. Les caractères que nous venons d'indiquer permettront de faire pencher la balance en faveur des végétations adénoïdes. Le diagnostic serait tout à fait ferme si le doigt introduit dans l'arrière-gorge permettait de les sentir. Mais c'est là une manœuvre qu'il n'est pas toujours aisé de pratiquer chez le nourrisson.

IX

Pronostic. — Le stridor congénital est une affection d'une extrême bénignité, et malgré quelques alertes possibles le pronostic est favorable. Le développement du larynx ne tarde pas à faire disparaître la cause même des accidents, et la guérison se fait ainsi spontanément.

Toutefois la dilatation des alvéoles pulmonaires n'est pas complète; aussi les malades sont-ils plus exposés à des infections du poumon : bronchites, broncho-pneumonies, et celles-ci revêtent chez eux une allure plus grave que chez les sujets normaux. C'est ainsi que Sutherland et Lambert Lack ont vu survenir la mort par complications pulmonaires au cours du stridor. Ces auteurs vont même plus loin, et d'après eux l'enfant pourrait succomber du fait seul du stridor. A l'appui de leur dire, ils citent un cas où la mort s'est produite dans un accès de suffocation accompagné de convulsions.

X

Traitement. — Le traitement est purement symptomatique. On a proposé le bromure et la strychnine, mais la plupart des auteurs considèrent comme excessif l'administration de ces médicaments dans une affection destinée à guérir d'elle-même. Aussi le traitement doit-il être simplement hygiénique : bains tièdes, inhalations d'eucalyptus, antisepsie du pharynx et des fosses nasales. Comby se sert à cet effet d'instillations nasales d'huile mentholée à 1/50. Les Anglais proposent la trachéotomie ou le tubage en cas de suffocation, mais c'est là une ressource ultime à laquelle nous ne sachions pas qu'on ait jamais eu à recourir.

Bibliographie. — RILLIET et BARTHEZ. *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, 1853. — KRISHABER. Art. CORNAGE du *Dict. de Dechambre*. — M. MACKENZIE. *Traité pratique des maladies du pharynx, du larynx et de la trachée*, trad. Moure et Berthier, 1880. — LEES. *Transact. of the pathol. Soc. of London*, 1883, t. XXXIV, p. 19. — GEE. *Saint-Bartholomew's Hospit. Rep.*, 1884, vol. XX, p. 15. — M. POLITZER. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1884, t. XXI, p. 18. — GOODHART. *Diseases of children*, 1885, p. 251. — SUCKLING. Congenital laryngeal stridor, *Brit. med. Journ.*, 1890, t. I, p. 607. — LÖRI. Über den clonischen Glottiskrampf der Neugeborenen und Saüglingen, *Allgem. Wien. med. Zeit.*, 9 déc. 1890, n° 13. — ROBERTSON. Posticus paralysis in infants, *Journ. of Laryngol.*, oct. 1891, n° 13. — THOMSON. Infantile respiratory spasm, *Edinb. med. Journ.*, sept. 1892, p. 200. — F. SEMON. On a case of congenital Web bettwen the vocal cords, *Brit. med. Journ.*, 1890, t. I, p. 607; — *Handbuch der laryngol. Heymann's*, 1896, t. I, p. 758. — BRIDE. *Diseases of the throat, nose and ear*, Edimbourg 1894; — Adenoïd growths in children, *The Lancet*, 1er et 15 juin 1895. — Eustace SMITH. Adenoïd growths in children, *The Lancet*, 25 mai, 8 juin 1897; — *Adenoïd growths and laryngeal stridor*, 19 mars 1898. — CLARKE. *The Lancet*, juin 1895, p. 1605. — VARIOT. Respiration stridoreuse chez un nouveau-né avec spasme phréno-glottique, *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, juin 1896, p. 503. — REFSLUND. Über Respirationsstörungen in Folge von Missbildung der Epiglottis, *Münch. med. Wochens.*, 1896, n° 48. — SUTHERLAND et Lambert LACK. Congenital laryngeal obstruction, *The Lancet*, 11 sept. 1897, p. 653. — VARIOT. Un cas de respiration stridoreuse des nouveau-nés avec autopsie, Soc. méd. des hôpit., mai 1898; — *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, juin 1898, p. 441. — AVELLIS. Was ist der sogenannte typische inspiratorische Stridor der Saüglinge, *Münch. med. Wochens.*, 1898, nos 30 et 31. — STAMM. Über congenitalen Larynxstridor, *Münch. med. Wochens.*, 1898, n° 38, p. 1212. — HILL. *Revue hebd. de laryngol. de Bordeaux*, 1898, t. II, p. 321; — *C. R. de la Soc. de laryngol. de Londres*, 3 fév. 1899. — MOURE. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1898. — HERZFELD. Soc. méd. int. de Berlin, *Deuts. med. Wochens.*, 1898, n° 33. — Lambert LACK. Adenoïd vegetations and

(1) GEFFRIER. L'adénopathie bronchique chez les nouveau-nés. *Revue des mal. de l'enf.*, 1892.

laryngeal stridor, *The Lancet*, 26 mars 1898, t. I, p. 894. — Comby. *Traité des maladies de l'enfance*, 3e édit., 1899, p. 486, art. Stridor des nouveau-nés. — Variot et Le Marc' Hadour. Un cas de stridor congénital avec examen objectif, Soc. de pédiat. de Paris, oct. 1900, discussion : Guinon, Comby. — Thomson et Logan-Turner. On the causation of the congenital stridor of infants, *Brit. med. Journ.*, déc. 1900. — Guilbert. *Étude de la respiration stridoreuse chez les nouveau-nés*, Th. de Paris, 1900. — Bruder. *Contribution à l'étude du stridor laryngé congénital des nourrissons*, Th. de Paris, 1901. — *Revue des mal. de l'enf.*, avril 1901, p. 176.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(4 juin 1902)

M. Picqué nous a rapporté un cas assez curieux de **retournement complet de la vessie** chez une femme à travers les voies naturelles, c'est-à-dire à travers l'urètre. Cette femme était entrée à la maison Dubois, en novembre de l'année dernière, présentat une grande masse dégénérée au niveau de l'extrémité du canal de l'urètre. M. Guinard fit l'excision de cette masse au thermocautère ce qui entraîna une assez grande perte de substance; il fit une suture et la malade guérit. Une quinzaine de jours après sa sortie de l'hôpital apparut une petite tumeur au niveau du vestibule. Un mois après, il y avait une grosse tumeur irréductible, avec incontinence permanente d'urine, crises douloureuses et phénomènes de contraction. Cette tumeur présentait tous les caractères de la muqueuse vésicale et, en la soulevant, on trouvait, en effet, à sa partie inférieure et un peu en arrière, les deux orifices des uretères. On ne trouvait pas le méat urinaire.

M. Picqué pratiqua à cette malade l'opération suivante : il fit la laparotomie en position de Trendelenbourg, trouva l'utérus en rétroversion; le péritoine avait suivi la vessie dans sa descente. Sous le chloroforme, la réduction de la vessie retournée fut assez facile; il fixa alors par 6 points de suture la vessie à la face antérieure de l'utérus puis, après cette cystopexie, il fit une hystéropexie ordinaire. Enfin, il fit une réfection de l'urètre. Malheureusement l'incontinence persista.

M. Picqué fait suivre cette intéressante observation de réflexions générales sur la pathogénie, la symptomatologie de cette inversion totale, de cette exstrophie acquise de la vessie. Il n'a pas trouvé, dans ses recherches, d'exemples semblables d'inversion totale; M. Pousson (de Nantes) a bien rapporté des faits de prolapsus de la muqueuse seule de la vessie, mait non des cas de retournement complet de l'organe. Dans la littérature ancienne, M. Picqué n'a guère trouvé qu'un cas se rapprochant du sien, c'est l'abbesse de Saint-Denis dont parle Percy. Quant à la pathogénie de cette singulière affection, elle est bien obscure.

Au début de la séance, M. Bazy a fait un rapport sur une observation d'**anurie calculeuse** adressée par M. Suarez (de Mendoza) qui a fait la suture du rein après l'ablation des calculs.

Plusieurs présentations intéressantes ont été faites : M. Berger a présenté un jeune homme auquel il a pratiqué l'**ostéotomie trochantérienne oblique** pour une ankylose vicieuse. Il y avait chez ce malade 4 centimètres de raccourcissement du fémur. M. Berger, par cette opération, a pu rendre au fémur sa longueur normale. Il a donc obtenu un allongement réel de cet os. Ce malade marche d'ailleurs très bien et en boitant très légèrement, alors qu'antérieurement à l'opération il marchait très péniblement avec des béquilles : pour pratiquer cette ostéotomie, M. Berger se sert d'un ciseau à tranchants ondulés, imaginé par MM. Hennequin et Aubry et qui facilite beaucoup l'opération.

M. Moty présente un malade opéré d'**empyème** par incision verticale postérieure. Cette incision a pour principaux avantages de ménager presque complètement les muscles de l'épaule, d'intéresser peu de vaisseaux importants et de donner accès sur la partie la plus large des espaces intercostaux. Je la place comme M. Walther à quatre doigts de la ligne épineuse et un peu au-dessous de l'angle de l'omoplate; j'ouvre le huitième ou le neuvième espace. Il est très facile à ce niveau d'engager l'index dans l'espace incisé et la résection d'un côté est inutile. L'incision verticale permet en outre de choisir celui des deux espaces qui a le plus de largeur, elle permet l'introduction facile d'un gros drain, elle est parfaitement déclive dans le sens vertical et dans le sens horizontal et s'infecte moins que l'incision habituelle, grâce à l'absence de stagnation du pus dans la plaie. Enfin, l'artère cachée dans la gouttière costale, court, en réalité, moins de risques d'être lésée que dans les incisions obliques. Il va sans dire que la plèvre est incisée horizontalement au ras du bord supérieur de la côte sous-jacente comme dans le procédé courant. J'emploie ce procédé depuis un an après avoir pratiqué pendant huit ans l'incision horizontale postérieure qui intéresse trop de fibres musculaires et trop de vaisseaux.

M. Lejars présente un malade dont l'histoire est intéressante. Ce malade était atteint d'un **kyste hydatique du foie** que M. Lejars opéra par l'ouverture, la suture de Delbet. Douze jours après, ce malade présenta des symptômes graves, un pouls à 135 avec une température de 37°4, un facies pâle, mauvais; croyant tout d'abord à une hémorragie, il examine le malade à ce point de vue et n'en trouve aucun signe. On pratique des injections sous-cutanées de sérum et après deux ou trois jours les choses s'arrangèrent et le malade sortit assez rapidement de cet état, en apparence extrêmement grave. Il n'y avait pas eu d'urticaire.

A quelle cause attribuer ces accidents? M. Lejars pense devoir les attribuer à une intoxication hydatique.

M. Quénu demande à M. Lejars pourquoi il a éliminé l'hémorragie dans la poche kystique comme cause de ces accidents? M. Quénu pose cette question, parce qu'il a vu de ces cas d'hémorragies intrakystiques.

M. Ricard, chez trois malades, a pratiqué l'ouverture du kyste, et après s'être bien assuré de l'assèchement aseptique de la poche, l'a réduite sans faire de suture. Deux de ces malades ont parfaitement guéri, sans incident. Le troisième a présenté les mêmes phénomènes de septicémie grave que la malade de M. Lejars, sans présenter d'ailleurs aucun signe d'épanchement, d'hémorragie, ni urticaire. Comme M. Lejars, M. Ricard a pensé que, chez son malade, il a eu affaire à des accidents d'infection hydatique.

M. Potherat, avec M. Quénu, serait plutôt disposé à croire à une hémorragie intrakystique, car dans les cas d'infection hydatique, la température est généralement très élevée.

Cette observation n'est pas applicable au cas de M. Ricard, puisque la poche n'a pas été fermée et que l'hémorragie, si elle s'était produite, aurait été facile à reconnaître.

M. Lejars a bien examiné son malade et croit pouvoir affirmer qu'il n'y a pas eu d'hémorragie intra-kystique, ce malade avait antérieurement de la congestion hépatique.

Ce dernier détail suggère à M. Quénu cette autre hypothèse qu'il y a peut-être eu rupture des canaux biliaires et infection secondaire de la poche.

M. Potherat présente les urines provenant d'un malade atteint de **pyélo-néphrite** du côté droit; cet homme qui, par suite de l'obstruction de l'uretère malade, rendait des urines claires, a rendu un jour un flot de pus et, depuis, il a eu des évacuations intermittentes d'urine claire et d'urine trouble. M. Luys a fait la séparation des urines chez ce malade à l'aide de son procédé et le résultat qu'il a obtenu a de tous points confirmé celui de la clinique.

Au cours de la séance, M. le secrétaire général a donné lecture d'un télégramme des membres de la Société de chirurgie de Saint-Pétersbourg, envoyant à leurs collègues de Paris l'assurance de leurs sentiments confraternels. M. le président a proposé de répondre dans le même sens aux membres de la Société de chirurgie de Saint-Pétersbourg. Cette proposition a été adoptée par acclamation.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'alopécie en clairières (alopécie syphilitique).

M. Gastou (1) préconise, outre le traitement spécifique, des lotions avec :

Eau distillée		300	grammes.
Carbonate de soude	ââ	1	—
Borax			

Ou :

Alcoolat de romarin		200	grammes.
Teinture de Baumé			
Teinture de cantharides	ââ	10	—
Liqueur de Fowler			

Appliquer ensuite :

Moelle de bœuf		30	grammes.
Sulfate de quinine	ââ	0g50	centigr.
Turbith minéral			

(Mauriac.)

Couper les cheveux ras, savonner à l'eau chaude.

Frictions :

Alcoolat de romarin	100	grammes.
Teinture de cantharides	10	—

et pommade

Acide salicylique		1	gramme.
Soufre précipité		10	—
Lanoline	ââ	50	—
Vaseline pure			

(Besnier.)

REVUE DES THÈSES

Les capsules surrénales. Leur fonction antitoxique. Étude expérimentale, anatomique et clinique de la glande surrénale dans les infections et les intoxications aiguës, par M. le docteur R. Oppenheim, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Th. de Paris 1902.)

I. Les capsules surrénales, dont la structure est celle des glandes vasculaires sanguines, ont à l'état normal des fonctions complexes, mais aujourd'hui bien connues.

L'emploi des diverses méthodes expérimentales, décapsulation totale ou partielle, injection d'extrait surrénal, a permis notamment d'établir les points suivants :

1° La destruction totale des glandes surrénales est incompatible avec la vie; la destruction partielle ne détermine que des accidents légers ou nuls, mais provoque en revanche une hypertrophie manifeste des portions respectées par l'expérimentateur. L'hypertoxicité du sang et de l'extrait musculaire des animaux décapsulés prouve que la glande surrénale possède une fonction antitoxique importante à l'égard des poisons normalement fabriqués dans l'organisme et notamment de ceux qui se forment durant le travail musculaire.

2° L'extrait surrénal à dose élevée est douée d'une assez haute toxicité, surtout lorsqu'il est introduit par voie intraveineuse. Mais les doses toxiques dépassent de beaucoup les doses nécessaires à l'obtention des effets physiologiques, à savoir : élévation transitoire de la pression artérielle avec ralentissement du rythme cardiaque, suivi bientôt d'une accélération durable; diurèse intense, mais passagère; vasoconstriction superficielle aux points d'application sur la peau et sur les muqueuses; action sur la musculaire de l'œil analogue à celle que produit l'excitation du sympathique cervical. Tous ces phénomènes sont transitoires sans doute parce que la substance active est rapidement détruite par oxydation. Ils relèvent sans doute, tous, de l'excitation des ganglions nerveux périphériques, l'action de l'extrait sur les centres bulbo-médullaires restant douteuse.

Il s'ensuit qu'à côté de sa fonction antitoxique la glande surrénale possède un rôle important dans la régulation de la pression sanguine. Quant au principe actif de l'extrait surrénal, il est encore mal connu.

II. Le pouvoir antitoxique de la capsule surrénale ne s'exerce pas seulement à l'égard des substances toxiques produites par le fonctionnemant normal de l'organisme. La glande joue un rôle important dans la neutralisation ou la destruction des poisons microbiens ou autres introduits dans l'éeonomie, rôle déjà signalé par Abelous, Charrin et Langlois et que nous avons, à notre tour, cherché à mettre en évidence par plusieurs séries d'expériences.

1° L'extrait surrénal, mélangé à des substances toxiques diverses ou injecté aux animaux en même temps que ces substances, augmente dans un grand nombre de cas la résistance de l'organisme à l'intoxication. C'est avec le phosphore et avec les poisons de l'urine humaine que nous avons obtenu les résultats les plus frappants : survie prolongée ou même définitive des animaux ayant reçu, en même temps que les poisons, une certaine quantité d'extrait capsulaire, alors que les témoins mouraient rapidement.

2° L'ablation d'une partie du tissu surrénal, notamment la décapsulation unilatérale, ne détermine pas, comme il semblerait logique de le supposer une diminution de la résistance organique aux infections et aux intoxications. Tout au contraire, dans certaines conditions, toxi-infection diphtérique, empoisonnement par le phosphore, les animaux décapsulés partiellement résistent mieux que les témoins. Nous avons cru pouvoir expliquer ces faits grâce à la constatation de l'hypertrophie souvent énorme, et de l'hyperactivité sécrétoire de la glande laissée en place. Celle-ci, plus volumineuse à elle seule que les deux capsules normales, peut agir sans doute avec plus d'efficacité et permettre ainsi une lutte plus active contre l'intoxication. Il y a donc là un nouvel élément de démonstration en faveur du pouvoir antitoxique des organes surrénaux.

III. Le rôle impoptant joué par les glandes surrénales dans la défense de l'organisme est encore démontré par la constance des lésions capsulaires dans les infections et les intoxications aiguës.

Dans une série de recherches portant sur des infections expérimentales (diphtérie, tétanos, pneumobacille, charbon), sur des maladies infectieuses aiguës (diphtérie, pneumonie,

(1) *Maladies du cuir chevelu*, Paris 1902, Baillière.

variole, fièvre typhoïde, streptococcies), enfin sur des intoxications expérimentales (arsenic, phosphore, mercure), nous avons observé avec Lœper des lésions surrénales qui nous ont paru varier plutôt suivant la durée de la survie et la virulence des agents toxiques en cause, que suivant la nature même de ceux-ci. Nous avons trouvé dans tous les cas, mais à des degrés divers, une réaction leucocytique sous forme de diapédèse diffuse ou de nodules infectieux; une réaction vasculaire allant de la congestion légère aux ruptures des vaisseaux avec énormes hémorragies susceptibles de détruire complètement le parenchyme glandulaire, une réaction cellulaire enfin, marquée à son maximum dans la diphtérie et dans l'intoxication phosphorée et qui va de la fonte des contours cellulaires à la nécrose totale en îlots plus ou moins étendus.

IV. L'étude clinique des rapports de l'infection aiguë avec les lésions surrénales peut fournir une dernière preuve du rôle dévolu à ces organes dans la protection de l'organisme.

Cette étude est d'ailleurs rendue difficile par le manque de précision des signes que nous possédons actuellement pour déceler les altérations capsulaires. Néanmoins, nous croyons pouvoir considérer comme acquis les faits suivants :

1° Il existe un syndrome d'intoxication aiguë lié à la suppression des fonctions surrénales. Ce syndrome, dans lequel dominent les phénomènes de dépression du système nerveux, est provoqué sans doute par la présence dans l'organisme de certains poisons que les glandes surrénales ont plus spécialement pour rôle de neutraliser ou de détruire.

2° Le syndrome d'insuffisance capsulaire aiguë peut éclater brusquement chez des sujets dont les glandes surrénales étaient saines antérieurement. Il s'agit, dans les cas observés jusqu'ici (cas de Talbot et de Blaker et Bailey), d'une infection spéciale de nature encore indéterminée, qui a réalisé à la fois la destruction rapide des capsules par le mécanisme de l'hémorragie et l'introduction dans l'organisme des poisons en cause.

3° Plus souvent, les symptômes d'insuffisance capsulaire aiguë apparaissent chez des sujets porteurs de lésions anciennes des glandes surrénales, que celles-ci soient restées latentes antérieurement ou qu'elles aient donné naissance au tableau plus ou moins complet de la maladie d'Addison. Il n'est pas impossible que, dans certains de ces cas, les substances nocives qui déterminent les accidents se forment dans l'organisme même par un mécanisme d'auto-intoxication. Mais le plus souvent, à ce qu'il nous semble, c'est une infection ou une intoxication intercurrentes qui les introduit dans l'économie. La lésion surrénale antérieure n'intervient alors qu'en rendant impossible la destruction complète des poisons. Ainsi elle peut transformer en une maladie rapidement mortelle une infection qui, chez un sujet normal, eût pu rester bénigne.

Fréquence du rhumatisme tuberculeux dans les tuberculoses viscérales et dans les tuberculoses locales, par M. le docteur Claude Trébeneau. (Th. de Lyon, 1902.)

M. Trébeneau s'est, sur les conseils de M. le professeur Poncet, préoccupé de la fréquence du rhumatisme tuberculeux chez les malades porteurs de lésions tuberculeuses avérées.

Ses recherches ont porté sur 100 tuberculeux médicaux ou viscéraux, le plus grand nombre étaient atteints de phtisie pulmonaire.

Par comparaison, il a examiné, au même point de vue, 100 malades porteurs de tuberculoses locales.

Chez les tuberculeux médicaux, il a trouvé 17 fois sur 100 des manifestations rhumatismales nettes et variées, allant depuis la simple arthralgie jusqu'au rhumatisme articulaire aigu ou chronique.

Ces cas se répartissent ainsi :
11 arthralgies;
5 rhumatismes articulaires aigus ou subaigus ;
1 rhumatisme chronique.

Dans les tuberculoses locales ou chirurgicales, il trouve également 17 cas de manifestations articulaires rhumatismales qui se répartissent aussi de la façon suivante :
9 arthralgies ;
7 rhumatismes articulaires aigus ou subaigus ;
1 rhumatisme déformant.

La proportion du rhumatisme tuberculeux est donc très sensiblement la même dans les tuberculoses viscérales et les tuberculoses locales.

Dans un sixième des cas environ, les tuberculeux sont atteints de manifestations articulaires d'apparence rhumatismale et qui méritent bien le nom de rhumatisme tuberculeux.

La lécithine, son emploi thérapeutique chez les vieillards, par M. le docteur Ariès. (Th. de Paris, 1901, Baillière.)

La thérapeutique s'est toujours efforcée d'intervenir pour restituer à la cellule malade les éléments que lui enlevait une désassimilation pathologique. Le rôle important que joue le phosphore dans la constitution de la cellule vivante a fait diriger spécialement les recherches du côté des combinaisons organiques de ce corps. Or le phosphore existe en grandes proportions dans la nature, sous une forme parfaitement assimilable : c'est celle des lécithines.

Il est donc tout à fait rationnel de donner à la lécithine un rôle thérapeutique dans les cas de troubles de la nutrition générale : elle paraît appelée à jouer un rôle tout à fait favorable dans la thérapeutique des diverses affections de la vieillesse, en rendant à l'organisme usé une vitalité nouvelle.

C'est ce que M. le docteur Ariès établit dans sa thèse : après avoir étudié l'histoire de la lécithine, sa constitution chimique et son rôle physiologique, il relate les résultats cliniques qu'il a pu obtenir chez le vieillard sous l'influence de la lécithine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé des troupes coloniales. — Aux termes de l'article 11 de la loi du 7 juillet 1900, relative à l'organisation des troupes coloniales, le personnel du service de santé des colonies fait partie du nouveau corps de santé des troupes coloniales.

Mais en ce qui concerne les médecins-inspecteurs, on se trouvait en présence d'un cas spécial. En effet, le grade de médecin-inspecteur dans l'ancien corps de santé des colonies était divisé en deux classes : médecin-inspecteur de première classe ; médecin-inspecteur de deuxième classe.

Or, l'article 15 du décret du 11 juin 1901, qui fixe la hiérarchie du corps de santé des troupes coloniales, n'a pas maintenu cette division en deux classes. Il y a donc fusion de deux grades en un seul, d'où création, en réalité, d'un grade nouveau, qui ne pouvait être conféré que par décret.

C'est ce qui vient d'être fait ; un décret nomme au grade de médecin-inspecteur des troupes coloniales les deux médecins-inspecteurs de première et de deuxième classe des colonies :

M. le médecin-inspecteur de première classe des colonies Kermorgant;

M. le médecin-inspecteur de deuxième classe des colonies Grall.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Talairach, directeur du service de santé à Lorient.

Au grade d'officier. — M. le docteur Farabeuf, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

— M. le docteur Baley (de Châteaulin) est nommé chevalier du Mérite agricole.

— Des médailles ont été décernées aux personnes ci-après désignées pour le dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Le Coquil (de Châteauneuf-du-Faou), Quintin (de Carhaix), Thiéry (de Paris), et M. Rozet, interne à l'hôpital d'Orléans.

Médaille de bronze. — M. le docteur Hamon (de Caen).

Concours pour l'emploi de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés. — Un concours pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris le lundi 10 novembre 1902.

Les candidats devront être Français et docteurs en médecine d'une des facultés de l'Etat, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas être âgés de plus de trente-deux ans, au jour de l'ouverture du concours; ils devront justifier d'un stage d'une année, au moins, soit comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chefs de clinique ou internes des hôpitaux nommés au concours.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Elle devra parvenir le jeudi 9 octobre 1902, au plus tard, au ministère de l'Intérieur (premier bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, qui est exclusivement chargé de l'organisation du concours).

Cette demande sera accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de services et d'une note résumant ses titres et travaux scientifiques, ainsi que des pièces faisant la preuve de son stage et de l'accomplissement de ses obligations militaires.

Le jury chargé de juger le résultat du concours sera composé comme suit :

1° Un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur, désigné par le ministre, président;

2° Trois professeurs, agrégés ou chargés de cours des maladies mentales, en exercice dans des facultés ou écoles de médecine de l'État.

3° Trois directeurs médecins ou médecins en chefs d'asiles publics d'aliénés ou de la maison nationale de Charenton;

4° Enfin, un juré suppléant pris parmi les directeurs médecins ou médecins en chef des mêmes établissements.

Tous les jurés seront désignés par le ministre de l'Intérieur, sur la proposition du comité des inspecteurs généraux.

Les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours seront choisis dans les facultés ou écoles différentes. Les directeurs médecins et les médecins en chef devront eux-mêmes être pris dans des établissements différents et, en outre, appartenir à des asiles situés hors du ressort des facultés qui auront fourni les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours.

En cas d'absence, le président est remplacé par un autre inspecteur général des services administratifs désigné par le ministre de l'Intérieur.

S'il se produisait plusieurs absences parmi les autres membres du jury, il serait fait appel au juré suppléant pour remplacer le premier juré absent et les épreuves continueraient, de plein droit, avec les membres restants.

Les épreuves seront toutes subies à Paris, sous le contrôle de l'inspecteur général, président.

Les épreuves écrites sont éliminatoires.

Les épreuves sont au nombre de cinq, savoir :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats; le maximum des points sera de 30.

2° Une question écrite portant sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation des aliénés, pour laquelle il sera accordé deux heures; le maximum des points sera de 10;

3° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition; le maximum des points sera de 20;

4° Une épreuve clinique sur deux malades aliénés. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades, quinze minutes de réflexion et trente minutes d'exposition. L'un des deux malades sera plus spécialement examiné au point de vue médico-légal; le maximum des points sera de 30.

Aucun des candidats ne pourra subir cette épreuve dans l'asile auquel il appartient ou aura appartenu depuis moins de trois ans;

5° Une épreuve sur titres. Le maximum des points sera de 10 pour cette épreuve et les points devront être donnés au début de la séance de correction des épreuves écrites. Il sera tenu compte de ces points en vue et l'admissibilité des candidats aux épreuves orales et cliniques.

Le nombre des places mises au concours est fixé à dix : il ne pourra, dans aucun cas, être dépassé.

Aucun délai n'est garanti pour la nomination des candidats reçus au concours. Au fur et à mesure des vacances d'emploi qui se produiront dans les asiles d'aliénés, les candidats déclarés admis seront nommés suivant l'ordre de classement par mérite établi par le jury.

C'est à partir du jour de l'installation effective du médecin adjoint que commenceront à courir ses services. Les avancements de classe pourront être accordés par le ministre, savoir :

Aux directeurs médecins et médecins en chef, après trois ans de stage, au minimum, dans la classe inférieure;

Aux médecins adjoints, après deux ans, au minimum, dans la classe précédente.

— En vertu du décret du 19 octobre 1894, les cadres et traitements des directeurs médecins, médecins en chef et médecins adjoints des asiles publics d'aliénés ont été établis ainsi qu'il suit :

1° *Directeurs médecins.* — Classe exceptionnelle, 8000 francs; première classe, 7000 francs; deuxième classe, 6000 francs; troisième classe, 5000 francs.

2° *Médecins en chef.* — Classe exceptionnelle, 8000 francs; première classe, 7000 francs; deuxième classe, 6000 francs; troisième classe, 5000 francs.

3° *Médecins adjoints.* — Classe exceptionnelle, 4000 francs; première classe, 3000 francs; deuxième classe, 2500 francs.

A ces traitements s'ajoute la jouissance des avantages en nature déterminés par le règlement (logement, chauffage, éclairage).

Association française pour l'avancement des sciences. Congrès de Montauban (7-14 août 1902). — *Section d'électricité médicale.* — Questions proposées : 1° De la galvano-faradisation : étude physique, physiologique et thérapeutique;

2° Mode d'action des agents physiques, faisant partie du domaine de l'électricité médicale, dans le traitement des lupus;

3° Comment doit-on appliquer le traitement électrique dans la maladie de Basedow et quels résultats peut-on en attendre?

P.-S. — Prière d'adresser les communications à présenter à la section d'électricité médicale à M. Bordier, 9, rue Grolée, à Lyon, président de la section, ou à M. le secrétaire de l'Association, 28, rue Serpente, Paris (VIe).

Le Ier Congrès égyptien de médecine (Le Caire, 19-23 décembre 1902). — *Comité national français, 15, rue de l'École-de-Médecine, Paris.* — Le Ier Congrès égyptien de médecine se tiendra au Caire, du vendredi 19 au mardi 23 décembre 1902, sous le haut patronage de S. A. le khédive.

Président du Congrès : M. le docteur Ibrahim pacha Hassan. — Secrétaire général : M. le docteur Voronoff. — Sections : présidents, MM. les docteurs Comanos pacha (Pathologie interne); Ruffin (Maladies des pays chauds); Milton (Chirurgie); Mohamed bey Eloui (Ophtalmologie).

Questions mises plus particulièrement à l'étude. — Hépatite des pays chauds et abcès du foie (Sections réunies). — Bilarzia hæmatobia (Section des maladies des pays chauds et de chirurgie). — Fièvres bilieuses et paludéennes; Filariose (Section des maladies des pays chauds). — Ankylostome duodénal; Choléra; Dysenterie; Lèpre; Peste (Section de pathologie interne). — Lithiase urinaire (Section de chirurgie). — Granulations conjonctivales; Anomalie de la réfraction dans les écoles; Ophtalmie égyptienne; Ophtalmie purulente (Section d'ophtalmologie).

Les langues française et arabe sont les langues officielles du Congrès.

La cotisation est de 25 francs. Les versements doivent être faits par chèque ou mandat poste à l'adresse suivante : M. le trésorier général du Ier Congrès égyptien de médecine, Le Caire (Egypte). Prière de joindre une carte de visite.

Le Comité national français, présidé par M. le professeur Lannelongue, se tient à la disposition des congressistes français pour leur fournir les renseignements qu'ils désireraient. S'adresser à M. le docteur Achard, secrétaire général du Comité français, 15, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

Des fêtes seront données au Caire à l'occasion du Congrès.

Le Comité égyptien a organisé pour les congressistes les excursions suivantes, qui seront faites après le Congrès :

Le Caire et environs. — Prix (tous frais de transport) : environ 100 francs.

Premier jour, matin : citadelle, mosquée des sultans Hassan et Mohamed Ali, puits de Joseph, tombeaux des Mameluks. — Après-midi : vieux Caire, église copte, île de Rhodes, mosquée d'Amron.

Deuxième jour, matin : pyramides de Ghizel, sphinx. Déjeuner au temple du Sphinx. — Après-midi : musée égyptien.

Troisième jour, matin : Maharieh (arbre de la Vierge), Héliopolis, obélisque, parc aux Autruches. — Après-midi (à ânes) : tombeau du Kalife, forêt pétrifiée, Mokattam.

Quatrième jour : excursion au Sakkara, en bateau jusqu'à Bedrachen, à ânes jusqu'à Memphis et aux pyramides de Sakkara; tombeaux d'Apis, de Mira et de Ti.

Haute-Egypte. — Excursion rapide (quatre jours). — Prix (établi avec réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer) : 126 fr. 75 en première classe, 92 fr. 50 en deuxième classe (tous frais compris). Départ du Caire à six heures trente du soir, arrivée à Louxor à huit heures trente du matin.

Premier jour : excursion à Thèbes, tombeaux des rois Dein-el-Bakri, Ramsès, les Colosses, Médinet-Abou, tombeau de la reine Hatasou.

Deuxième jour : temples de Karnak et de Louxor. Départ : à onze heures trente du matin, arrivée à Assouan à six heures trente du soir.

Troisième et quatrième jours : excursion à Phila et à la première cataracte; visite (à ânes) au sanatorium; promenade en barque autour de l'île Eléphantine.

Hôtels de Louxor : hôtel de Karnak; d'Assouan : hôtel de la Cataracte et Grand-Hôtel.

Excursions plus longues (agence Cook, prix réduits de 50 p. 100). — Trois semaines. Prix : 625 francs, bateaux-touristes du 30 décembre. — Dix-neuf jours. Prix : 287 fr. 50, bateaux-express des 27 et 30 décembre et du 3 janvier.

Prix des hôtels du Caire, réduits sur le tarif ordinaire : Savory Hôtel, environ 18 francs par jour (25 p. 100 sur le tarif); — Ghezireh Palace Hôtel, environ 15 francs par jour (25 p. 100 sur le tarif); — Shewards Hôtel, environ 15 francs par jour (25 p. 100 sur le tarif); — Continental Hôtel, environ 15 francs par jour (25 p. 100 sur le tarif); — Hôtel d'Angleterre, 13 fr. 10 par jour (25 p. 100 sur le tarif); — Hôtel du Nil, 10 francs par jour (20 p. 100 sur le tarif); — Hôtel Bristol et Eden Palace Hôtel, 10 francs par jour (prix spécial).

A la demande de M. Lannelonge, la compagnie du Canal de Suez a mis gracieusement à la disposition des congressistes français un bateau pour la visite du canal.

La Ligue des médecins et des familles pour l'amélioration de l'hygiène physique et intellectuelle dans les écoles adresse aux médecins une circulaire dans laquelle sont posées les questions suivantes :

« I. Avez-vous remarqué des défectuosités graves dans un établissement scolaire que vous connaissez bien?

a. Les locaux affectés aux classes, aux études, aux dortoirs, sont-ils suffisamment aérés et éclairés?

Leur mode de chauffage vous paraît-il présenter des inconvénients sérieux?

b. Existe-t-il une installation suffisante pour rendre facile la propreté corporelle (lavabos, bains, douches)?

c. Le mobilier scolaire, tables et bancs, vous paraît-il défectueux? Pensez-vous qu'il expose les élèves à des déformations de la taille ou à des troubles de la vue?

d. Les latrines sont-elles convenablement aménagées et proprement tenues?

II. En quoi consistent les exercices physiques des élèves?

Pendant combien de temps séjournent-ils au grand air?

III. L'alimentation est-elle suffisante et bien choisie? — Surveille-t-on la façon dont s'alimentent les élèves?

IV. Pouvez-vous nous communiquer des observations d'états morbides, en dehors des maladies aiguës contagieuses, qui vous aient paru imputables à une imperfection de l'hygiène scolaire? (Neurasthénie scolaire, céphalée, anémie, scrofule, tuberculose, dyspepsie, entérite, etc.)

Les renseignements et les observations que vous voudrez bien nous adresser serviront à constituer des dossiers d'études; ils seront considérés comme absolument confidentiels, à moins que vous ne nous autorisiez formellement à les publier.

Pour faire triompher nos principes, pour provoquer les améliorations nécessaires, il importe que les hommes compétents et de bonne volonté, les médecins en première ligne, fassent comprendre aux familles et aux corps enseignants tous les dangers de l'état de choses actuel et l'urgence d'une réforme profonde.

Il faut que l'Université et ses concurrents renoncent à des pratiques qui ont compromis la santé physique et intellectuelle de beaucoup de jeunes gens confiés à leurs soins.

Il faut obtenir, dans des conditions matérielles suffisantes pour le développement corporel, la mise en œuvre de programmes d'études et de méthodes pédagogiques capables de donner à la France un état-major d'hommes éclairés, vigoureux, entreprenants, bien armés pour la lutte de la vie, capables en un mot de lui conquérir et de lui conserver dans le monde la place que lui mérite son passé.

Pour que notre Ligue puisse avoir une action efficace dans cette renaissance, il lui faut *beaucoup* d'adhésions et d'adhésions convaincues dans les familles; nous faisons donc un énergique appel à votre dévouement et à votre patriotisme, en vous demandant, non pas seulement l'approbation de notre but, mais surtout votre active collaboration.

LE COMITÉ. »

Le secrétaire général de la Ligue est M. le docteur Albert Mathieu, 37, rue des Mathurins.

Tableaux synoptiques pour l'analyse des conserves alimentaires, par Ch. Manget, pharmacien-major de première classe. In-16 carré de 88 p., avec 13 fig., cart. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17



N° 64. — MARDI 10 JUIN 1902. 75e ANNÉE. MARDI 10 JUIN 1902. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

L'HÉMIPLÉGIE DES VIEILLARDS

LES LACUNES DE DÉSINTÉGRATION CÉRÉBRALE

D'après M. J. FERRAND (1).

Tout le monde a eu l'occasion d'observer des vieillards qui « marchent péniblement, qui se plaignent d'avoir été paralysés, mais qui ne le sont plus à proprement parler. Quand on parle d'eux dans le monde, on dit couramment : Un tel a eu une petite attaque : il paraît qu'il a été paralysé, mais il va mieux ».

Ces vieillards sont atteints de désintégration lacunaire du cerveau. Si cette désintégration passe si souvent inaperçue, c'est qu'elle n'est pas systématiquement recherchée et cependant, par sa fréquence, elle mérite d'être bien connue.

C'est Durand-Fardel qui, le premier, employa le terme de lacune dans son ouvrage sur les ramollissements du cerveau. Il note le siège de prédilection de ces lacunes dans les noyaux gris et, les considérant comme des foyers de congestion, il en rapproche l'état crible. M. Proust, dans sa thèse, décrit les lacunes qu'il rattache tantôt à un petit foyer de ramollissement, tantôt à une désorganisation partielle et progressive du cerveau. Les auteurs les plus récents ne font plus aucune mention des lacunes et le ramollissement est considéré comme étant toujours dû à une oblitération artérielle. Seuls M. P. Marie, dans différentes communications, rappelle l'attention sur les lacunes cérébrales, M. Comte, dans sa thèse sur les paralysies pseudo-bulbaires, décrit des petits foyers siégeant surtout dans les noyaux centraux et qui ne sont que des lacunes.

Les *lésions* des lacunes cérébrales ne sont pas de ces lésions énormes qui ne peuvent échapper aux investigations les plus grossières et l'on s'explique qu'elles passent souvent inaperçues. C'est qu'en effet, le plus souvent, on a affaire à des lacunes miliaires, lacunes qui sont souvent difficiles à découvrir vingt-quatre heures après la mort, en raison de l'altération que subit la substance nerveuse sous l'influence des agents physiques (chaleur, humidité, etc.). Aussi MM. P. Marie et Ferrand ont-ils pris soin d'injecter, dans la cavité cranienne, le plus tôt possible après la mort, une certaine quantité de formol. Les cerveaux, une fois extraits, ont été mis à durcir quelques jours dans un mélange de liquide de Müller et de formol, puis coupés selon la méthode de Flechsig et examinés histologiquement au Marchi, au Weiggert-Pel, au van Gieson, etc.

Les lacunes siègent surtout dans les noyaux gris : elles sont presque toujours mises en évidence par une coupe horizontale séparant l'hémisphère en deux portions et passant juste au-dessous des deux extrémités du corps calleux. C'est particulièrement dans le noyau lenticulaire qu'on les trouve (64 fois sur 88 cas dans la statistique de M. Ferrand), puis dans la couche optique, puis dans la capsule interne. Mais ici il faut faire remarquer que les lacunes prennent très rarement naissance dans la capsule interne même. Celles-ci y aboutissent par les prolongements d'un foyer lacunaire qui a pris naissance dans le noyau lenticulaire, la couche optique, le noyau caudé. On peut aussi rencontrer les lacunes dans la substance du centre ovale, et même dans les fibres du corps calleux. La protubérance, elle aussi, est assez souvent atteinte : dans un quart des cas environ. Jamais on ne trouve de lacunes dans les circonvolutions, dans les pédoncules cérébraux, ni dans le bulbe.

Leur nombre est des plus variables. Tantôt elles sont si nombreuses qu'il est impossible de les compter ; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, il n'y en a que quelques-unes ou même qu'une seule. D'ailleurs, les lacunes ont une tendance à se multiplier, si bien que le fait pour un malade d'en posséder constitue une prédisposition à en ressentir de nouvelles atteintes.

Du volume de la lacune dépend en grande partie son aspect. La lacune la plus visible est celle qui atteint les dimensions d'une petite lentille; il faut qu'elle ait au moins celles d'un grain de chènevis pour ne pas être tout à fait miliaire ; on en voit encore des plus volumineuses qui atteignent les proportions d'un pois ou même d'un haricot. La lacune de volume moyen a tous ses diamètres à peu près égaux : sa forme est toujours anfractueuse, les parois ne sont jamais lisses, mais toujours déchiquetées, creusées de replis plus ou moins profonds. La teinte des parois, grisâtre, tranche un peu sur l'aspect blanc laiteux du cerveau ; elle est d'autant plus accentuée que la lacune est plus ancienne. Parfois, quand il y a eu une notable quantité de sang épanché, la lacune prend une coloration jaunâtre ocreuse, absolument comme dans les anciens foyers hémorragiques.

(1) Th. de Paris, 1902, J. Rousset, édit.

Cette couleur indique donc toujours une cavité déjà assez ancienne.

A première vue, la cavité paraît remplie par de la substance plus ou moins louche, semi-fluide, n'adhérant pas aux parois, ou par une sorte de magma jaunâtre analogue à du mastic, comblant tous les replis de la lacune. Enfin, au milieu de tous ces éléments, formant le centre et l'axe de la cavité, se trouve un vaisseau. Bien que de petit volume, ce vaisseau est cependant assez rigide pour ne pas s'affaisser après la coupe et il reste saillant dans l'axe de la lacune.

Les lacunes miliaires sont le plus souvent multiples. On voit alors, dans un noyau gris, une foule de points noirâtres qui remplacent les vaisseaux qu'on y distingue à l'état normal. Les lacunes anciennes tendent vers la cicatrisation : on y voit alors des brides fibreuses qui finissent par combler les anfractuosités des parois ; d'autres évoluent vers l'enkystement.

Quel est, chez des malades porteurs de lacunes cérébrales, l'état des centres nerveux et des organes ? A l'autopsie du cerveau, ce qui frappe d'abord, c'est l'adhérence anormale de la dure-mère à la boîte cranienne. Cette adhérence est parfois, telle qu'il devient très difficile d'arracher la calotte du crâne et qu'on est obligé, pour y parvenir, de sectionner la dure-mère aux ciseaux et d'en extraire une partie avec l'os lui-même. Cette adhérence est en général limitée à la partie convexe des hémisphères ; elle est maxima aux abords de la ligne médiane. La pie-mère est très épaissie dans la région rolandique surtout. Les circonvolutions sont atrophiées, amincies ; il en est de même du corps calleux.

Les noyaux centraux, même quand ils ne présentent pas de lacunes, sont atrophiés, les ventricules dilatés (hydrocéphalie sénile des anciens auteurs), les plexus choroïdes beaucoup plus volumineux que d'habitude. La moelle présente souvent des lésions analogues (P. Marie).

Les viscères sont toujours altérés, attestant un passé pathologique plus ou moins chargé (gros cœurs hypertrophiés, petits reins rouges, artério-sclérose, etc.), sans que ces lésions aient rien de spécial à la désintégration lacunaire du cerveau.

Histologiquement, la lacune semble passer par deux phases successives : dans la première, elle se prépare, dans la seconde elle est formée. Dans la première — lacune miliaire — on constate une raréfaction du tissu cérébral autour d'une artériole, mais sans solution de continuité des éléments fébrillaires. Dans la seconde, on peut distinguer entre l'artère centrale et le tissu cérébral un espace suffisamment étendu dans lequel se fixent les débris d'éléments nerveux et sanguins. Le vaisseau central a ses parois épaissies, altérées, infiltrées de corps granuleux surtout dans les tuniques moyenne et externe. Ces lésions, inégalement réparties, déforment l'artère qui est bosselée, rétrécie, irrégulière. Jamais il n'y a d'oblitération artérielle, fait de la plus haute importance et qui permet d'éliminer, comme causes de la lacune, l'embolie et la thrombose. Les parois de la lacune sont constituées par le tissu cérébral lui-même un peu modifié et altéré. Il est d'abord raréfié, cette raréfaction s'accentuant à mesure qu'on se rapproche de la lacune. Sur les coupes traitées par le Marchi, on voit de très nombreux corps granuleux attaquer la paroi de la cavité lacunaire et détruire les éléments nerveux contre lesquels ils s'insinuent. Le bord même de la cavité est irrégulier, festonné ; tout le long de ce bord, on trouve des débris de cylindraxe, de fibres névrogliques et un grand nombre d'hématies. Immédiatement en dehors, le tissu cérébral est surtout altéré dans ses éléments nobles, fibres et cellules nerveuses, la névrogie est moins atteinte, il y a une infiltration leucocytaire abondante, qu'accompagnent encore de nombreuses et importantes lésions vasculaires.

Dans la cavité de la lacune elle-même, on trouve deux sortes d'éléments, les uns venant du parenchyme cérébral, les autres émigrés du vaisseau. Tous sont parsemés dans une cavité plus ou moins grande, mais qui n'est jamais comblée par les débris qu'elle contient. Ces débris sont toujours plus abondants vers les parois lacunaires qu'autour du vaisseau : ils consistent en fibres nerveuses et névrogliques, hématies, leucocytes (surtout des lymphocytes, etc.). Il n'y a de formes microbiennes ni dans les parois du vaisseau ni dans la cavité lacunaire elle-même, constatation intéressante au point de vue de la pathogénie des accidents.

Variable est l'évolution de la lacune : tantôt elle se cicatrise, tantôt et plus souvent, elle s'agrandit et s'étend : le nombre et l'importance des artérioles qui la parcourent — artérioles non oblitérées — explique pourquoi les hémorragies sont si fréquentes au cours de ces états lacunaires.

Cliniquement, les symptômes déterminés par la lacune évoluent dans l'ordre suivant : ictus qui guérit, puis infection intercurrente, gâtisme par production de nouvelles lacunes, mort par hémorragie cérébrale.

L'ictus est souvent précédé de torpeur, de céphalée et même de vomissements, puis, brusquement, le malade sent ses jambes fléchir et tombe sur le sol, mais sans perdre connaissance. Quelquefois aussi, l'hémiplégie survient dans la nuit : alors, au réveil, le malade tombe à terre dès que les pieds touchent le sol. Une fois constituée, l'hémiplégie est *partielle* et *incomplète* ; elle est partielle, c'est-à-dire qu'il n'y a qu'un bras ou qu'une jambe de pris ; elle est incomplète parce que, dans les membres paralysés, certains mouvements sont possibles. L'aphasie est rare, on observe plus souvent de la dysarthrie. Jamais il n'existe de troubles hémisensitifs. Sauf ces détails, la symptomatologie des hémiplégies post-lacunaires présente tous les caractères classiques.

Cependant il existe parfois un signe distinctif, qui permet de faire le diagnostic : c'est la conservation du sens stéréognostique. Dans une hémiplégie vulgaire, le malade n'arrive pas à reconnaître les objets qu'on place dans sa main ; dans l'hémiplégie lacunaire, au contraire, la notion de l'objet est conservée aussi bien du côté parésié que du côté sain.

La durée de l'hémiplégie, quoique variable, est toujours courte. C'est en effet là, le troisième grand caractère de l'hémiplégie, elle n'est pas seulement incomplète et partielle, elle est encore transitoire. Les phénomènes qui l'ont accompagnée le sont également, les réflexes reparaissent, la dysarthrie diminue et, au bout de quelques jours, le malade ne garde plus que le souvenir de son attaque. Malgré tout, le lacunaire n'est pas guéri : sa marche reste altérée, bien qu'il n'y ait pas de contracture semblable à celle de certains parkinsoniens ou de certains pseudo-bulbaires : le lacunaire, dit M. P. Marie, marche à petits pas ; du côté des membres supérieurs les mouvements qui exigent une certaine adresse ne se font plus aussi bien qu'auparavant, les réflexes tendineux s'exagèrent, l'intelligence elle-même est profondément atteinte. Ces troubles ne modifieront d'ailleurs en rien l'état général qui peut rester longtemps

satisfaisant. La mort survient le plus souvent à la suite d'une infection sénile telle que la pneumonie, d'une néphrite chronique, d'une hémorragie cérébrale ou encore dans un gâtisme progressif. L'hémiplégie double s'observe parfois et donne alors lieu à un syndrome des plus analogues à celui présenté par les pseudo-bulbaires.

L'*étiologie* de l'affection est encore assez peu connue. Si l'on met de côté l'influence incontestable de l'âge, il est difficile de déterminer les causes de la désintégration lacunaire. Il est vraisemblable que les infections antérieures graves, et en particulier la syphilis, que les diathèses et les intoxications jouent un rôle dans le développement des lacunes, qu'elles agissent peut-être par le mécanisme de l'artério-sclérose, mais ce ne sont là encore que des hypothèses.

Relativement au *pronostic*, on peut dire que l'hémiplégie lacunaire est la moins grave de toutes les hémiplégies organiques. Elle guérit le plus souvent sans laisser derrière elle d'infirmités trop considérables, elle permet une survie assez longue, aussi le pronostic serait-il peu grave si le malade n'était destiné à finir, au bout d'une période variable, dans un complet gâtisme.

Le *diagnostic* repose sur les caractères que nous avons indiqués. Il est surtout à faire avec les ramollissements et l'hémorragie dans lesquels les symptômes sont beaucoup plus graves et l'hémiplégie complète, permanente et accompagnée de contractures. Le diagnostic avec la paralysie pseudo-bulbaire n'est vraiment difficile que si l'hémiplégie est double, et encore, dans ce dernier cas, les symptômes sont-ils beaucoup plus accusés chez les pseudo-bulbaires que chez les lacunaires.

Quelle est la *pathogénie* de la désintégration lacunaire? Avant de résoudre cette question, M. Ferrand rappelle que la lacune est une véritable lésion, lésion suffisante pour se traduire cliniquement. Cette lésion est-elle une hémorragie? Bien qu'il y ait entre ces deux états de grandes analogies, les différences sont suffisantes pour permettre de ne pas confondre ces deux états; ce n'est pas non plus un ramollissement. En réalité, la lacune de désintégration spéciale est une maladie autonome dont le développement est lié aux lésions artérielles du cerveau, elles sont produites par une insuffisance nutritive du parenchyme cérébral causée par l'artério-sclérose des petits vaisseaux. Il en résulte secondairement une encéphalite chronique qui peut guérir à cause de sa tendance à la sclérose. C'est donc d'une encéphalite chronique sclérosique des vieillards que M. Ferrand nous donne aujourd'hui la description dans sa monographie.

L. B.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(6 juin 1902)

De grosses questions furent agitées au cours de cette séance..., mais elles le furent à huis clos. La partie scientifique se trouve donc fort réduite :

M. Léopold-Lévi reprend l'étude du **sérum de Trunecek** à propos de la dernière communication de M. Merklen. Il montre de nombreux malades soignés par lui et arrive aux conclusions suivantes :

Un certain nombre de résultats éloignés se rapportant à des malades traités par le sérum de Trunecek depuis cinq à dix mois, montrent que l'effet de la médication n'est pas exclusivement transitoire.

Le sérum agit-il seulement par injections hypodermiques? M. Léopold-Lévi relate quatre faits qui déposent en faveur du mode d'administration du médicament par lavements. Les lavements sont donnés avec le sérum pur, sans mélange d'eau, à la dose de 5 à 40 centimètres cubes.

Mais injections et lavements constituent des méthodes d'exception. M. Léopold-Lévi a substitué au sérum la poudre minérale qu'il formule ainsi :

Chlorure de sodium.........		10 grammes.
Sulfate de soude...........		1 —
Phosphate de chaux......	ââ	0g40 centigr.
— de magnésie.		
Carbonate de soude........		0g40 —
Phosphate de soude........		0g30 —

en 12 cachets, à prendre le matin à jeun, une heure avant le premier déjeuner, avec une cuillerée d'eau.

Il a amélioré avec cette poudre minérale un cas de paraplégie spasmodique incomplète, une hémiplégie spasmodique incomplète, une claudication cérébrale ayant simulé la paralysie générale, une céphalée opiniâtre de trois ans de durée, deux malades atteints de bourdonnements d'oreilles, un malade souffrant d'insuffisance aortique avec crises de dyspnée nocturne.

Par la comparaison de trois observations, il conclut que, suivant les cas, la poudre ou les injections sont préférables. Parfois l'un des trois modes d'administration des sels du sérum se trouve également applicable.

M. Souques présente un jeune homme de vingt-sept ans atteint de **maladie de Raynaud de nature hystérique**, guérie par suggestion indirecte. Ce jeune homme a depuis quinze jours, tous les jours et plusieurs fois par jour, des crises d'asphyxie locale des extrémités, accompagnées d'anesthésie, d'hypothermie locale et de douleurs vives. Chaque crise dure une heure environ.

L'examen du malade ayant montré dans le passé et dans le présent des stigmates d'hystérie, on lui fait prendre une pilule dite fulminante, contenant en réalité du bleu de méthylène, et on lui affirme que ses urines deviendront bleues parce que la couleur bleue de ses mains passera dans les urines. Les urines deviennent évidemment bleues et la suggestion réussit. Depuis lors, c'est-à-dire depuis quinze jours, l'asphyxie locale a totalement disparu.

Ce fait comporte un enseignement théorique et pratique; il y a une forme hystérique de la maladie de Raynaud, et cette forme peut guérir par suggestion.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

du 5 juin 1902

Une longue discussion s'ouvre au début sur le cas d'un malade présenté par M. Thomas. Ce malade, âgé de onze ans, serait atteint de **surdité verbale pure**, sans autres troubles soit du langage (parole spontanée, écriture, lecture), soit de l'audition (localisation exacte des sons, reconnaissance de l'intensité et de la qualité des sons). Cependant on décèle encore chez cet enfant d'une part une démarche un peu cérébelleuse, d'autre part une légère névrite optique ne présentant pas d'ailleurs les caractères de la névrite œdémateuse par stase. Quel diagnostic peut-on porter? M. Thomas élimine l'hystérie et croit à des lésions centrales, l'une siégeant sur l'appareil cérébelleux, l'autre dans la région sous-

corticale temporale, car les caractères de la surdité verbale présentés par le malade ressemblent tout à fait à ceux de la surdité verbale sous-corticale (c'est-à-dire absence de troubles dans les autres fonctions du langage); mais M. Thomas ne peut se prononcer sur la nature des lésions, peut-être une sclérose en plaques. Or ce même malade a été examiné pendant longtemps par MM. Brissaud et Bonnier. M. Bonnier ne croit pas chez lui à l'intégrité absolue de l'oreille, le tympan est sclérosé, les sons sont mal perçus, l'affection remonte à plusieurs années, a eu une marche progressive; d'autre part, dans les anciennes affections du labyrinthe M. Bonnier a constaté des lésions de névrite optique; aussi est-il plutôt disposé à mettre le syndrome présenté par le malade sur le compte d'une lésion auriculaire. Au surplus, comment pourrait-on avoir une idée exacte sur la nature de l'affection du malade alors que tels oculistes prétendent constater chez lui une névrite optique tandis que, pour d'autres, la papille est au contraire normale? Le cas reste donc très embarrassant et l'avenir seul pourra trancher le diagnostic.

MM. Déjerine et Thomas avaient présenté dans une précédente séance les pièces microscopiques d'un malade atteint de **névrite interstitielle hypertrophique**; ils apportent aujourd'hui le résultat de l'examen histologique. Au niveau de la moelle, c'est une lésion des cordons postérieurs tout à fait identique à celle du tabes. Les racines antérieures sont très hypertrophiées et cette hypertrophie est la conséquence non seulement d'un épaississement des gaines conjonctives mais aussi d'une multiplication de fibres nerveuses, très fines, analogues à des fibres de régénération. Ces nouvelles fibres nerveuses ne peuvent pas être mises en évidence au niveau des nerfs périphériques dont l'énorme hypertrophie paraît être sous l'unique dépendance de l'hypertrophie des gaines lamelleuses des nerfs. Cette nouvelle autopsie confirme donc les résultats histologiques du premier cas publié par Déjerine et Sottas; au surplus ce premier cas concernait la sœur du malade actuel, car en effet la névrite interstitielle hypertrophique est une affection familiale. Un des signes intéressants de cette maladie consiste dans la présence du signe d'Argyll-Robertson.

M. Déjerine estime que le signe d'Argyll est bien un signe de syphilis nerveuse, comme l'a indiqué pour la première fois M. Babinski; cependant, la névrite interstitielle hypertrophique paraît être une exception, car dans un malade atteint de cette affection il a été impossible de déceler la syphilis. Cette question a été d'ailleurs étudiée dans ce même journal par un long article de MM. Cestan et Dupuy-Dutemps auquel nous renvoyons le lecteur (*Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 1433).

M. Egger insiste sur le gros intérêt que présente la recherche de la **sensibilité osseuse à l'aide du diapason.**

Le diapason, de gros volume, est placé par son manche de métal sur les différentes extrémités osseuses; normalement, les vibrations sont parfaitement perçues au point de contact de l'instrument. Au contraire, la sensibilité osseuse au diapason peut disparaître dans certaines affections nerveuses, syringomyélie, tabes, myélite, etc. Cette anesthésie osseuse est le plus souvent superposée à l'anesthésie cutanée; mais M. Egger présente des malades chez lesquels existe une dissociation des deux sensibilités, soit une tabétique ayant perdu la sensibilité osseuse des membres inférieurs malgré l'intégrité des sensibilités cutanées, soit une myélite transverse ayant conservé au contraire la sensibilité osseuse, malgré la perte des sensibilités cutanées; enfin, dans le syndrome de Brown-Séquard, on peut observer cette anesthésie osseuse du côté des troubles moteurs, qu'on sait siéger sur le côté opposé des troubles sensitifs. Cette recherche est donc très instructive, et dans tout examen de sensibilité on devra désormais faire mention de l'état de la sensibilité osseuse au diapason.

MM. Egger et Déjerine présentent deux malades atteints d'**hématomyélie consécutive à un arrachement du plexus brachial**; la lésion des racines cervicales se manifeste par des anesthésies des bras à topographie radiculaire; la lésion médullaire par des troubles moteurs et sensitifs des jambes et du tronc. Il est très vraisemblable, conformément aux résultats expérimentaux obtenus par MM. Guillain et Duval, que l'élongation du plexus brachial a déterminé une rupture des racines médullaires à leur sortie même de la moelle.

On sait que les artères cérébrales corticales sont terminales de telle sorte que le plus souvent une embolie de la sylvienne, par exemple, détermine un ramollissement de la région rolandique; cependant il peut exister des **anastomoses entre les divers territoires de l'artère cérébrale antérieure, de l'artère sylvienne et de l'artère cérébrale postérieure**; M. Pagniez en présente un bel exemple, celui d'une femme atteinte d'aphasie sensorielle. A l'autopsie, M. Pagniez a trouvé un ramollissement de la région temporale. Mais existait aussi une thrombose localisée de la branche sylvienne destinée à la circonvolution frontale ascendante. Or cette donnée est normale et, en effet, on voit de grosses anastomoses réunissant, au niveau du bord supérieur de l'hémisphère, le territoire de l'artère sylvienne à celui de l'artère cérébrale antérieure.

MM. Gilbert Ballet et Delherm montrent deux malades affectés de **myopathie** chez lesquels on constate un facies assez particulier produit par l'élargissement de la base du cou, élargissement bilatéral chez le premier malade, unilatéral chez le deuxième. Cet élargissement dépend de la saillie du muscle trapèze, saillie qui paraît tenir elle-même à la prédominance d'action du faisceau supérieur (claviculaire) du muscle par suite de l'atrophie des faisceaux inférieurs.

Le cou ressemble à celui des statuettes égyptiennes, particulièrement du sphinx, le trapèze rappelant l'aspect des bandelettes latérales qui dans les statuettes en question tombe de la coiffure.

C'est la raison pour laquelle les auteurs proposent de désigner ce facies particulier de certains myopathiques sous le nom de **facies de sphinx.**

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies nerveuses. Diagnostic. Traitement (1), par M. J. Vires; préface par F. Raymond.

Le livre de M. Vires est conçu dans un sens entièrement pratique.

Prenant, par ordre alphabétique, les principales maladies nerveuses, l'auteur, avant d'aborder leur traitement, résume en quelques traits largement schématiques l'histoire de l'affection, son syndrome clinique, son étiologie et

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Montpellier, Coulet et fils; Paris, Masson et Cie.

sa pathogénie, son diagnostic. Ainsi la maladie, définie dans sa nature et dans ses causes, précisée dans sa symptomatologie et soigneusement différenciée des types cliniques voisins, pourra être utilement soumise à la médication, médication qui, plus que dans toute autre branche de la pathologie, a besoin d'un diagnostic exact.

Dans ce livre, l'écueil était la surabondance des matériaux, l'entassement confus de toutes les doctrines : cet écueil, M. Vires a su l'éviter avec discernement, en ne disant dans les chapitres qui précèdent le traitement que les choses strictement indispensables au clinicien. Les théories toujours sujettes à controverse ne sont développées que dans la plus stricte mesure. Et ainsi, dans une œuvre de petit volume, l'auteur a pu condenser une quantité énorme de documents, les classer scientifiquement et donner des différentes maladies la thérapeutique adéquate au symptôme et à la cause. « Son œuvre, dit excellemment M. Raymond, porte un cachet de personnalisme qui contraste avec la vulgarité compilatoire de tant de publications thérapeutiques parues dans le cours du dernier quart de siècle. » Et c'est pourquoi elle est appelée à un très grand et très légitime succès.

L. B.

Boissons et condiments. Repas des adultes et des vieillards sains valétudinaires, ou malades (1), par le docteur F. Cayla.

Ce travail est appelé à rendre de grands services en raison des tendances actuelles des médecins qui cherchent la guérison des maladies moins dans l'usage des préparations pharmaceutiques que dans la pratique d'un régime diététique raisonné et approprié à l'état constitutionnel des sujets en traitement. Malgré la nature prosaïque et aride du sujet, cet ouvrage est d'une lecture facile, agréable et intéressante par les réflexions piquantes et humoristiques dont il est émaillé. Tous les aliments, toutes les boissons et tous les condiments y sont étudiés méthodiquement et pratiquement au point de vue de leur composition chimique, de leurs effets physiologiques, de leur degré de digestibilité et d'assimilabilité. Il se termine par les repas dans les maladies aiguës, chroniques et diathésiques avec deux colonnes distinctes dont l'une renferme l'énumération des substances permises et l'autre celle des produits défendus, ainsi que les raisons qui justifient leur emploi ou leur interdiction.

F. R.

Le traitement médical de la lithiase biliaire [*The medical treatment of gall-stones*] (2), par J. H. Keay.

L'auteur, dans son introduction, nous prévient que l'ouvrage a pour but de réhabiliter le traitement médical de la lithiase, car on a abusé du traitement chirurgical. Il étudie d'abord la formation des calculs et leur composition chimique et montre que cette formation est favorisée par le manque d'écoulement de la bile qui acquiert par la stagnation des propriétés irritantes et par l'infection ascendante venue du tube digestif.

Deux chapitres sont ensuite consacrés à l'étude de la migration des calculs et des complications qui en résultent. A côté de celles-ci qui sont méthodiquement résumées, il est intéressant de constater que l'auteur a relevé la coïncidence du cancer primitif des voies biliaires avec la lithiase. Le cancer secondaire serait au contraire très rare à côté de la lithiase.

Le chapitre principal est celui qui s'occupe du traitement. Dans ces derniers temps, l'opération a été le seul traitement de la lithiase et un chirurgien allemand a dit que la constatation de la lithiase suffisait à justifier l'intervention opératoire.

Ce traitement est dangereux, comme le prouvent les statistiques de l'auteur ; il est insuffisant, car il ne préserve pas des récidives ; enfin il ne s'attaque pas à la cause du mal, il n'est donc pas rationnel.

Quoique nous ne soyons pas en possession d'un traitement spécifique de la lithiase, nous pouvons la guérir en la soignant de bonne heure.

Pour cela nous avons l'hygiène, le régime, l'exercice. Au moment des crises, le chloroforme, la morphine associée ou non à la dionine et à l'héroïne, les cholagogues, et en particulier le mercure, qui modifient la constitution de la bile, la térébenthine et l'éther, enfin l'huile d'olive.

Tous ces médicaments sont longuement étudiés, ainsi que les indications spéciales auxquelles ils répondent et la manière dont ils agissent.

Un court aperçu sur le traitement hydro-minéral de Carlsbad et de Contrexéville termine cet élégant volume.

J. F.

(1) Rebman, L^d, 129, Schaftesbury avenue, W. C. London.

(2) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Vigot frères.

PRATIQUE MÉDICALE

Grâce à son innocuité absolue, à la commodité de son emploi et à son action antithermique et analgésique, l'aspirine est le médicament de choix chez ce grand nombre de malades qu'on appelle couramment rhumatisants, souffrant de douleurs vagues ou plus ou moins localisées, chez ces arthritiques nerveux, impressionnables, ces algiques, comme dit Landouzy. Dans ces cas l'aspirine donne presque toujours d'excellents résultats et se montre douée d'une réelle efficacité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 16 au 21 juin 1902)

Examens de doctorat.

Lundi 16 juin, à une heure. — 2e (chirugien-dentiste), *Salle Thouret* : MM. Sébileau, Gaucher et Richaud.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Delens, Poirier et Lepage ; — (ancien régime), *Salle Corvisart* : MM. Lannelongue, Wallich et Cunéo ; — M. Retterer, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Walther et Gosset ; — (2e série) : MM. Terrier, Mauclaire et Legueu ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Teissier et Legry ; — M. Broca (Aug.), suppléant.

Mardi 17 juin, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Geoffroy, Gouget et Guiart.

1er (oral, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Poirier, Retterer et Gley.

2e (chirugien-dentiste), *Salle Béclard* : MM. Quénu, Thiéry et Launois ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Marion et Faure ; — (2e série) : MM. Berger, Pozzi et Schwartz ; — (2e partie) : MM. Chantemesse, Charrin et Achard ; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin.

Mercredi 18 juin, à une heure. — 1er, *Salle Richet* : MM. Poirier, Gley et Cunéo.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Broussais* : MM. Sébileau, Lepage et Gosset ; — (ancien régime), *Salle Charcot* : MM. Lejars, Mauclaire et Potocki ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Lannelongue, Reclus, et Broca (Aug.) ; — (2e partie) : MM. Hayem, Widal et Legry ; — M. Walther, suppléant.

JEUDI 19 JUIN, à une heure. — *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Hanriot et Jeanselme.

1er (oral, nouveau régime), *Salle Vulpian* : MM. Schwartz, Rieffel et Launois.

2e (chirurgien-dentiste), *Salle Béclard* : MM. Retterer, Langlois et Gley.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Corvisart* (1re série) : MM. Le Dentu, Thiéry et Bonnaire; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Guyon, Pozzi et Demelin; — (2e partie, ancien régime), *Salle Thouret* : MM. Dieulafoy, Méry et Renon.

VENDREDI 20 JUIN, à une heure. — 4e, *Salle Richet* : MM. Pouchet, Teissier et Thoinot; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Lejars et Gosset; — MM. Kirmisson, Delens et Mauclaire; — (2e partie, ancien régime) : MM. Landouzy, Widal et Legry, M. Bezançon, suppléant.

5e (obstérique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich.

SAMEDI 21 JUIN, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Blanchard et Vaquez.

3e (oral) 1re partie, ancien régime), *Salle Broussais* : MM. Schwartz, Poirier et Launois.

2e (chirurgien-dentiste), *Salle Velpeau* : MM. Quenu, Retterer et Gley; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Beaujon* : MM. Berger, Thiéry et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Raymond, Achard et Renon; — M. Jeanselme, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Grenoble.* — M. le docteur Gauthier est nommé, après concours, médecin titulaire des hôpitaux.

Faculté de médecine de Paris. — M. Grisez, chef du troisième bureau de l'enseignement supérieur, est nommé secrétaire de la Faculté, en remplacement de M. le docteur Pupin.

— La chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Floersheim et Fraysse (de Paris), Brémaud (de Brest), Bertheux, Blin et Dayot, professeur à l'École de médecine de Rennes, Michalowicz (de Parçay), Piazza (de Chiavari), Cayrard (de Matha).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bègue, Blind, Bringeon, Cestan, Chaillous, Dicquemare, Gauducheau, Hugon, Lacaille, Lhuillier, Martigny, May, Paquy, Rouffilange, Rudaux et Thibierge (de Paris); Bodin, Lautier et Le Moniet, professeurs à l'École de médecine de Rennes; Antonini (de Saint-Antonino), Cavalié (de Figeac), Bernard, Guéry et Le Filliâtre (de Fresnes), Chambon (de Cabourg), Devémy (de Valenciennes), Gasser (d'Oran), Gassion (de Balleroy), Kermarec (de Landerneau), Lafon (de Castries), Leca (de Vico), Piton, Pungier et Valence (de Brest), Quintrie-Lamothe (de Bordeaux), Susini (de Caldarello).

MM. Laignel-Lavastine et Le Lorier, internes des hôpitaux de Paris.

MM. Chupin, médecin principal de deuxième classe à l'École d'application de cavalerie de Saumur et Hussenet, médecin principal de deuxième classe à l'École militaire d'infanterie de Saint-Maixent.

MM. Algier, médecin-major au 120e d'infanterie et Hubbé, médecin-major au 52e d'infanterie.

La Société d'hygiène de l'enfance met au concours la question suivante pour 1902 : « Petit manuel d'hygiène à l'usage des élèves des écoles primaires. »

Les mémoires devront être inédits et écrits en français, allemand, anglais, italien ou espagnol.

Ils porteront une épigraphe reproduite sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Aucun mémoire ne sera rendu. Même non primés, ils deviendront la propriété de la Société et par conséquent ne pourront être publiés par leurs auteurs.

Le concours sera clos le 31 décembre 1902. Adresser les mémoires, avant cette date, au docteur Chassaing, président de la Société d'hygiène de l'enfance, 8, rue Saint-Antoine, à Paris.

Les prix seront décernés dans les premiers mois de 1903.

Nota. — La Société d'hygiène de l'enfance n'acceptera et ne récompensera en dehors du sujet du concours aucun autre mémoire, même traitant de l'hygiène de l'enfauce.

Les conditions du concours sont formelles. Aucun mémoire autre que ceux qui traiteront la question posée n'y sera admis.

Tout auteur qui se sera fait connaître sera exclu du concours.

Les personnes qui ont des communications à faire sur l'hygiène matérielle et morale de l'enfance peuvent les adresser à la Société qui les recevra avec reconnaissance. Elles pourront, si leurs travaux sont jugés sérieux et utiles, en être récompensées par l'insertion dans le *Bulletin* de la Société et par le titre de membre correspondant.

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant** la vingt-deuxième semaine, 1 041 décès, au lieu de 969 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 966.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de 1 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 8; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins (28) est identique à celui de la semaine dernière et inférieur à la moyenne (42).

La variole a causé 3 décès, chiffre identique à celui de la moyenne, au lieu de 2 pendant la semaine précédente ; le nombre des cas nouveaux est de 20, au lieu de 13 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 18. A Londres, la mortalité par variole continue à diminuer ; l'épidémie n'a causé pendant la vingt et unième semaine que 24 décès, au lieu de 37 pendant la semaine précédente.

La rougeole a causé 32 décès, au lieu de 23 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 25; la scarlatine 8 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente (la moyenne est 5); la coqueluche, 13 décès, au lieu de 9 pendant la précédente semaine (la moyenne est 7). La diphtérie a causé 15 décès au lieu de 23 pendant la précédente semaine (la moyenne est 7); le nombre des cas nouveaux est de 110 au lieu de 115 pendant la semaine précédente et de la moyenne 63.

La diarrhée infantile a causé 27 décès de 0 à 1 an, au lieu de 45 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 31.

En outre, 26 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 196 décès au lieu de 157 pendant la semaine précédente et au lieu de 150, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 15 décès (au lieu de la moyenne 12); bronchite chronique, 22 (au lieu de la moyenne 16); pneumonie, 43 (au lieu de la moyenne 39); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 116 (au lieu de la moyenne 83), dont 31 sont dus à la congestion pulmonaire et 77 à la broncho-pneumonie. En outre, 4 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 195 décès ; la méningite tuberculeuse, 30; la méningite simple, 28; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 67; les maladies organiques du cœur, 65; le cancer a fait périr 50 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 5 décès; la cirrhose du foie, 8; la néphrite, 30; enfin, 33 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 65. — JEUDI 12 JUIN 1902. 75e ANNÉE JEUDI 12 JUIN 1902. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de MM. Lenormant et Schwartz; et de MM. Alglave et Alexandre comme prosecteurs provisoires.

Facultés de province. — *Bordeaux.* — M. Le Dantec, agrégé, est nommé professeur de pathologie exotique (fondation de l'Université de Bordeaux).

Marine. — M. le médecin principal Roux (G.-V.), du port de Cherbourg, actuellement en service à Toulon, est désigné pour aller servir à l'hôpital français de Smyrne.

Voyages d'études médicales aux eaux minérales, stations climatériques et sanatoriums de France. — Le voyage d'études médicales de 1902 aura lieu du 7 au 16 septembre inclus. Il comprendra les stations des Vosges et de l'Est, visitées dans l'ordre suivant : Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne-les-Bains, Luxeuil, Plombières, Gérardmer, la Schlucht, Bussang, le Ballon d'Alsace, Salins et Besançon.

Le V. E. M. de 1902 — comme celui de 1899 aux stations du centre et de l'Auvergne, celui de 1900 aux stations du Sud-Ouest et celui de 1901 aux stations du Dauphiné et de la Savoie — est placé sous la direction scientifique du docteur Landouzy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, à la première station, Vittel.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au départ de la dernière station, Besançon, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Vittel à Besançon, prix à forfait : 200 francs, pour tous les frais : chemin de fer, voiture, hôtel, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe arrondissement).

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 25 août 1902, terme de rigueur.

Médecin et client. — Un médecin du quartier de l'Europe poursuivait dernièrement un de ses clients, clerc de notaire, M. B..., en paiement de 180 francs d'honoraires, pour soins donnés à la fille de celui-ci. Le juge de paix du Xe arrondissement fit droit à la demande du docteur, et rendit un jugement de condamnation pour le montant de la demande. Mais le clerc de notaire ne se tint pas pour battu, et introduisit contre son médecin une instance en paiement de 1500 francs de dommages-intérêts pour la façon défectueuse dont il prétendait qu'avait été soignée son enfant.

La jeune fille avait été atteinte d'une fluxion de poitrine, en septembre 1900; puis, quelques jours après, d'une fièvre typhoïde: et le docteur n'avait, paraît-il, voulu soigner les deux maladies que par des piqûres de sérum, en dépit des progrès du mal et de l'indication, affirme le demandeur, d'un traitement tout autre par un de ses confrères. La malade poussait jour et nuit des cris perçants qui l'épuisaient, et ont même forcé les voisins à déserter la maison; et on reproche au docteur de n'avoir rien fait pour la calmer, et de n'avoir pas cherché à lui donner une alimentation susceptible d'entretenir ses forces.

Enfin, pour combler la mesure, le docteur, au moment même où, de son propre aveu, l'état de l'enfant pouvait être considéré comme désespéré, avait prétexté une absence et abandonné sa malade, se contentant d'envoyer chez son client un de ses parents, jeune externe des hôpitaux, qui fut atterré par la gravité de la situation.

Le tribunal a débouté de sa demande le clerc de notaire; le jugement déclare que si, aux termes des articles 1382 et 1383 du Code civil, les médecins peuvent être rendus responsables des fautes qu'ils commettent dans l'exercice de leur profession, les tribunaux ne sont pas juges compétents des théories et des systèmes, et ne peuvent apprécier l'opportunité, la valeur d'un procédé comparé aux résultats d'un autre procédé.

Leur action commence là où, pour tout homme de bon sens, et indépendamment des théories sujettes à discussion, il y a eu, de la part du médecin, faute lourde, négligence, maladresse visible, impéritie ou ignorance des choses que tout homme de l'art doit savoir.

Il est intéressant de dire que la jeune fille est aujourd'hui complètement revenue à la santé, et qu'on ne voit pas quel préjudice son père aurait éprouvé.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Perdriollat, médecin sanitaire maritime; Chartier (de Nantes).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Exposition d'art décoratif moderne à Turin.* — Billets d'aller et retour à prix réduits de 1re, 2e et 3e classes de toute gare P.-L.-M. à Turin donnant droit à six entrées à l'Exposition. — Validité : 30 jours.

Arrêts : En Italie, deux arrêts au choix tant à l'aller qu'au retour.

Ces billets sont délivrés : 1° immédiatement dans les gares de Paris, Nevers, Dijon, Lyon-Perrache, Clermont-Ferrand, Saint-Étienne, Valence, Marseille, Nimes, Grenoble et Chambéry ; 2° sur demande faite 48 heures à l'avance dans toutes les autres gares.

Excursions aux gorges du Tarn. — Les Compagnies P.-L.-M., Orléans et Midi organisent, avec le concours de l'agence des Voyages modernes, deux excursions aux gorges du Tarn.

Prix (tous frais compris et suivant l'itinéraire) : 1re classe, 245 fr. ou 330 fr. ; 2e classe, 200 fr. ou 290 fr.

Départ de Paris le samedi 14 juin 1902. — Retour à Paris le 21 juin.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence des Voyages modernes, 1, rue de l'Échelle, Paris.

Villes d'Eaux. — *Billets d'aller et retour collectifs.* — Il est délivré jusqu'au 15 septembre, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours simple minimum de 150 kilomètres, aux familles d'au moins quatre personnes voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes, valables 33 jours, pour les stations thermales suivantes : Aix-en-Provence, Aix-les-Bains (Aix-les-Bains, Marlioz), Baume-les-Dames (Guillon), Besançon, Bourbon-Lancy, Carpentras (Montbrun), Cette (Balaruc), Chambéry (Challes), Charbonnières, Clermont-Ferrand (Royat), Coudes (Saint-Nectaire), Digne, Divonne-les-Bains, Euzet-les-Bains, Evian-les-Bains (Amphion), Genève (Champel), Grenoble (Uriage), Groisy-le-Plot-la-Caille, La Bastide, Saint-Laurent-les-Bains, Le Fayet-Saint-Gervais, Lépin-lac d'Aiguebelette (La Bauche), Lons-le-Saunier, Manosque (Gréoulx), Menthon (lac d'Annecy), Montélimar (Bondonneau), Montpellier (Palavas), Montrond (Montrond-Geyser), Moulins (Bourbon-l'Archambault), Moutiers-Salins (Salins, Brides), Pont-charra-sur-Bréda (Allevard), Pougues-les-Eaux, Rémilly (Saint-Honoré-les-Bains), Riom (Châtel-Guyon, Châteauneuf), Roanne (Saint-Alban), Sail-sous-Couzan, Saint-Georges-de-Commiers (La Motte-les-Bains), Saint-Julien-de-Cassagnas (Les Fumades), Saint-Martin-Sail les-Bains, Salins (Jura), Santenay, Sarrians-Montmirail, Sauve (Fonsange-les-Bains), Thonon-les-Bains, Vals-les-Bains-La Bégude, Vandenesse-Saint-Honoré-les-Bains, Vichy (Vichy-Cusset), Villefort (Bagnols).

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de six billets simples ordinaires (pour les 3 premières personnes) le prix d'un billet simple pour la quatrième personne, la moitié de ce prix pour la cinquième et chacune des suivantes. — Arrêts facultatifs. — Faire la demande de billet quatre jours au moins à l'avance à la gare où le voyage doit être commencé.

Excursions en Dauphiné. — La Compagnie P.-L.-M. offre aux touristes et aux familles qui désirent se rendre dans le Dauphiné, vers lequel les voyageurs se portent de plus en plus nombreux chaque année, diverses combinaisons de voyages circulaires à itinéraires fixes ou facultatifs permettant de visiter, à des prix réduits, les parties les plus intéressantes de cette admirable région : la Grande-Chartreuse, les gorges de la Bourne, les Grands-Goulets, les massifs d'Allevard et des Sept-Laux, la route de Briançon et les massifs du Pelvoux, etc.

La nomenclature de ces voyages, avec prix et conditions, figure dans le Livret-Guide officiel P.-L.-M., qui est mis en vente au prix de 50 centimes dans les gares de son réseau, ou envoyé contre 85 centimes en timbres-poste adressés au service central de l'exploitation (publicité), 20, boulevard Diderot, Paris.

TENSION ARTÉRIO-CAPILLAIRE

APPLICATIONS CLINIQUES DE L'APPAREIL DE GARTNER. CONSTATATIONS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES

Par le docteur P. BOULOUMIÉ.

Dans un mémoire que j'ai présenté l'an dernier à la Société de thérapeutique (mai 1901), j'ai appelé l'attention sur le mode d'emploi et les applications du tonomètre de Gartner, encore très peu employé en France. J'ai depuis poursuivi mes recherches, qui, d'une manière générale, ont confirmé les résultats déjà obtenus; je peux donc aujourd'hui établir les règles d'une bonne application de l'appareil, signaler un certain nombre de causes d'erreur, éclairer certains points encore obscurs et montrer l'utilité clinique de la tonométrie en même temps que la nécessité, dans certains cas, d'étudier conjointement chez un malade l'état de la tension artério-capillaire et celui de la tension artérielle.

Ce qui distingue l'appareil de Gartner des sphygmomanomètres couramment employés, de Basch, de Potain, de Bloch, de Verdin et autres, c'est qu'il indique la pression intravasculaire nécessaire pour rétablir la circulation dans une extrémité digitale, préalablement anémiée par compression centripète, tandis que ceux-ci indiquent le degré de pression nécessaire pour arrêter la circulation par écrasement d'une artère.

En second lieu, il mensure la tension dans les parties terminales de l'arbre circulatoire (tension artério-capillaire), au lieu de la mensurer dans les vaisseaux d'un certain calibre (tension artérielle) ou dans un vaisseau de gros calibre (tension cardio-artérielle).

L'ensemble de mes recherches a porté sur 775 malades, dont 524 hommes (251 en 1900 et 273 en 1901) et 251 femmes (141 en 1900 et 110 en 1901).

De ces chiffres, les uns sont assez importants pour permettre un contrôle sérieux des observations de la première série par celles de la deuxième série et par cela même l'établissement de conclusions paraissant définitives sur un certain nombre de points, les autres pour constater les modifications pouvant se produire d'une année à l'autre et, dans une certaine mesure, de rattacher ces modifications de la tension artério-capillaire à la cause qui a pu ou dû les produire.

L'appareil de Gartner se compose essentiellement d'un anneau métallique garni d'un manchon en caoutchouc souple, en communication d'une part avec un manomètre, de l'autre avec une poire en caoutchouc servant de réservoir d'air. L'anneau étant placé à un doigt, l'extrémité inférieure de celui-ci est anémiée par compression centripète; la poire étant alors comprimée, l'air pénètre dans le manchon de caoutchouc et s'oppose à l'accès du sang dans la partie anémiée. Dans un second temps, la poire est progressivement décomprimée jusqu'au moment où la circulation se rétablit. L'aiguille du manomètre observée à ce moment indique le degré de pression sous lequel la circulation artério-capillaire a pu se rétablir dans la partie préalablement anémiée.

Maniement et application du tonomètre. — Il est important que l'anneau (le manchon de caoutchouc n'étant pas gonflé) ne serre pas le doigt; s'il le serre, il gêne le rétablissement de la circulation et le chiffre de tension obtenu est inférieur au chiffre réel et varie d'une épreuve à une autre.

Pour le même motif, il faut éviter de placer l'anneau exactement au niveau d'une articulation interphalangienne.

Il faut aussi éviter de le placer à un doigt porteur d'une bague le comprimant ou ayant été comprimé pendant longtemps par une bague. J'ai plusieurs fois, dans ces conditions, noté une diminution sensible du chiffre de la tension constatée aux autres doigts. Les différences ont été le plus souvent de 0°50 à 1 degré (centimètre de mercure); elles ont même été dans un cas, jusqu'à 3°50.

Il faut que l'extrémité digitale au-dessous de l'anneau soit exactement anémiée par compression et, pour cela, l'emploi d'un tube de caoutchouc enroulé à la façon d'une bande d'Esmarck me paraît préférable à celui du dé garni de caoutchouc ou de l'anneau de caoutchouc de Gartner. Si l'extrémité digitale n'a pas été exactement anémiée, il reste une coloration qui empêche de saisir le moment exact du rétablissement de la circulation et la sensation de battement éprouvée en même temps par le sujet paraît être moins nette.

Il faut, en outre, dès qu'une modification de coloration est perçue par l'opérateur ou qu'une sensation est accusée par le sujet, arrêter la décompression et attendre pendant quelques secondes; si celle-ci est suffisante et si l'épreuve doit être considérée comme terminée, la coloration s'accuse progressivement et à la pâleur cireuse du doigt succède d'abord une coloration rosée très facilement perceptible à l'ongle et autour de l'ongle chez les sujets de race blanche, puis une coloration rouge dans toute l'extrémité digitale; sinon, il faut continuer la décompression, mais très lentement, sans saccades et l'arrêter à tout moment pendant encore quelques secondes. Tout cela se fait du reste très vite avec un peu d'habitude.

Conditions de bonne observation. — Les conditions d'une bonne observation et surtout d'une observation dont les résultats pourront être comparables à ceux qu'on obtiendra dans des examens successifs, tiennent à la connaissance des variations suivantes de tension qu'on peut appeler physiologiques.

Position du sujet. — J'ai constaté, toutes les fois que je les ai recherchées, les différences de tension que j'avais déjà signalées dans les diverses positions du sujet: debout, assis et couché, et, d'une manière générale, je dirai que les constatations faites avec l'appareil de Gartner donnent à ce point de vue des résultats concordant très sensiblement avec ceux obtenus à l'aide des appareils sphygmométriques et qu'avec Mosso notamment, je suis conduit à admettre que la pression est à son maximum dans la position verticale et à son minimum dans la position horizontale. Mais de mes constatations, il résulte que la formule de Mosso n'est pas suffisamment précise et peut dès lors conduire à des erreurs d'observation et d'interprétation. J'ai trouvé, en effet, des différences allant généralement de 1°50 à 2 degrés (centimètre de mercure) en plus que dans la position couchée, dans la position debout, alors que, le bras étant légèrement écarté du corps, la main reposait sur la table, et j'ai trouvé des différences beaucoup plus grandes encore, jusqu'à 4 à 5 degrés, alors que la main était laissée pendante; tandis que, le sujet étant debout, comme dans les cas précédents, la tension n'était plus que 0°50 à 0°75, lorsque la main était maintenue sensiblement à la hauteur de la région précordiale. Il y a donc à tenir compte de la situation relative du corps en général et de la partie sur laquelle porte l'examen, comme aussi de la situation élevée

ou abaissée des membres autres que celui sur lequel porte l'exploration artérielle ou artério-capillaire. C'est à la position déclive des membres inférieurs qu'on peut attribuer le fait que la pression artérielle mesurée à la radiale et la tension artério-capillaire ne sont pas sensiblement plus élevées dans la position assise que dans la position couchée. Ces constatations sur la pression artério-capillaire, conformes à celles faites dans les recherches expérimentales sur les animaux (Zybulski sur le chien, Sprengel sur le veau) et sur l'homme (Albert, Faivre sur des malades au moment de subir une amputation), ainsi qu'à celles faites par Potain dans ses recherches cliniques sur la tension dans la radiale, montrent qu'à ce point de vue les résultats obtenus par le tonomètre de Gartner sont généralement comparables à ceux obtenus par les sphygmomanomètres. Il faut noter toutefois qu'ils sont moins constants et moins réguliers dans les expériences faites avec le tonomètre que dans les expériences faites avec le sphygmomètre, et cela s'explique.

La vaso-motricité, qui entre en jeu pour contrebalancer les effets de la pesanteur et modérer les changements de calibre et de pression qui en résultent, étant une propriété spéciale aux artérioles et aux capillaires, provoque dans ces vaisseaux des modifications de compensation plus immédiates et plus brusques que dans les artères d'un certain calibre, douées d'élasticité, mais non de contractilité. De plus, et toujours en raison de la vaso-motricité, il y a à compter dans les constatations faites au tonomètre, plus encore que dans celles faites au sphygmomanomètre, avec l'influence nerveuse centrale ou périphérique produite par des excitations directes des centres nerveux de cause psychique ou autres, aussi bien que des excitations indirectes ou réflexes des surfaces sensibles externes ou internes.

Je n'ai pas noté de rapport constant ou même nettement appréciable entre le degré des modifications de pression, par le fait du changement de position du sujet, et le degré plus ou moins élevé de la pression artério-capillaire, comme avaient semblé en témoigner mes premières observations.

Je n'ai pas vu non plus qu'il y ait un rapport conforme à cette loi de Marey : « La fréquence du pouls est en raison inverse de la tension artérielle » entre le degré de la tension artério-capillaire et le nombre des pulsations. J'ai au contraire noté la diminution de la tension en même temps que celle du nombre des pulsations, le matin au réveil, dans la position couchée, et l'augmentation de ces deux facteurs par la station debout et le mouvement. J'aurai d'ailleurs à revenir sur ce sujet.

Variations de la tension artério-capillaire au cours de la journée. — La tension artério-capillaire est bien, comme je l'avais déjà noté, à son minimum le matin au réveil et va d'une manière générale augmentant du matin au soir avec quelques oscillations. Elle se relève notablement au lever et se maintient ensuite sensiblement au même point jusqu'au repos. Elle se relève alors de nouveau et se maintient à son maximum pendant un temps variable, puis s'abaisse légèrement, tout en restant plus élevée que le matin, pendant à peu près toute la durée de l'après-midi, ne baissant d'une manière plus ou moins appréciable, suivant le degré de fatigue, que vers la fin de l'après-midi, avant le repas du soir, après lequel elle se relève de nouveau et remonte au chiffre atteint après le repas du matin et le dépasse même parfois, si le dîner a été copieux, animé, arrosé de vins généreux. Chez quelques sujets, toutefois, j'ai noté un certain abaissement de la pression à l'occasion des repas, sans pouvoir en déterminer exactement la cause. Je n'ai jamais vu, comme Potain le signale, la pression baisser de 3 degrés après les repas ; mes résultats sont plutôt analogues à ceux de A. Bloch et à ceux de Chéron, qui a noté l'augmentation habituelle de la tension après les repas et généralement des ascensions très marquées chez les neurasthéniques à pression très abaissée.

En dehors de ces variations physiologiques, j'ai noté des élévations de pression correspondant à des exercices actifs et des abaissements par le repos consécutif et par la fatigue. Je ne peux donc souscrire, en ce qui concerne la tension artério-capillaire, à ce que dit A. Bloch de la tension artérielle, à savoir que les mouvements la diminuent, ni à ce que dit Huchard, parlant aussi de la tension artérielle (in *Traité clinique des maladies du cœur*, p. 54) : « Le repos élève la tension artérielle et ralentit le pouls, l'action musculaire abaisse celle-là et accélère celui-ci. » Le repos ne m'a paru relever la tension artério-capillaire que lorsqu'il a été précédé de fatigue qui l'a abaissée.

Dans l'exercice musculaire, n'aboutissant pas à la fatigue ou à l'épuisement, j'ai vu la tension augmenter en même temps que le nombre des pulsations. Les résultats de mes observations concordent d'ailleurs sensiblement avec ceux qu'ont obtenus Binet et Courtier (Académie de médecine, 1896), opérant avec le plethysmographe d'Hallion et Comte, résultats contrôlés par plusieurs appareils mensurateurs et inscripteurs, et avec ceux obtenus par Basch et par Potain avec leur sphygmomanomètre.

Comme Binet et Courtier, j'ai aussi constaté l'élévation de pression par un travail intellectuel actif. Ces auteurs ayant signalé un certain degré d'indépendance de la circulation capillaire de la main, on pourrait trouver là en partie la cause de la différence des résultats obtenus dans certains cas par l'emploi du sphygmomanomètre et du tonomètre de Gartner, mais pas dans la généralité.

Quoi qu'il en soit, il faut tenir compte des constatations ci-dessus et pour obtenir des résultats comparables pratiquer les examens successifs à la même heure et dans les mêmes conditions et quand on indique un chiffre de tension artério-capillaire, dire dans quelles conditions celle-ci a été mensurée.

Différences de tension constatées au cours d'une même séance. — J'avais déjà signalé les différences assez fréquentes au cours d'une même séance, soit aux divers doigts d'une même main, soit au même doigt dans deux épreuves successives, soit aux doigts correspondants des deux mains.

Je crois pouvoir dire aujourd'hui que c'est dans environ 15 p. 100 des cas qu'existent ces différences, peut-être avec une fréquence un peu plus grande chez la femme que chez l'homme.

Elles oscillent généralement entre 0°20 et 0°50, mais atteignent parfois 2 et 3 degrés. Je parle ici bien entendu de celles qui ne peuvent être imputées aux oscillations de Traübe-Héring.

Les différences de pression constatées aux doigts correspondants des deux mains sont notées dans 18 cas, dont 8 avec prédominance de pression à gauche et 10 avec prédominance de pression à droite. Ces chiffres qui semblent confirmer ce que dit Huchard à propos de l'inégalité des pouls radiaux, qu'il trouve souvent moins développés à gauche qu'à droite, ne permettent pourtant pas, étant trop peu éle-

vés, de conclure à la prédominance plus fréquente à droite qu'à gauche de la tension artério-capillaire. Potain, d'ailleurs, qui a noté ces différences dans l'exploration des radiales, ne conclut pas à la fréquence plus grande à droite qu'à gauche des pressions prédominantes.

Hallion et Comte, ayant montré la coexistence, plusieurs fois constatée depuis, chez les hémiplégiques, de l'hypertension du côté sain et de l'hypotension du côté malade, tenant sans doute à l'affaiblissement de la contractilité et peut-être de l'élasticité artérielle, j'ai cherché s'il n'y avait pas chez ces malades, du côté où leur tension était diminuée, un trouble de motilité ou de sensibilité et n'ai rien trouvé de semblable.

J'ai cette année, comme au cours de mes premières recherches, noté plusieurs fois la diminution de la tension artério-capillaire aux doigts porteurs de bagues les serrant plus ou moins et j'ai, de plus, trouvé d'autres causes locales des différences de pression constatées.

Dans 3 cas, notamment, j'ai trouvé un abaissement marqué de la pression artério-capillaire imputable à des blessures antérieures. Je les résume ici en quelques mots :

1° *Obs. X.* — Homme, quarante et un ans, neuro-arthritique, gravelle oxalique. A tous les doigts de la main gauche, 10°75, sauf au médius, blessé dans l'enfance et ayant, à cette occasion, subi la résection de l'extrémité inférieure de la phalangette, où on ne trouve que 8°75. Par contre, au médius droit (ceci dit sans intention, bien entendu, d'établir une relation quelconque entre les deux constatations), je note 11°60.

2° *Obs. XXXVII.* — Homme, soixante-quatorze ans. Coliques hépatiques fréquentes, subictère, affaiblissement, anorexie, foie réduit, bruits cardio-aortiques métalliques, je note des tensions particulièrement basses : 5°50 à 5 degrés à tous les doigts et surtout au médius droit, antérieurement écrasé, où je ne trouve que 4 degrés seulement.

3° *Obs. CCXXX.* — Homme, soixante-neuf ans. Gravelle phosphatique, calculs vésicaux, fragmentation spontanée au cours de la cure. Tension artério-capillaire à l'annulaire gauche : 12 degrés ; à tous les autres doigts de la main gauche et à l'annulaire droit : 8°60. A l'auriculaire, au médius et à l'index droits, antérieurement pris dans une porte et devenant depuis facilement exsangues par les temps froids : 5°50 seulement.

En présence de ces constatations, je me suis demandé si des causes du même genre n'existaient pas, quoique ignorées des malades, dans les autres cas de tensions différentes aux divers doigts, mais l'examen le plus minutieux ne m'a permis généralement de ne rien constater de semblable. Je ne peux donc rattacher ces différences qu'à une des causes qui produisent l'algidité et le phénomène du doigt mort chez les brightiques, chez les angiospasmodiques, sur lesquels Hirtz a récemment attiré l'attention, chez les chlorotiques, chez les vieillards : spasme des artérioles et des capillaires artériels ou insuffisance d'irrigation sanguine par étroitesse congénitale ou rétrécissement des artères et artérioles de la région.

Influence des températures basses. — Un abaissement subit et assez marqué de la température durant cinq à six jours en juin m'a, cette année, permis de constater l'influence manifeste de la température extérieure sur les résultats de l'examen tonométrique et les causes d'erreurs que ses variations peuvent entraîner. J'ai, au cours de ces quelques jours, trouvé chez la plupart de mes malades un abaissement appréciable de la pression artério-capillaire indiquée par le tonomètre de Gartner. Il a atteint chez certains malades 3 degrés à 3°50 et j'ai à cette occasion observé sur quelques malades ce que j'avais constaté chez un seulement l'an dernier, l'impossibilité de trouver une tension artério-capillaire quelconque, à moins d'avoir préalablement immergé la main dans l'eau chaude, pratique expérimentale, mais de nulle valeur clinique, je m'empresse de le dire. Dans ces derniers cas, l'exploration du pouls par la palpation simple ou par le procédé des deux index, préconisé par Gallois, n'indiquait pas une tension manifestement abaissée.

De ces diverses constatations, il faut conclure que si l'appareil de Gartner est d'une application utile, le plus souvent il ne l'est pas dans la totalité des cas et dans toutes les circonstances et qu'il y a lieu d'ajouter les recherches sphygmométriques aux recherches tonométriques ; ceci en est une preuve à ajouter à d'autres, car généralement ce n'est pas dans les températures basses, mais par la chaleur modérée qu'on voit se produire la diminution de la tension artérielle. D'autres faits, d'ailleurs, d'ordre physiologique et d'ordre pathologique, sur lesquels je reviendrai quand ils seront suffisamment nombreux, classés et interprétés, m'ont montré l'inconstance du *rapport des tensions* artérielle et artério-capillaire, tel qu'il existe chez l'adulte sain pris comme type, et l'utilité de l'étude conjointe des deux tensions, sinon des trois.

Chiffres comparatifs de tension artério-capillaice chez l'homme et chez la femme. — Les chiffres de tension artério-capillaire et leur proportion notés au cours des deux saisons de 1900 et 1901 sont sensiblement les mêmes, qu'on les envisage d'une manière absolue ou relative, la moyenne obtenue en tenant compte des chiffres des deux séries peut donc être considérée comme exacte. Les voici réunis en un tableau unique.

	CHEZ L'HOMME			CHEZ LA FEMME		
Tensions de	Année 1900.	Année 1901.	Total.	Année 1900.	Année 1901.	Total.
7 à 8.	2	3	5	1	2	3
8 à 9.	11	13	24	3	3	6
9 à 10.	23	22	45	5	7	12
10 à 11.	40	32	72	17	24	41
11 à 12.	46	48	94	29	39	68
12 à 13.	60	58	118	23	22	45
13 à 14.	39	32	71	19	18	37
14 à 15.	28	21	49	7	12	19
15 à 16.	10	10	20	2	9	11
16 à 17.	11	7	18	1	1	2
17 à 18.	»	2	2	1	»	1
			516			245

Avec cela, quelques tensions absolument hyponormales d'appréciation souvent difficile, inférieures à 7.

De ces chiffres, on peut conclure, ainsi que je l'avais noté déjà, que les tensions artério-capillaires les plus fréquentes chez les malades traités à Vittel, à peu près tous arthritiques à des degrés divers et avec des modifications diverses, sont, chez l'homme, les tensions de 12 à 13 et, chez la femme, les tensions de 11 à 12, et que viennent ensuite, par ordre de fréquence, les tensions de 11 à 12 chez l'homme et les tensions de 12 à 13 chez la femme.

Age et tension artério-capillaire. — Envisagée au point de vue de l'âge, on peut dire que d'une manière générale la

tension artério-capillaire va augmentant avec celui-ci jusqu'à la vieillesse et que les tensions supérieures à 14 degrés, ne se montrent guère que chez les sujets ayant dépassé cinquante ans. Ma statistique de cette année fournit à ce sujet les mêmes indications que celle de l'an dernier. C'est ainsi que, dans ma statistique de cette année, sur 40 tensions supérieures à 14 degrés constatées chez l'homme, j'en trouve 29 sur des sujets ayant dépassé cinquante ans et 11 sur des sujets n'ayant pas cinquante ans (soit : 7 de quarante-cinq à quarante-neuf ans et 4 avant quarante ans) et sur 23 tensions supérieures à 14 degrés constatées chez la femme, j'en trouve 17 sur des sujets ayant dépassé cinquante ans, 4 de quarante-cinq à cinquante ans et 2 avant quarante-quatre ans.

Au point de vue des *rapports de la tension artério-capillaire et de la période de la ménopause*, toutes mes observations sont concordantes et confirment les résultats de la statistique que j'ai établie dans mon premier travail. Elles me permettent de dire que les tensions artério-capillaires augmentent le plus souvent au cours et au moment de la ménopause et restent élevées après celle-ci quel que soit l'âge auquel elle survienne, soit spontanément, soit par le fait de la castration. Huchard attribue à cette hypertension, qu'il a ainsi couramment observée, l'artério-sclérose de la ménopause et les cardiopathies qui en sont la conséquence.

Tension artério-capillaire chez le vieillard. — J'avais déjà noté l'an dernier que souvent chez les vieillards de soixante-dix ans et au delà la tension artério-capillaire était relativement faible et hors de proportion avec la régidité de l'artère et la résistance à l'oblitération de sa lumière par écrasement, dont les sphygmomanomètres donnent la mesure. J'ai fait cette année les mêmes constatations.

Sur 23 vieillards, 17 hommes et 6 femmes de soixante-dix ans et au delà dont j'ai noté la tension, je trouve, chez l'homme : tension de 5 à 10 degrés, 4 cas; de 10 à 13 degrés, 3 cas; de 13 à 14 degrés, 7 cas; de 14 à 16 degrés, 3 cas; et chez la femme : tension de 10 à 13 degrés, 2 cas; de 13 à 14 degrés, 1 cas; de 14 à 16 degrés, 3 cas.

Ces chiffres inférieurs à 13 degrés ont toujours été en disproportion manifeste avec les chiffres obtenus par les sphygmomanomètres de Potain et de Verdin, chiffres qui concordent avec ceux donnés par les auteurs et qui varient de 18 à 25 degrés.

Si, donc, je rapproche les résultats de mes observations de ceux qui ont été déjà publiés je vois, d'une part, qu'on ne peut comparer les chiffres obtenus par le tonomètre de Gartner à ceux obtenus par les sphygmomanomètres et, de l'autre, que l'exagération de la tension artérielle chez le vieillard est assez souvent plus apparente que réelle, apparente quand il y a dégénérescence athéromateuse de l'artère, réelle quand il y a artério-sclérose. Ce fait n'a d'ailleurs pas échappé aux cliniciens, mais n'a peut-être pas été assez mis en lumière. Ugromoff (1892), étudiant les fluctuations de la pression artérielle chez les vieillards, à l'aide de l'appareil de Basch, établit que la pression, mesurée à la temporale et à l'humérale à sa partie inférieure, va augmentant jusqu'à l'âge de quatre-vingts ans pour diminuer légèrement ensuite, sans faire allusion aux causes de cette hypertension.

Quelques auteurs, au contraire, les signalent et les étudient. Potain examinant à Bicêtre les vieillards de quatre-vingts à quatre-vingt-cinq ans, aussi sains qu'on puisse l'être à cet âge avancé, a trouvé comme moyenne 22 degrés (avec un minimum de 15°5, et un maximum de 30 degrés, les chiffres de 19 à 24 degrés ayant été les plus fréquents) et constate que la pression de 22 degrés a été trouvé avec une artère souple, la pression de 24 degrés avec une artère dure et la pression de 29 degrés avec une artère en « tuyau de pipe » ; aussi attribue-t-il en partie l'élévation du chiffre des pressions constatées à la rigidité des parois, et en partie à l'hypertrophie du cœur liée à l'artério-sclérose.

J. Chéron dit aussi que l'hypertension apparente des vieillards est une fausse hypertension provenant de la rigidité de la sclérose des artères.

Huchard cite l'état sénile comme un des éléments de production de l'hypertension artérielle par spasme vasculaire, provenant de l'auto-intoxication par insuffisance de l'hémostase et par rétention d'un excès de produits excrémentitiels, celle-ci due à l'excès de la désassimilation et à l'insuffisance de l'épuration rénale ; aussi considère-t-il la vieillesse comme une sorte de maladie, dans laquelle le système artériel est particulièrement lésé.

Dans une thèse récente (*De la tension artérielle, ses modifications chez le vieillard*, Lyon, 1901), A Long, rapportant 101 observations, constate bien que la tension artérielle est généralement élevée chez les vieillards hospitalisés mais qu'elle est sensiblement normale ou diminuée (ce qui ne ressort pas, il faut le dire, des observations qu'il cite) chez le vieillard valide, tandis qu'elle est exagérée chez la plupart, parce que la plupart sont des artério-scléreux et des athéromateux, chez lesquels, même en cas de maladie entraînant l'hypotension, il semble encore qu'il y ait hypertension.

De ces constatations et interprétations, aussi bien que de mes observations, il semble qu'il y a intérêt réel à étudier conjointement chez le vieillard l'état de la tension avec le tonomètre et le sphygmomètre. On peut être ainsi seulement aussi exactement renseigné que possible.

J'ai de plus noté chez mes malades de cette catégorie qu'il n'y a pas, entre la fréquence du pouls et la tension artério-capillaire, les relations qu'on s'attendrait à trouver conformément à la loi de Marcy, les tensions élevées ne correspondant pas, dans la majorité des cas, avec le peu de fréquence du pouls.

On peut faire la même constatation en étudiant les observations rapportées par les auteurs qui ont mesuré la tension artérielle par les sphygmomètres.

Dans la thèse de Long, notamment, je relève :

Nombre de cas.	Nombre de pulsations.	Moyenne de tension.
15	61 à 65	20 degrés.
19	66 à 70	19°80
16	71 à 75	24°43
23	76 à 80	20°47
8	81 à 85	19 degrés.
4	96 à 100	20 —

plus 1 cas avec 55 pulsations et une pression de 18 degrés et un autre avec 56 pulsations et une pression de 23 degrés.

Cette loi de Marey, d'ailleurs théoriquement exacte, mais qui ne tient pas assez compte des modifications imprimées à la circulation par l'état anatomique et fonctionnel des artères et des artérioles, ne saurait prévaloir contre les faits cliniques, et ceux qui se rapportent aux vieillards ne sont pas les seuls qui la trouvent en défaut.

Comme tous les cliniciens, en effet, j'ai noté l'excès de fréquence du pouls conjointement avec celui de la tension

artérielle dans la néphrite interstitielle et j'ai vu la diminution de la fréquence du pouls coïncidant avec la diminution de la tension dans un bon nombre de cas de lithiase biliaire et d'affections hépatiques avec ictère spécialement. J'ai fait les mêmes constatations au point de vue de la tension artério-capillaire. Huchard insiste d'autre part sur la tachycardie de la ménopause avec augmentation de la pression artérielle. Y aurait-il dans ces divers cas un trouble dans la production qualitative ou quantitative des sécrétions internes dont Livon (de Marseille) a si bien étudié l'action sur la tension artérielle? Cela se peut; je ne suis pas en mesure de résoudre la question; mais je suis très entraîné à admettre cette explication.

Tensions et maladies. — La plupart des malades soumis à mon observation sont des arthritiques, à manifestations plus ou moins nettes et localisées, plus ou moins anciennes.

De la comparaison des chiffres de tension constatés chez eux et des chiffres donnés par Gartner, on peut conclure que, chez les arthritiques, toute autre condition égale d'ailleurs, la tension artério-capillaire est généralement élevée.

Il faut néanmoins reconnaître que chez certains d'entre eux, chez les neuro-arthritiques à tendances neurasthéniques et chez les goutteux débiles, déprimés par les progrès de la maladie ou les médications intempestives, il y a hypotension manifeste.

Quoi qu'il en soit, chez les goutteux hommes, les tensions les plus fréquentes ont été les tensions de 12 à 13 degrés et chez les femmes les tensions de 13 à 14 degrés. Il y a donc généralement dans les deux sexes des tensions artério-capillaires plutôt hypernormales dans la goutte.

En ce qui concerne la différence notée entre les deux sexes, il faut tenir compte de ce fait que la femme ne souffre guère des manifestations articulaires nettes de la goutte qu'à la ménopause, tandis que les hommes en sont affectés dans la grande majorité des cas avant quarante ans, d'où une influence de l'âge à ne pas négliger.

Chez les graveleux rénaux, je n'ai trouvé aucune relation à établir entre la maladie et l'état de la tension.

Chez les malades atteints d'affections hépatiques et biliaires, de coliques hépatiques et de lithiase biliaire notamment, j'ai trouvé la tension artério-capillaire peu élevée généralement, souvent même abaissée manifestement.

Si en effet on reprend les pourcentages des diverses tensions chez les goutteux, les graveleux rénaux et les lithiasiques biliaires et si on les groupe en deux catégories de tensions : inférieures à 12 degrés et supérieures à 12 degrés, on voit que dans les cas de coliques hépatiques, le nombre des tensions inférieures à 12 degrés l'emporte chez l'homme et chez la femme, alors qu'il en est inversement dans la goutte et dans la gravelle. Si l'on tient compte de ce fait que dans mes statistiques actuelles, comme dans celles des années précédentes (1), les femmes atteintes de coliques hépatiques au moment de la ménopause ou peu après la ménopause, sont aussi nombreuses, sinon plus, que les femmes encore bien réglées, on peut dire que non seulement la tension artério-capillaire chez les lithiasiques biliaires est faible, mais qu'elle est abaissée par rapport à ce qu'elle est habituellement à cette période de la vie féminine.

Ces constatations confirmatives de celles de Chauffard, de Livon, etc., n'ont pas un simple intérêt de curiosité; elles sont la source d'indications thérapeutiques importantes, c'est surtout à ce titre qu'elles intéressent le praticien et que Reynaud a pu dire (Th. de Paris, 1901) : « Au point de vue pratique, le symptôme hypotension reflète le fonctionnement cardio-artériel des ictériques beaucoup plus fidèlement que le pouls. »

(1) Voir Etiologie et thérapeutique de la lithiase biliaire, in *Bulletin de la Société de thérapeutique*, 1899.

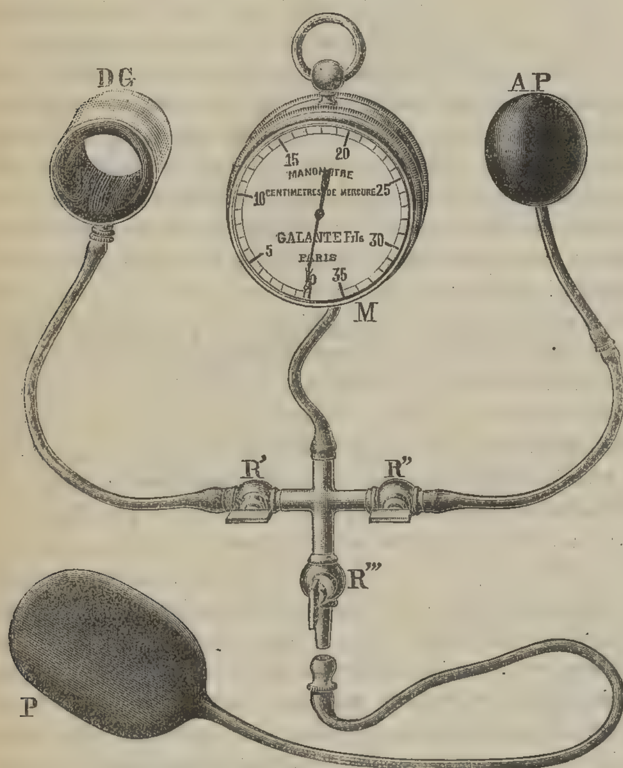
Résultats de la tonométrie artério-capillaire, de l'auscultation du cœur, de la palpation des artères et de la sphygmométrie. — J'écrivais, en 1875, dans un travail sur la goutte : « On pourrait dire sans exagération que les lésions artérielles sont à la goutte ce que les lésions cardiaques sont au rhumatisme. » Les résultats comparatifs de l'auscultation et de la tonométrie artério-capillaire justifient cette manière de voir, car si on s'en tenait aux signes fournis par l'auscultation du cœur pour diagnostiquer les troubles et les lésions circulatoires chez les goutteux, on passerait à côté d'un grand nombre sans les découvrir ou on ne les découvrirait que lorsque la lésion, depuis longtemps installée dans les vaisseaux artériels, a, par la marche ascendante qu'elle suit habituellement, gagné le cœur; lorsqu'elle est remontée au cœur, comme on dit vulgairement. Chez le goutteux, il faut, les très nombreuses observations que j'ai recueillies me le démontrent, explorer l'appareil circulatoire par l'auscultation, la sphygmométrie et la tonométrie artério-capillaire. Si, en effet, il y a coïncidence fréquente, habituelle même du retentissement aortique et d'exagération de tension artério-capillaire, on trouve des cas relativement assez nombreux, tantôt de tension faible avec retentissement aortique, tantôt de tension très forte sans retentissement aortique. Ces exceptions à la règle générale se rencontrent moins souvent, d'après mes constatations, dans la tension artérielle que dans la tension artério-capillaire.

Normalement, on peut évaluer à 5 à 6 degrés environ la différence existant entre la pression évaluée au tonomètre et la pression évaluée au sphygmomètre, celle-ci étant la plus élevée, mais il y a des cas où ces différences s'exagèrent dans des proportions anormales, notamment chez les vieillards et les sujets à artères dures, athéromateuses principalement, et des cas où elles diminuent notablement, chez les névropathes en particulier, des cas même où elles sont nulles, c'est-à-dire que les deux tensions donnent un même chiffre au manomètre. Ce point de la question que j'étudie spécialement depuis quelque temps par l'association de l'examen tonométrique et de l'examen sphygmométrique n'est pas encore suffisamment élucidé pour que j'en veuille dire davantage aujourd'hui.

En ce qui concerne les rapports qu'on croit pouvoir établir entre la sensation fournie par la palpation de l'artère et la tension proprement dite, j'ai dit déjà et je maintiens qu'ils ne peuvent être appréciés à leur juste valeur, les examens tonométriques et sphygmométriques le démontrent et trouvent précisément dans ce fait une justification de leur emploi dans la clinique. Je n'en veux pour preuve que ce qu'en dit Huchard lui-même, qui n'est qu'un partisan fort tiède de l'emploi des sphygmomètres : « On est souvent fort étonné de constater au sphygmomanomètre une force et une résistance que la simple palpation du doigt ne faisait pas soupçonner. »

Les faits d'observation que je viens de rapporter et les quelques considérations qu'ils suggèrent me paraissent de nature à montrer l'intérêt qui s'attache à l'examen de la

circulation artério-capillaire et à sa combinaison avec celui de la tension artérielle. Pour faciliter ces recherches cliniques, j'ai fait exécuter par M. Galante une association très simple des appareils de Potain et de Gartner réduits à leurs éléments essentiels, qui, en raison surtout de l'emploi d'un seul et même manomètre, diminue les chances d'erreurs résultant d'examens faits avec des appareils distincts.



Appareil sphygmométrique de M. le docteur P. Bouloumié.

M. Manomètre. — AP, Ampoule de Potain. — DG, Doigtier de Gartner. R'R"R'", Robinets. — P, Poire de caoutchouc.

Pour faire la recherche de la *tension artério-capillaire*, les robinets R' et R'" étant ouverts et le robinet R" étant fermé, le doigt du sujet est engagé dans le doigtier DG et anémié par compression à l'aide d'un tube de caoutchouc. Le manchon du doigtier est gonflé par compression de la poire P jusqu'à ce que l'aiguille du manomètre marque 25 environ; puis, le tube de caoutchouc étant enlevé, la décompression est exécutée progressivement et lentement jusqu'à apparition de la rougeur franche de l'extrémité digitale. La lecture du chiffre indiquée alors par l'aiguille du manomètre donne le degré de la pression artério-capillaire.

Pour faire la recherche de la *tension artérielle*, on ferme le robinet R' et on ouvre les robinets R" et R'". L'ampoule AP est alors gonflée par compression de la poire P jusqu'à indication du chiffre 5 à 6 du manomètre. Elle est alors appliquée sur la radiale (ou sur la temporale) conformément aux règles établies par Potain.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(10 juin 1902)

M. Laborde a donné lecture, au nom de la commission de l'alcoolisme, du rapport sur les **boissons spiritueuses, liqueurs, apéritifs et leurs essences et produits composants les plus dangereux.**

C'est là un travail important, très documenté, dont les arguments s'appuient sur des expériences physiologiques très démonstratives. Depuis bien longtemps cette question de l'alcoolisme est à l'ordre du jour, mais jamais elle n'a été plus actuelle. Dans la lutte entreprise contre ce fléau toujours grandissant, l'Académie de médecine doit marcher en avant. Il est temps, non plus seulement d'en parler, mais d'agir. Après la campagne contre l'ennemi, par les seuls moyens en notre possession : les associations et leur action par la propagande sous toutes ses formes; après les admonestations les plus autorisées par une démonstration éclatante des progrès incessants et mortels pour l'individu, la famille, la société, la nation..., de l'empoisonnement public; après les appels réitérés vers ceux qui détiennent en leurs mains les armes législatives et prohibitives, c'est-à-dire les « pouvoirs publics », demeurés jusqu'à ce jour inactifs, devant un danger qui menace de détruire la vie nationale, et qui en est arrivé à justifier de véritables mesures de salut public, il ne reste à l'Académie qu'à accomplir son devoir, en signalant les éléments réels du danger en question, et les moyens qui, seuls, en l'état actuel des choses, sont capables de les combattre.

M. Laborde étudie scrupuleusement, au point de vue chimique comme au point de vue de l'action physiologique, les diverses essences qui entrent dans la fabrication des liqueurs dites artificielles. Il termine cet important travail en signalant comme particulièrement dangereux :

a. En première ligne, la liqueur d'absinthe et ses essences composantes, savoir : d'absinthe (grande et petite), d'anis, de genépi, d'hysope, de mélisse, d'angélique, de fenouil, de badiane, de coriandre, de camomille, de persil.

b. Les apéritifs succédanés de l'absinthe :

1° Pour le bitter, en plus des essences déjà énumérées pour la liqueur d'absinthe : essences de gentiane, de galanga, d'iris, de santal, de cardamone, d'angusture.

2° Pour le vermouth, en outre des principes (essences ou alcaloïdes) énumérés ci-dessus : essences de reine des prés ou aldéhyde salicylique; d'amandes amères (acide cyanhydrique ou prussique); de calamus, de canelle, de muscade.

c. Amers et composants typiques : essences et produits alcaloïdiques : de calamus aromaticus; de columbo; d'aloës.

d. Liqueurs vulgaires. 1° Liqueur de noyau : noyaux d'abricots (amandes amères); aldéhyde benzoïque, acide cyanhydrique, amygdaline. Clous de girofle : eugénol, dérivés phénoliques.

(La muscade et ses principes sont déjà indiqués à propos du vermouth.)

2° Chartreuse. A part les composants, dont plusieurs sont déjà désignés précédemment : menthe : aldéhydes (cétones, terpènes); mélisses : aldéhydes (citrol); thym : phénols; balsamite : abrotine-céruléine; arnica : phénols-éthermé-thyliques; macis : cymène-myristial.

3° Anisette : en plus des composants basiques tirés de l'anis vert (déjà indiqués) et des amandes amères : aldéhyde benzoïque, acide cyanhydrique, amygdaline; le laurier : lauréol, terpinol, pseudo-curarmi; le tolu : acide benzoïde, vanilline, cinnamique, phloroglucine; l'ambrette (avec un constituant indéterminé).

4° Le genièvre : baies de genièvre ou essences artificielles : éthers d'alcools, terpéniques, junipérine; baies de houblon : sesquiterpène, lupuline, acide lupulique.

5° Enfin le vulnéraire, avec ses dix-huit composants, parmi lesquels : l'absinthe, l'origan, la rue, etc.

Aussi la commission propose-t-elle :

1° D'admettre, comme pleinement justifiée, par leur nocuité et les dangers qui s'attachent à leur consommation publique, d'habitude, la liste ci-dessus des boissons spiritueuses, liqueurs, apéritifs... et leurs essences et produits de composition;

2° D'étendre à ces boissons, liqueurs, apéritifs, essences et produits composants l'application des dispositions législatives existantes, en ce qui concerne l'interdiction de la fabrication, de la circulation, de la publication et de la

vente desdites boissons, liqueurs, apéritifs, essences et produits composants;

3° De communiquer, sous forme de proposition de vœu, ce rapport et ses conclusions, aux pouvoirs publics et au Parlement.

MM. A. Malherbe et J. Roubinovitch soumettent à l'Académie de médecine un **procédé nouveau d'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.** Après avoir rappelé les résultats très favorables de leurs expériences antérieures sur onze chiens, ils rapportent le résumé de 700 observations de narcose par ce procédé pratiqué sur des malades dont l'âge a varié de deux mois à soixante ans. Rejetant l'emploi de masques, ils administrent le chlorure d'éthyle à l'aide d'une simple compresse pliée en quatre épaisseurs et placée dans l'intérieur de la main fortement creusée. On projette ensuite 2 à 3 centimètres cubes de liquide sur la compresse qu'on applique rapidement sur le nez et la bouche du patient, en l'invitant à faire des inspirations profondes. La narcose s'obtient, dans ces conditions, en dix à quinze secondes. On peut la continuer ensuite au chloroforme, en cas d'opérations devant durer un certain temps.

Les signes de la narcose par le chlorure d'éthyle sont : la résolution musculaire, le rythme respiratoire régulier, la sensation d'une évaporation froide éprouvée par la main qui recouvre la compresse. La *tension artérielle* diminuée nettement et rapidement par le chlorure d'éthyle reste affaiblie pendant toute la durée du sommeil et revient au réveil très rapidement à son degré primitif. Le nombre de pulsations artérielles suit très exactement les modifications de la tension artérielle : diminue pendant la narcose, revient au chiffre primitif au réveil. Malgré la durée extrêmement courte de l'anesthésie, les cellules du foie et les cellules du rein semblent participer, dans certains cas, à l'intoxication éphémère par le chlorure d'éthyle : dans les urines prises après le réveil et traitées par l'acide azotique, les auteurs ont constaté la formation, dans deux cas, d'un cercle très intense de pigment biliaire, et dans trois cas, des traces non douteuses d'albumine, alors que les urines des mêmes sujets, examinées avant l'administration de l'anesthésique, n'ont présenté rien d'anormal; de même, les analyses pratiquées dans ces divers cas les jours suivants, ont donné des résultats négatifs aussi bien pour le pigment biliaire que pour l'albumine. Au point de vue mental, la narcose par le chlorure d'éthyle constitue une sorte d'*ivresse comateuse éphémère* comparable à la dernière phase de l'ivresse alcoolique. Cette ivresse, qui dure le temps qu'on veut pour les besoins opératoires, disparaît sans laisser la moindre trace ni au point de vue intellectuel, ni au point de vue moteur ou sensitif. Le sujet retrouve sa mémoire, sauf pour tout ce qui s'est passé pendant la narcose.

Les auteurs résument ainsi leur communication :

« Ce que nous venons de dire démontre que, grâce aux précieux avantages du chlorure d'éthyle, cet anesthésique sera d'un grand secours pour le praticien dans la plupart des petites interventions douloureuses. Son emploi est indiqué lorsqu'il s'agit d'un examen difficile chez des individus très sensibles ou chez des enfants indociles, dans la réduction des luxations, des fractures, dans les accouchements.

Le chlorure d'éthyle, dans l'anesthésie mixte, supprime les dangers toujours grands d'une syncope mortelle au début de la chloroformisation.

De plus, il fait gagner un temps considérable, en évitant cette période parfois si longue qui précède l'anesthésie chloroformique.

Enfin, la quantité de chloroforme absorbée par le patient est réduite dans de fortes proportions, d'où choc moins considérable et troubles gastriques moins prononcés à la suite de ce genre d'anesthésie.

Encore mieux que le bromure d'éthyle, il remplit ce rôle précieux, car il ne présente pas les inconvénients de ce dernier anesthésique.

Contrairement au bromure, il n'occasionne pas de congestion de la face et encore moins de cyanose.

De même, il ne détermine pas, chez les patients, cette odeur particulière alliacée de l'haleine que provoque l'élimination du bromure pendant quarante-huit heures.

Bien que possédant de grandes analogies avec le bromure d'éthyle, le chlorure nous a paru présenter une supériorité assez manifeste pour que, dans notre pratique, nous n'ayons pas à hésiter à remplacer le bromure par le chlorure.

Cette opinion est d'autant plus fondée, qu'après avoir utilisé, pendant de longues années le bromure d'éthyle (environ 4000 anesthésies), nous n'avons pas tardé à renoncer à son emploi devant les avantages indiscutables du chlorure d'éthyle.

Pour terminer et pour conclure, nous dirons que ce qui caractérise l'anesthésie au chlorure d'éthyle par ce procédé c'est :

La *simplicité*, puisque, sans appareils spéciaux, plus ou moins encombrants et malpropres, il suffit d'une simple compresse et de quelques tubes de chlorure d'éthyle pour provoquer une narcose suffisante pour mener à bien un grand nombre d'interventions de courte durée.

L'*innocuité absolue*, par suite de la quantité vraiment minime de liquide nécessaire à cette anesthésie, puisque 2 à 3 centimètres cubes suffisent.

Enfin, la *rapidité* avec laquelle on obtient une narcose permettant de faire les opérations les plus douloureuses. »

M. Dimitropol (de Bucarest) lit un travail sur la **curabilité de la tuberculose pulmonaire par la minéralisation intensive et la suralimentation.**

Partant de ce principe que cette affection est surtout le résultat d'une déminéralisation, M. Dimitropol soumet les tuberculeux pendant quarante jours à une médication basée sur l'emploi du phosphate bibasique de chaux, du phosphate de soude et du sel de cuisine en assez grandes proportions, et ajoute à cela une alimentation substantielle.

Au cours de la séance, l'Académie a procédé à l'élection de deux correspondants nationaux (deuxième division). M. Fochier (de Lyon) a été élu par 78 voix sur 90 votants et M. Mouchet (de Sens) par 60 voix sur 72 votants.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Du goitre plongeant. — M. G. Naumann relate le cas d'un malade âgé de trente-trois ans qui déjà, à la naissance, présentait, au côté gauche du cou, une petite tumeur qui, plus tard, descendit un peu, mais sans causer le moindre trouble, quand deux semaines avant le moment où le vit Naumann, survinrent de la dysphagie, de l'enrouement, de la dyspnée et de l'accélération du pouls.

A l'examen, les veines superficielles du cou et du haut du thorax sont dilatées, la tumeur est de la grosseur d'une orange et semble en connexion intime avec l'arbre, la trachée et le larynx; sa portion inférieure s'étendant derrière la fourchette sternale. La corde vocale gauche est en position cadavérique, immobile.

L'extirpation du goitre dégénéré, kystique, fut faite après incision courbe de Kocher; les tentatives d'énucléation n'ayant pas réussi, la portion supérieure fut séparée de l'arbre respiratoire; l'index introduit ensuite derrière le sternum ne put atteindre l'extrémité inférieure de la tumeur qui résista à tous les efforts d'extraction; Neumann réséqua alors la partie moyenne de la tumeur, ce qui lui

permit de constater la présence d'un gros kyste dans la portion inférieure ; il le ponctionna et put alors, à l'aide d'une pince de Museux, extraire le reste du goitre.

Indépendamment de la paralysie laryngée, le goitre avait provoqué une parésie faciale avec dilatation pupillaire vraisemblablement due à une compression du sympathique. (*Centralb. f. chir.*, 1902, p. 63.) P. V.

Tétanos consécutif à la vaccination; analyse de cinquante-deux cas. — M. R. Wilson, en étudiant cette question, s'attache principalement à déterminer la source de l'infection. Sa statistique embrasse la période comprise entre 1839 et 1902. Il publie un tableau détaillé des différents cas. D'après l'auteur, l'infection a son origine au siège même de la piqûre vaccinale. Le moment précis où elle s'effectue ne peut s'établir d'une façon scientifique. En groupant, dans une localité donnée, un grand nombre de cas dans lesquels on a fait emploi d'un même vaccin, il semblerait à première vue qu'il s'agit d'une infection primitive, introduite dans l'organisme par le vaccin lui-même. Mais un grand nombre de circonstances plaident en faveur d'une infection secondaire survenant au moment de l'acmé de l'inoculation vaccinale : la durée de l'incubation, dans le premier cas, serait paradoxale; la terminaison est presque toujours fatale ; il faut tenir compte, en outre, de l'intensité brusque des symptômes ; d'autre part, on pratique impunément des millions de vaccinations avec le virus incriminé; enfin, les cas de tétanos vaccinal ont à peu près disparu depuis qu'on prend des précautions antiseptiques.

Le traitement a donné les résultats suivants : sur 13 malades traités par l'antitoxine, 10 sont morts et 3 ont guéri (soit une mortalité de 76,9 p. 100). Dans tous ces cas, en même temps que le traitement antitoxique, on a employé les moyens thérapeutiques ordinaires; 7 malades ont guéri par les médicaments usuels : chloral, opium, etc., et 32 sont morts (mortalité sans antitoxine, 82 p. 100). Sur le nombre total des cas, on relève 11 guérisons et 41 décès, (soit une mortalité globale de 78,8 p. 100. (*Boston med. and surg. Journ.*, 1er mai 1902.) A. H.

Lumière électrique et infections de l'organisme. — M. le docteur Krebs, après de nombreuses expériences sur le cobaye et la souris, conclut que l'on ne peut pas assimiler l'action de la lumière électrique sur les agents microbiens dans l'organisme à celle que cette même lumière exerce *in vitro* sur leurs cultures, où ces mêmes agents microbiens sont exposés en surface et directement aux rayons lumineux. Il semble donc que l'on n'ait rien à attendre du traitement par la lumière dans les maladies bactériennes de l'organisme, moins encore dans les affections aiguës que dans les autres. (*Wien. klin. Wochens.*, 1902, n° 7, p. 185.) P. V.

OPHTALMOLOGIE

Kératites neuro-paralytiques chez l'enfant. (M. A. Terson, de Paris.) — Les kératites ulcéreuses graves, liées à une insensibilité de la cornée, sont très rares chez les enfants en bas âge, doivent être différenciées avec soin et traitées d'emblée par la tarsorraphie partielle.

M. A. Terson en rapporte deux observations :

Dans la première, un enfant de quatre ans, atteint de tuberculose pulmonaire, a été, à l'âge de deux ans, pris de kératite neuro-paralytique type à l'œil droit. La kératite n'a pu être enrayée qu'après une tarsorraphie partielle, *interne*, partant des points lacrymaux et se dirigeant vers la cornée, tout en laissant la pupille libre.

La deuxième observation concerne une petite fille, atteinte à l'œil *gauche* de paralysie faciale et orbiculaire congénitale, avec insensibilité de la cornée et fonte neuro-paralytique. Quelques mois après, une kératite ulcéreuse grave apparaît sur la cornée *droite*, atteinte aussi d'anesthésie. Il y a donc là une kératite neuro-paralytique *bilatérale*, dont M. A. Terson a également rapporté un cas en 1893.

Il est donc nécessaire de rechercher dans les kératites primitives graves de l'enfant le degré de sensibilité de la cornée et de pratiquer la tarsorraphie partielle si la cornée est anesthésiée. (Soc. franç. d'ophtalmologie, Congrès de 1902.) F. R.

PHYSIOLOGIE

Variations expérimentales du pouvoir digestif du suc pancréatique. — MM. H. Stassano et F. Billon ont remarqué que le pouvoir protéolytique du suc pancréatique diminue au cours de la sécrétion provoquée par les injections intraveineuses de *sécrétine* chez les chiens à jeun munis d'une fistule temporaire. Cette diminution du pouvoir digestif est particulièrement sensible entre la première et la deuxième heure; le débit de la sécrétion se maintient au contraire constant pendant plusieurs heures et l'aspect extérieur du liquide ne change pas.

Les variations du pouvoir digestif du suc pancréatique sont suivies à l'aide de la tyrosinase. Cette diastase, en oxydant la tyrosine, donne lentement une coloration brune dont l'intensité est proportionnelle à la quantité de tyrosine formée par la digestion trypsique. (Soc. de biol., 31 mai 1902.) F. R.

Action favorable des nucléo-albumines intestinales sur la digestion pancréatique. — MM. H. Stassano et F. Billon ont extrait l'*entérokinase* de Pavlow en même temps que les nucléo-albumines de la muqueuse intestinale. Ils se sont servis de l'intestin de veau. Ils ont présenté à la Société de biologie (31 mai 1902) un échantillon de ces nucléo-albumines qui se dissolvent rapidement et entièrement dans de l'eau légèrement alcaline, en lui conférant à un haut degré le pouvoir de favoriser la digestion pancréatique. F. R.

THÉRAPEUTIQUE

Des vomissements incoercibles de la grossesse (hyperemesis gravidarum). [Ludwig Pick (de Vienne)]. — Sous le nom de « hyperemesis gravidarum » on désigne, non pas les vomissements presque physiologiques qui se montrent habituellement au début de la grossesse et qui cessent d'eux-mêmes au quatrième mois, mais les vomissements incoercibles qui se prolongent jusque dans la deuxième moitié de la grossesse, voire même jusqu'à son terme. C'est alors une complication sérieuse qui altère plus ou moins l'état général de la femme enceinte.

M. L. Pick en rapproche 22 observations, qu'il groupe en trois catégories, selon la gravité médiocre, moyenne ou grande des cas. Toutes les malades ont été traitées à la clinique universitaire (M. le professeur Schanta); elles ont dû y être hospitalisées et soumises au repos au lit, à la diète lactée, etc.

Dans quelques-uns des cas légers, on a, suivant les conseils de M. le professeur Frommel, prescrit l'orexine à la dose quotidienne de trois cachets de 30 centigrammes. Quelle que soit l'interprétation que l'on donne au mode d'action de ce médicament, de l'avis de M. L. Pick, les résultats en ont été très satisfaisants. Dans un cas grave, rebelle, l'orexine fut administrée en lavements; au bout de trois jours, les vomissements s'arrêtèrent; quatre jours plus tard, malgré la suspension du traitement, la malade put prendre de nouveau des aliments solides, et enfin huit jours après, elle quitta l'hôpital guérie. (*Samml. klin. Vertr.*, 1902, nos 325 et 326.) F. R.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 66. — SAMEDI 14 JUIN 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 14 JUIN 1902. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Alcoolisme infantile.

Par M. le docteur J. Roubinovitch, médecin-adjoint de la Salpêtrière, Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

La connaissance de l'alcoolisme infantile présente pour le praticien une importance de premier ordre parce que l'étude de ses causes éclaire vivement la prophylaxie de l'alcoolisme en général. Aussi mérite-t-il une étude à part dont les principaux points se trouveront exposés dans cette revue.

L'alcoolisme de l'enfant existe souvent par le seul fait de la transmission héréditaire de cette intoxication par le père ou la mère ou par les deux à la fois. L'origine conceptionnelle et intra-utérine de l'alcoolisme héréditaire imprime à ce dernier une symptomatologie et une évolution propres. Tout autre est l'alcoolisme acquis de l'enfant, né de parents non entachés d'éthylisme. Si cette intoxication diffère de l'alcoolisme héréditaire, elle ne ressemble pas non plus à l'alcoolisme acquis de l'adulte : les divers organes en voie de développement sont chez l'enfant plus sensibles à l'action des poisons ; la circulation, plus active, les répartit plus rapidement dans toutes les régions de l'organisme qui s'en imprègne vite en manifestant l'effet toxique d'une façon plus intense que chez l'adulte. En outre, il faut tenir compte de l'influence que l'alcool exerce sur l'évolution des divers organes, systèmes et tissus de l'enfant. Cliniquement, l'alcoolisme acquis par l'enfant a donc un tableau spécial.

Enfin, il faut reconnaître que les faits observés ne se divisent guère si nettement en ces deux catégories : alcoolisme infantile héréditaire et alcoolisme infantile acquis ; le plus souvent, on est en présence de cas où les deux facteurs : héréditaire et acquis, se prêtent un mutuel concours ; il en résulte un type clinique combiné où l'on retrouve facilement les symptômes dus à l'action de chaque facteur. De même, il n'est pas rare d'observer des formes cliniques complexes dans lesquelles l'alcoolisme infantile évolue conjointement avec d'autres infections ou intoxications acquises ou héréditaires, ou bien avec une auto-intoxication, qui est le plus souvent d'origine gastro-intestinale.

Mais, sans vouloir étendre outre mesure le problème de l'alcoolisme infantile, nous en aurons une idée suffisamment précise en étudiant ces deux grands types : l'*alcoolisme héréditaire* et l'*alcoolisme acquis*, en ce qu'ils ont de vraiment particulier chez l'enfant.

I

Alcoolisme infantile héréditaire. — Ce type d'alcoolisme se développe au cours de la vie fœtale, depuis la fécondation jusqu'à la naissance, et à cause de cela mériterait le titre d'alcoolisme fœtal ou congénital. L'existence de ce type d'alcoolisme est nettement mise en lumière par des observations cliniques d'un grand nombre d'auteurs français, comme Morel, Lancereaux, Magnan, Déjerine, Legrain, et étrangers comme Forel, Ladame, Combe, Demme (Suisse), Vaucleroy (Belgique), Kerr (Angleterre), Bär (Allemagne). Les constatations de la clinique ont été confirmées par les recherches expérimentales de Féré et plus récemment par celles de Nicloux.

Étiologie. Pathogénie. — Divers facteurs étiologiques interviennent dans l'alcoolisme infantile héréditaire. Les uns sont relatifs à l'alcoolisme des parents, les autres sont en rapport avec l'âge du fœtus. Le facteur le plus fréquent est constitué par l'alcoolisme chronique des parents. Dans ce cas il est infiniment probable, sans que le fait ait été cependant encore prouvé expérimentalement, qu'il existe une action directe des poisons, contenus dans les boissons alcooliques, sur les éléments reproducteurs ; l'alcoolisme chronique agirait en pareil cas comme l'alcoolisme aigu. Mais tout en admettant cette action directe des boissons toxiques, il est rationnel de faire entrer en ligne de compte l'état préexistant des organes paternels et maternels déjà fortement endommagés par ces boissons ; à côté de l'action directe, il existe donc indubitablement une action indirecte due au mauvais état de divers viscères altérés par le régime toxique chronique. Ainsi, les testicules de l'alcoolique chronique peuvent être frappés d'atrophie et donner un sperme de qualité inférieure (Rösch). Chez la femme adonnée aux boissons, la menstruation cesse souvent prématurément, ce qui est dû à l'atrophie des ovaires et principalement à celle de la partie corticale ou glandulaire de ces organes (Lancereaux). On conçoit qu'en pareille occurrence, l'enfant supportera les conséquences de ces alté-

rations organiques, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir l'action directe de l'alcool et des poisons qui l'accompagnent. Pour être exact, il faudra envisager cet enfant comme un produit des parents dont les organes reproducteurs sont atrophiés par l'alcoolisme chronique et non pas comme un hérédo-alcoolique à proprement parler.

Ce dernier est le plus souvent le produit de parents atteints d'alcoolisme aigu ou d'ivresse quelle que soit son origine : vinique, alcoolique, absinthique ou similaire. En pareil cas, l'enfant est frappé d'alcoolisme héréditaire, non pas parce que le père est un alcoolique chronique, mais parce qu'il était ivre au moment de la conception. On peut citer à l'appui de cette manière de voir, les pêcheurs d'Islande qui, pendant toute la campagne, ne boivent presque que de l'eau, mais qui, aussitôt revenus à la côte, dépensent tout leur gain en boissons alcooliques. Or, la plupart du temps, ils se livrent à la procréation en état de complète ivresse. Leurs enfants sont alors le résultat direct de la fécondation de l'œuf par le spermatozoïde, imprégnés l'un ou l'autre, ou tous les deux en même temps, par des boissons alcooliques.

Le sage Plutarque qui ne connaissait que les boissons fermentées donnait déjà ce conseil rarement suivi, malheureusement : « Ceux qui se veulent approcher d'une femme pour engendrer, le doivent faire ou du tout à jeun, avant que d'avoir bu du vin, ou pour le moins après en avoir pris bien sobrement... » Avant Plutarque, Diogène connaissait la valeur des enfants conçus sous l'inspiration directe de Bacchus ; son apostrophe célèbre à un de ses jeunes concitoyens le prouve éloquemment : « Jeune fils, mon ami, ton père t'a engendré étant ivre. » Lycurgue avait édicté une loi qui défendait l'usage du vin le jour du mariage. A Carthage, une loi interdisait aux époux toute autre boisson que l'eau pendant les jours consacrés aux devoirs conjugaux.

De nos jours, où Bacchus gouverne sous l'aspect peu esthétique de bouilleurs de cru et de marchands de vin, Vénus agit rarement sans sa collaboration active et variée ; aussi rien n'est plus commun aujourd'hui que les enfants frappés d'alcoolisme dès leur conception comme en témoignent les faits cliniques d'Esquirol, Séguin, Morel, Voisin, Déjerine, Bourneville, Burdach, Flemming, Hufeland... Et chose curieuse, il suffit d'une heure d'ivresse, même chez un individu indemne de toute intoxication alcoolique, pour que la conception effectuée à cette heure précise donne lieu à un produit alcoolisé. Aussi, les « enfants du dimanche », comme on les appelle en Belgique, ont-ils une existence fœtale des plus troublées. Pendant l'évolution intra-utérine, le fœtus subit toutes les conséquences des excès alcooliques de la femme qui le porte. Sa mort même n'est pas rare et Lancereaux constate la grande fréquence des avortements et des accouchements prématurés chez les femmes adonnées aux boissons alcooliques. S'il ne meurt pas pendant la vie intra-utérine, il succombe souvent aussitôt ou peu de temps après sa naissance par insuffisance de sa résistance vitale. La grande mortalité des enfants des grandes villes : Londres et Paris, est due, en majeure partie, à cette cause. D'après la statistique de Demme, dans dix familles d'alcooliques choisies au hasard, 25 enfants sur 57 meurent dans la première semaine.

L'enfant vit-il, son aspect est misérable, chétif et l'examen attentif de son organisme permet de constater la présence de nombreuses tares physiques, de malformations, d'atrophies, en un mot d'anomalies de développement survenues pendant la vie intra-utérine sous l'influence de l'intoxication du fœtus par la femme enceinte. Les recherches de Nicloux ont fait la lumière par la voie expérimentale sur ces faits d'alcoolisme conceptionnel et intra-utérin depuis longtemps constatés par la clinique. Se basant sur la réaction que fournit l'alcool oxydé par le bichromate de potasse en présence de SO^4H^2, Nicloux a pu établir que l'alcool à 10 p. 100, ingéré par la voie gastrique, est retrouvé en nature dans les glandes génitales, les testicules, la prostate, l'ovaire, et aussi dans les produits de sécrétion : le sperme, le liquide vésiculo-prostatique, l'ovule. La mobilité du spermatozoïde est de ce chef considérablement affaiblie. Le même auteur a constaté chez les animaux en gestation le passage rapide, dans l'embryon, de l'alcool ingéré par la mère ; il a pu aussi retrouver le poison dans le liquide amniotique. Les expériences de Féré ont consisté à soumettre un certain nombre d'œufs à l'action de divers alcools, et à les mettre ensuite en incubation. Au bout d'un temps déterminé, on ouvre les œufs et on étudie les embryons. On peut constater alors chez ces derniers un retard d'évolution et de nombreuses déformations, preuve directe du trouble apporté dans le développement du produit fœtal sous l'influence de l'intoxication alcoolique de la mère.

Symptomatologie. — *Types cliniques.* — Les enfants atteints d'alcoolisme héréditaire se font remarquer dès leur naissance par un ou plusieurs stigmates d'ordre physique ou psychique. Leur constitution est souvent débile, chétive, dépourvue de toute énergie dans la lutte contre les infections, les intoxications et les auto-intoxications. Ils succombent aux maladies de la première enfance, *gastro-entérite*, *laryngite*, *angines*, *bronchites capillaires*, *méningites*, avec une rapidité et une fréquence extrêmes. Dans les grands centres industriels et commerciaux où l'on s'alcoolise d'une façon intense, comme Londres par exemple, presque 50 p. 100 des enfants meurent avant d'avoir atteint l'âge de trois ans. A Saint-Pétersbourg, à Paris, à Bruxelles, dans presque chaque ménage d'ouvriers, ou de petits employés, où l'alcoolisme chronique sévit si gravement, les enfants meurent en bas âge en quantité considérable, le plus souvent de convulsions. Les cliniciens sont d'accord pour considérer l'alcoolisme des parents comme la cause actuellement prédominante de la mortalité infantile énorme que l'on constate en Russie, en Belgique, en France.

Si tous les hérédo-alcooliques ne meurent pas peu de temps après leur naissance, tous sont frappés dans une région quelconque de leur organisme, région qui est leur *locus minoris resistentiæ*. Chez l'un c'est l'appareil gastro-intestinal avec ses annexes, le foie surtout, qui sera la partie faible de sa constitution, chez l'autre l'appareil pulmonaire ou le système circulatoire, chez le troisième les centres nerveux.

L'athrepsie, la tuberculose, la méningite guettent ces enfants dès leur entrée dans la vie (Arrivé).

Quelquefois on n'observe chez l'hérédo-alcoolique que certains symptômes isolés de l'acloolisme, comme la pituite ou le tremblement caractéristiques.

Ajoutons aussi que la forme sous laquelle l'alcool est ingéré par les parents offre une certaine importance. Ainsi, dans une ville industrielle de Champagne où il existe plusieurs écoles primaires, il y en a une située dans le quartier des tisseurs, buveurs d'eau-de-vie, l'autre dans celui des ouvriers cavistes, consommateurs de vin. Les enfants des tisseurs se font remarquer par une débilité mentale plus accentuée que celle des enfants des cavistes.

Les manifestations hérédo-alcooliques, de nature nerveuse et mentale, sont peut-être celles qui ont le plus attiré l'attention à cause de leur gravité sociale.

L'*hystérie*, la *neurasthénie*, l'*épilepsie*, la *chorée*, les *tremblements* s'observent couramment dès la première génération. Les statistiques dressées pour l'*épilepsie* sont très démonstratives à cet égard. Dans 163 familles où le père ou la mère s'adonnent aux boissons alcooliques, Bourneville a constaté l'existence de 244 enfants atteints d'épilepsie; Kovalewsky a compté 100 épileptiques dans 60 familles de ce genre. Pour Ladame, les deux tiers des enfants de ces familles sont frappés de diverses formes de mal comitial.

Les *troubles psychiques* les plus variés, depuis les plus élémentaires jusqu'aux plus complexes, ne sont point rares chez les descendants d'alcooliques. *Débilité mentale* avec faiblesse de la mémoire, paresse intellectuelle, impossibilité de fixer longtemps l'attention; *imbécilité, idiotie* avec malformations ou lésions cérébrales, comme l'hydrocéphalie, la microcéphalie, la sclérose; *syndromes épisodiques* formés par des *obsessions* et des *impulsions* de toute sorte; *délires hallucinatoires* ayant pour point de départ les cauchemars et les rêves; les *états mélancoliques* et *maniaques*, tout peut apparaître chez les hérédo-alcooliques.

La simple *débilité mentale* est la plus fréquente parmi les enfants formant la première génération des buveurs. Elle se caractérise ordinairement par une mémoire fugace, infidèle, qui rend très difficile l'éducation et l'instruction de l'hérédo-alcoolique. Je soigne une jeune fille de quinze ans, enfant de buveur, qui, le temps de passer d'une pièce à une autre, oublie ce qu'on vient de lui demander, et apporte, par exemple, un porte-manteau au lieu de lunettes.

Le sommeil de ces enfants est souvent troublé par des *cauchemars* tels qu'on les observe chez des alcooliques chroniques. La jeune fille dont je viens de citer l'affaiblissement de la mémoire pour les événements tout à fait récents se plaint constamment de cauchemars toujours très pénibles : elle rêve qu'elle court de grands dangers, soit qu'elle se trouve au bord d'un précipice ou sur les rails d'un chemin de fer sur le point d'être écrasée, soit que l'on cherche à l'assassiner ou à l'enterrer vivante. Les *psychoses* véritables comme la *mélancolie panophobique* avec des idées de suicide, l'*excitation maniaque*, la *confusion mentale* se développent parfois chez ces enfants en vertu de la persistance des rêves et des cauchemars terrifiants. Ces psychoses survenant pendant la croissance ou au moment de la puberté peuvent se transformer en affaiblissement plus ou moins accusé des facultés intellectuelles, dit *démence précoce* ou *juvénile* ou encore *hébéphrénie*.

Parmi les *obsessions* et les *impulsions* des hérédo-alcooliques, il n'est pas rare d'observer la *dipsomanie* qui se caractérise par des besoins périodiques intermittents, impérieux, irrésistibles de boire. Une anxiété des plus vives s'empare de l'enfant en présence du vin ou des liqueurs et ne se calme que lorsqu'il a donné suite à son désir. C'est l'effet d'une transmission héréditaire de l'appétence pour l'alcool (Lancereaux) qui mène fatalement sa victime à l'alcoolisme chronique avec toutes ses conséquences désastreuses.

D'après Morel, l'idiotie n'apparaît qu'à la troisième ou la quatrième génération des familles d'alcooliques. Sur 300 idiots, Howe a compté 143 appartenant à des parents éthyliques, et sur 114 cas d'idiotie Demme a signalé 62 ayant la même origine. Dans la même famille adonnée à l'alcoolisme on trouve parfois plusieurs enfants atteints d'idiotie; c'est ainsi que Mitchell cite un buveur père de 7 idiots.

Dans l'ensemble, on se fera une idée très juste des conséquences héréditaires de l'alcoolisme au point de vue du système nerveux en retenant ces chiffres de la statistique de Demme : sur 57 enfants pris dans 10 familles d'alcooliques choisies au hasard il a trouvé (en dehors des 25 morts dans les premières semaines) 12 idiots, 5 hydrocéphales, 5 épileptiques, 2 dipsomanes, 8 normaux.

Comme corollaire de toutes ces manifestations mentales hérédo-alcooliques, la *criminalité infantile* ou *juvénile* s'accentue de plus en plus dans les familles des buveurs. En Suisse, la moitié des enfants détenus dans les maisons de correction sont, d'après l'enquête du Conseil fédéral de 1884, issus des parents alcooliques.

En somme, l'ensemble de stigmates énumérés plus haut et qui caractérisent la dégénérescence humaine, au double point de vue somatique et psychique, est bien l'œuvre de l'alcoolisme héréditaire.

II

Alcoolisme infantile acquis. — ÉTIOLOGIE. — L'alcoolisme par l'*allaitement* est une réalité clinique démontrée par les observations de Decaisne, Charpentier, Combe, Demme, Goyrand, Baer, Ladame, Bergeron. Quand la nourrice (mère ou personne étrangère), obéissant aux préjugés sur les boissons alcooliques, use de ces dernières dans l'espoir fallacieux de se fortifier, elle transmet au nourrisson avec son lait des quantités proportionnelles de ces boissons. En effet, les recherches expérimentales de Klingemann et Rosemann d'une part, et celles de Nicloux d'autre part, ont démontré que l'alcool ingéré passe en nature dans le lait, et quelle que soit la quantité ingérée, faible ou forte. Il résulte d'une enquête faite par Vallin qu'à Paris on donne par jour aux nourrices quelquefois un litre, plus souvent une bouteille de bon vin, de vin généreux, de vin dit de nourrices. Dans beaucoup de cas on y ajoute de la bière forte, de bonne qualité, dont on ne limite guère la quantité en se guidant par cette considération qui malheureusement n'est que trop juste : « C'est pour l'enfant », toujours en vertu de ce préjugé qui règne partout en maître : les boissons alcooliques donnent aux jeunes enfants de la force et de la vigueur. La réalité est tout autre, l'organisme du nourrisson trop mal armé ne peut résister à un empoisonnement systématique par l'alcool. On peut même dire que le danger d'empoisonnement est plus grand chez les nourrissons élevés au sein.

Le *pansement des seins* atteints de gerçures ou de crevasses avec des compresses imbibées d'un liquide antiseptique alcoolisé est, quelquefois, aussi la source d'intoxications alcooliques chez le nourrisson.

Dans beaucoup de contrées de la France (Normandie, Bretagne), en Belgique, en Ecosse, en Russie, on apaise les cris des nourrissons en leur faisant téter tantôt le *suçon*, sorte de chiffon en forme de jouet contenant un morceau de sucre trempé dans le kirsch ou l'eau-de-vie de cidre, ou l'eau de cologne, ou le genièvre; tantôt un tampon, un morceau de pain, un biscuit imbibé de liquides alcooliques. Certaines mères donnent à leurs enfants pour les endormir, au lieu d'une tétée au sein, « une bonne goutte de grog ». Chez les nourrissons élevés au biberon, le danger d'intoxication alcoolique est moins grand, surtout dans les premiers mois, plus tard, la nourrice sèche procède comme partout

ailleurs, alors les accidents toxiques sont plus rapides, à cause des quantités d'alcool presque toujours plus fortes. Dans les grandes cérémonies on mouille les lèvres du nourrisson de vin ou de liqueur, histoire de « trinquer avec lui ». Quelquefois, comme l'a vu Jules Simon, on lui verse même à la cuiller quelques gouttes d'eau-de-vie dans la bouche. Le vin passe dans certains milieux pour un adjuvant du travail de la *dentition*. Bessières rapporte qu'à Leybach, en Autriche, on prétend qu'il est indispensable de donner dans ce but du vin aux enfants, la mère dût-elle pour cela vendre jusqu'à sa dernière jupe.

Pendant toute la première enfance les *préjugés* relatifs aux qualités des boissons alcooliques, guident souvent les parents dans leur manière d'élever leurs enfants. On fait « trinquer » les petits enfants dans toutes les occasions, on les flatte en leur offrant le fameux « canard »; leur moindre indisposition, simple refroidissement, colique, rhume, est vite traitée par des grogs, du vin chaud, de l'eau de mélisse; leur faiblesse générale, résultant de toute sorte d'écarts d'hygiène, est invariablement soignée à l'aide des vins fortifiants et toniques de quinquina, kola, coca, cognac, ferrugineux, etc., à moins que ce ne soit de « bonnes eaux-de-vies faites à la maison ».

Dans les milieux populaires l'*éducation* des petits enfants n'existe guère; les parents se contentent de se citer en exemple en toute chose et d'exiger que leur progéniture fasse comme eux. Ils les dressent à boire en même temps qu'ils leur apprennent à parler. En parcourant les quartiers excentriques de Paris, un jour de fête ou un dimanche, on verra couramment des enfants de quatre, cinq, sept, dix ans, attablés en face d'un verre de vin, en compagnie de leurs parents. A Londres, les mères donnent fréquemment du gin à leurs plus jeunes enfants qui sont punis s'ils font la grimace et refusent. Dans *L'homme criminel*, Lombroso dit que des malfaiteurs lui ont raconté que, tout enfants, ils buvaient jusqu'à s'enivrer, poussés à cela par leurs parents. Il est très vrai que dans les milieux populaires les enfants assistent aux débauches de leurs parents et finissent très souvent par les imiter eux-mêmes. Les parents sont fiers de voir leurs enfants boire comme des hommes.

Il est intéressant de citer ici l'impression d'une inspectrice des écoles maternelles, Mme de Kergomard. Dans une de ces écoles où les enfants ont de quatre à six ans, la maîtresse, faisant une leçon de choses, parlait du café et posa cette question :

— Que met-on dans le café?

— Du sucre, répondirent quelques enfants.

— De l'eau-de-vie, ajoutèrent les autres.

— Mes enfants, dit la maîtresse, on ne doit pas mettre d'eau-de-vie dans le café.

— Moi, dit un petiot d'un air fier, je ne la mets pas dans le café, je fais comme papa et maman, je la bois toute seule dans ma tasse, quand j'ai fini mon café.

Alors Mme l'inspectrice questionna à son tour :

— Est-ce qu'il y a d'autres enfants ici qui boivent aussi de l'eau-de-vie dans leur tasse?...

Cinq petits bras se levèrent. Et c'est comme cela partout.

Il est un commerce qui favorise l'alcoolisme infantile, c'est celui des *fruits à l'eau-de-vie* qui dans certains quartiers d'ouvriers ainsi que dans les villages se vendent chez les fruitiers. C'est dans les environs des écoles fréquentées par les enfants pauvres que l'on trouve surtout ces marchands de fruits enivrants. Nous avons connu plusieurs cas de véritables empoisonnements produits par ces marchandises. Deux petites filles de huit et dix ans, entre autres, tombèrent gravement malades après avoir avalé chacune pour 10 centimes de cerises à l'eau-de-vie.

L'établissement de la *puberté* s'accompagne quelquefois de tendances dipsomaniaques qui peuvent à la longue donner lieu à une intoxication chronique. Cela s'observe aussi bien chez les jeunes gens que chez les jeunes filles; chez ces dernières, les tendances que nous venons de signaler peuvent disparaître, une fois la menstruation bien établie, pour revenir plus tard, à l'époque de la ménopause.

Les *métiers d'enfants* les exposent également à l'alcoolisme. Les petites filles et les petits garçons qui vendent au coin des rues des crayons, des porte-plume ou des fleurs se réfugient très souvent chez le marchand de vin le plus proche où ils contractent fatalement l'habitude de s'alcooliser. Les petits garçons-livreurs reçoivent souvent en remerciement un verre de vin ou de liqueur. Chez les marchands de vin, les épiciers et les bouchers, les petits commis font comme les grands. Les mousses sont poussés à boire par les matelots qui espèrent ainsi obtenir d'eux un travail plus soutenu. Les apprenties blanchisseuses goûtent aux liqueurs (vulnéraire, eau de mélisse) en compagnie de leur patronne. Dans tous les ateliers, fabriques, usines où travaillent pêle-mêle enfants et adultes, l'exemple et l'entraînement font leur œuvre. Le désir d'agir comme les camarades plus âgés fait que les petits apprentis se plaisent à boire entre eux par pure forfanterie.

Il faut avouer aussi qu'une part de responsabilité incombe à la *thérapeutique infantile* qui naguère usait largement des préparations alcooliques dans le traitement des affections des voies respiratoires et digestives. Le danger ne résulte pas uniquement de l'application thérapeutique de l'alcool, mais surtout de ce fait que l'usage de ce dernier est continué ensuite sous la protection tacite du médecin. Aujourd'hui, heureusement, on se montre beaucoup plus avare de cognac et de rhum dans les prescriptions contre la diarrhée et la broncho-pneumonie infantiles.

Enfin, il existe des observations de l'intoxication des enfants par l'*inhalation des vapeurs alcooliques* ; nous en citons plus loin un cas relatif à un nourrisson de neuf mois.

SYMPTOMATOLOGIE. — *Formes cliniques.* — La symptomatologie de l'alcoolisme infantile acquis se distingue de celle de l'alcoolisme de l'adulte par l'intensité plus grande des accidents toxiques d'ordre nerveux en particulier. On sait que l'enfant normal a un encéphale beaucoup plus volumineux et plus lourd que l'adulte, par rapport au reste de l'organisme. Les centres nerveux recevant, chez l'enfant, relativement plus de sang, sont, dans le cas d'une intoxication alcoolique, plus en contact aussi avec le poison. En conséquence, leurs réactions sont plus vives et les troubles plus graves.

De plus, là comme ailleurs, dans la détermination de telle ou telle manifestation de l'empoisonnement, interviennent les diverses influences héréditaires ou acquises qui fixent de préférence l'action des boissons alcooliques sur tel ou tel organe, système ou tissu de l'organisme infantile.

Nous distinguerons l'alcoolisme acquis du *nourrisson* et de l'*enfant* proprement dit. Chez le *nourrisson*, on peut observer une intoxication alcoolique *aiguë* ou *chronique*.

L'*intoxication aiguë* provoquée par l'administration au petit

enfant d'un lait trop fortement alcoolisé est le plus souvent caractérisée par l'apparition d'*accès convulsifs épileptiformes.* Voici une observation de Demme (de Berne) qui peut être citée comme un exemple du genre.

Un enfant de deux mois et demi, nourri uniquement au sein, fut apporté à la consultation dans un état de grande agitation entrecoupé de crises fréquentes de convulsions généralisées. En interrogeant longuement la mère, on parvint à savoir que cette dernière prenait, chaque matin, un petit verre de *chnaps* pour se débarrasser des glaires; à midi, un second petit verre du même liquide pour se donner de l'appétit; à quatre heures, un troisième contre les coliques, et le soir, un quatrième pour se procurer un repos bien mérité. On fit aussitôt cesser le sein et nourrir l'enfant avec du lait de vache; au bout de quelques jours les convulsions cessèrent. On essaya ensuite de faire donner à nouveau le sein; immédiatement les convulsions recommencèrent. Dès lors, on fit définitivement sevrer l'enfant qui n'eut plus d'attaques convulsives. Des observations semblables ont été publiées par Edmunds (de Londres), Bär (de Berlin).

Généralement, ces *accès convulsifs* d'origine alcoolique se distinguent des autres cas d'éclampsie infantile en ce qu'ils ne s'accompagnent pas de fièvre, ni de troubles intestinaux.

Quelquefois, l'alcoolisme aigu des nourrissons peut revêtir l'*aspect de la méningite*. Ausset a cité le cas d'un enfant de deux mois et demi chez lequel rien ne manquait au tableau d'une méningite : exagération du liquide céphalo-rachidien produisant une tumeur molle, pulsatile au niveau de la fontanelle antérieure, raideur de la nuque, intermittences du pouls, respiration suspirieuse, vomissements, cris plaintifs. Or, la nourrice de l'enfant ayant quitté son nourrisson, on apprit d'une autre domestique qu'elle buvait énormément et s'enivrait tous les soirs. Cette pseudo-méningite aboutit à une complète guérison.

Enfin, les nourrissons peuvent manifester leur alcoolisme aigu sous la forme d'*ivresse*. Un curieux exemple [a été publié par Millon. Il s'agit d'un enfant particulièrement fort et vigoureux, exclusivement nourri au sein. Une bonne, à qui on frictionnait un jour la tête avec du « rhum vieux », tint le nourrisson sur ses genoux pendant cette petite opération. L'enfant humait donc ainsi les vapeurs alcooliques répandues à profusion. Au repas suivant, les parents furent étonnés du spectacle offert par leur fils : assis à table dans sa chaise, il menait un train épouvantable; le visage allumé, les yeux brillants, les pommettes rouges et le bout du nez écarlate, l'enfant se livrait à une mimique de la plus haute fantaisie : ses pieds s'agitaient sous la table, ses bras faisaient les ailes de moulin; armée d'une cuiller, sa main tapait sur son assiette, sur la table, sur les bouteilles; sa bouche pétaradait en tortillonnant à droite et à gauche, tandis que de temps à autre, dans un langage primitif, le petit enfant traduisait sa gaîté par des cris aigus et des mélopées d'une tonalité extravagante. A la fin, le nourrisson tomba dans un sommeil profond qui se prolongea jusqu'au matin.

L'*intoxication chronique* du nourrisson se manifeste dans la grande majorité des cas par un état d'*agitation* avec cris, mauvais sommeil, faible progrès dans le poids, selles anormales. Parfois, les symptômes prennent une allure beaucoup plus grave : l'enfant est chétif, sa peau est ridée, son air souffreteux; l'insomnie est absolue : les *convulsions* peuvent survenir et à leur suite des troubles oculaires comme le strabisme.

Les *troubles gastro-intestinaux* occupent souvent une place importante parmi ces accidents d'intoxication chronique : l'enfant est atteint fréquemment d'une *gastro-entérite aiguë* ou *chronique*, cette dernière amenant à la suite une dénutrition rapide qui aboutit à l'*athrepsie.* Dans certains cas, et j'en observe actuellement un, un *érythème polymorphe* apparaît comme une sorte de manifestation de l'intoxication du nourrisson. Dans le cas auquel je fais allusion, la nourrice venue de Roubaix buvait en cachette un litre de vin blanc tous les jours sans compter la bière dont elle usait à discrétion. Les *furoncles*, l'*impétigo* peuvent se montrer dans les mêmes conditions.

Marfan a classé les altérations de la nutrition générale du nourrisson, sous l'influence de l'intoxication alcoolique chronique, en deux périodes. La *première* est caractérisée par l'apparition d'*accidents nerveux* sans troubles digestifs, sans ascension thermique; le nourrisson a les chairs molles, flasques avec tendance à l'obésité. Vient ensuite la *période de la dénutrition* annoncée par l'existence d'une *gastro-entérite* qui, si elle devient chronique, détermine l'*athrepsie.*.

Ces divers accidents, avec la dénutrition finale, diminuent la résistance du nourrisson et le rendent particulièrement accessible à toutes les infections et auto-infections. C'est là une des grandes causes de la *mortalité infantile excessive* observée dans les pays dont les habitants sont encore persuadés que les boissons alcooliques fortifient les nourrices et, par ricochet, les nourrissons : grave erreur contre laquelle on ne saurait trop lutter.

Chez l'*enfant* proprement dit il faut également distinguer deux formes classiques : l'alcoolisme aigu ou l'ivresse et l'alcoolisme chronique.

L'*alcoolisme aigu* dans sa *forme légère* est d'observation banale; c'est l'ivresse avec ses trois périodes classiques : *excitation*, *ataxie physique* et *intellectuelle*, *apoplexie comateuse* que présentent les enfants qui ont absorbé, dans les conditions énumérées au chapitre d'étiologie une quantité plus ou moins forte de boissons alcooliques. Ce qu'il y a de particulier pour l'enfant dans cette ivresse légère c'est que l'état comateux qui constitue sa phase terminale arrive en pareil cas plus rapidement que chez l'adulte, quelquefois presque d'emblée. Au réveil, l'enfant est brisé, courbaturé; il a des sueurs, des nausées, des vomissements et de la diarrhée.

Dans les *formes graves*, les *convulsions épilepteformes* surviennent et, parfois, l'enfant meurt dans l'espace de quelques heures. Tout dernièrement encore, à Belleghem, dans la Flandre occidentale, un petit garçon de quatre ans, fils de marchand de vin, profita de l'absence de ses parents pour absorber quatre petits verres de genièvre. Le gamin fut pris aussitôt après de douleurs abdominales et vers le soir il eut des convulsions; il succomba dans la nuit. Taylor a cité plusieurs cas de *mort subite* survenue immédiatement après l'absorption par l'enfant d'une certaine quantité d'alcool.

Parmi les formes graves nous citerons encore les *ivresses délirantes* des enfants. Il s'agit en ce cas généralement de petits sujets entachés d'hérédité névropathique ou vésanique chez lesquels des quantités d'alcool même en apparence insignifiantes provoquent des états d'excitation ou de dépression tout à fait pathologiques. L'*excitation* peut revêtir un aspect de gaîté exubérante avec mouvements désordonnés que certains parents ignorants encouragent parce qu'ils trouvent cette excitation morbide « amusante et drôle ». Les malheu-

reux ne se doutent guère qu'ils préparent de cette façon un candidat à l'*excitation maniaque* de nature héréditaire et alcoolique, qui tôt ou tard sera interné dans un asile d'aliénés. Cette excitation peut prendre une allure très dangereuse : l'enfant devient violent, querelleur, menaçant; il attente à la vie de ses père, mère, frères, sœurs ou amis, comme ce petit fou furieux alcoolique qui a essayé de jeter son frère sous les roues d'un tramway pour le faire écraser (Rodiet).

La forme *dépressive* de l'ivresse est rare chez l'enfant; quand elle existe, elle se caractérise par des idées et des tentatives de suicide.

L'*alcoolisme chronique* de l'enfant se caractérise par la plupart des symptômes que présente cette intoxication chez l'adulte, avec cette remarque essentielle qu'il y a prédominance manifeste de troubles d'ordre nerveux. C'est ainsi que les *cauchemars*, les troubles sensoriels *sensitifs* et *moteurs* sont particulièrement fréquents chez les petits buveurs, alors qu'il est assez exceptionnel de noter chez eux la pituite. Les *terreurs nocturnes* motivées par des rêves et des cauchemars méritent une attention toute spéciale, car leur constatation en dehors de toute autre indication précise, doit inviter le clinicien à rechercher si le petit malade ne se livre pas à un usage régulier des boissons alcooliques. J'observe actuellement un enfant de onze ans dont l'alcoolisme chronique s'est révélé à moi par le récit qu'il m'a fait de ses rêves :

« J'étais soldat et j'ai vu des curés qui se battaient avec des curés ennemis, avec des revolvers, des fusils, des sabres, des couteaux. J'ai vu dans mon rêve que j'étais en rang au bout du régiment et qu'un soldat ennemi m'a tué; il y avait mon oncle et je lui disais : Les chevaux marchent sur moi; et il m'emportait sur le trottoir. J'ai vu la guerre avec un lion, des Arabes, des nègres et des chiens sauvages; ils se battaient avec des lances; il y avait un Arabe tombé de son cheval; le lion sauta dessus; on tua le lion. »

Elevé dans les environs d'Avranche, ce petit garçon prenait la « goutte » depuis l'âge de deux ou trois ans. Son intelligence est débile; il a été arrêté pour vol avec effraction d'un tronc d'église, en compagnie d'un camarade du même âge. Il n'existe chez lui aucun trouble digestif, aucun tremblement des mains; seuls les *cauchemars* et la *débilité mentale* révèlent son alcoolisme chronique, doublé, il est vrai, d'alcoolisme paternel et maternel.

L'affaiblissement de l'*intelligence* peut se compliquer parfois d'accidents moteurs comme les *convulsions* et le *bégayement*. Bourneville et Boyer ont publié des cas de ce genre dont voici un exemple. Un enfant sans alcoolisme héréditaire, mais élevé au régime des boissons fermentées, arriva dans un état très normal jusqu'à l'âge de quatre ans. Entre quatre et cinq ans apparaissent des convulsions suivies d'un affaiblissement intellectuel et d'un bégaiement très prononcé. A l'école il ne présente aucune aptitude pour apprendre quoi que ce soit, il est signalé comme un sujet entêté, menteur, sombre et sujet à des accès de colère violente. Outre les *convulsions épileptiques*, les petits alcooliques chroniques peuvent présenter de l'*hystérie*, de la *chorée* ou une simple *excitabilité nerveuse*.

On note aussi parfois chez eux des maladies de la peau comme l'*impétigo*, l'*eczéma*, le *prurigo* et des dyscrasies comme le *diabète*.

En outre, et ceci offre une importante capitale, leur *croissance* se trouve singulièrement *retardée*, diminuée.

L'influence de l'alcoolisme infantile chronique sur la croissance a été bien élucidée par Lancereaux. Dans les faits cités par lui, l'alcoolisme acquis ajoute son action néfaste à l'alcoolisme héréditaire. Voici deux exemples cliniques extrêmement probants.

Une jeune parisienne de treize ans, née de parents alcooliques, absorbe depuis l'âge de trois ans, en moyenne 500 grammes de vin par jour. A l'âge de treize ans, elle entre à l'hôpital pour de l'ascite avec quelques autres symptômes de cirrhose atrophique. Or, cette jeune fille a l'apparence d'une enfant de huit à neuf ans. Elle mesure $1^{m}25$ de hauteur et 66 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic; ses seins ne sont pas développés et elle ne présente aucune trace de puberté.

Une autre jeune fille âgée de quatorze ans a ses père et mère alcooliques; le premier est mort à quarante-trois ans d'une cirrhose alcoolique avec ascite et léger ictère. Sous prétexte de la fortifier les parents donnaient à boire à l'enfant, depuis l'âge de deux ans, un demi-litre à un litre de vin par jour. Vers cinq ou sept ans elle buvait déjà de la *crême de menthe*, de la *chartreuse* et du *raspail* « pour faire faire la digestion ». Elle absorbait en outre des vins « digestifs et reconstituants ». L'enfant, envoyée à l'école à l'âge de cinq ans, était déjà plus petite que ses camarades de classe. A partir de six ans elle a à peine grandi. A quatorze ans, elle ressemble à un enfant de cinq à six ans au plus. Sa hauteur est de 97 centimètres; sa tête est petite et sa physionomie est celle d'un tout petit bébé. Les membres sont petits et grêles, principalement les jambes. Il est clair que cet arrêt de croissance est, dans ces deux cas, imputable à l'alcoolisme. D'ailleurs, ces faits sont entièrement confirmés par les expériences de Frick (de Zurich). D'une même nichée de chiens il a nourri les uns à la manière ordinaire; aux autres il donnait chaque jour une petite ration d'alcool, notamment la quantité contenue dans trois cuillers à soupe de malaga mélangé au lait. Les chiens non alcoolisés se développèrent normalement, les autres restèrent plus petits; plusieurs entre ces derniers moururent dans des crises épileptiques.

Anatomie pathologique. — Nous ne donnerons pas à ce chapitre un grand développement pour ne pas répéter ici tout ce qu'on sait déjà de l'anatomie pathologique de l'alcoolisme de l'adulte. Les lésions sont les mêmes chez le nourrisson ou chez l'enfant. Barlow (de Londres) a publié un cas d'hépatite scléreuse alcoolique chez un enfant de dix-huit mois. Lancereaux, Birsch-Hirschfeld ont trouvé chez de petits enfants des cas fréquents de cirrhose du foie avec ascite. Combe (de Lausanne) cite l'observation d'un enfant de sept ans qui a eu une pachyméningite hémorragique. On a signalé aussi chez des enfants la dégénérescence graisseuse du cœur d'origine éthylique.

Pronostic. — Comme l'a établi déjà Morel, l'hérédo-alcoolisme présente des degrés dont la gravité est proportionnelle à son accumulation : les enfants de la première génération d'alcooliques peuvent profiter d'un traitement médico-pédagogique et retrouver l'état normal; il est déjà beaucoup plus difficile d'obtenir des résultats favorables chez les enfants d'une seconde génération d'alcooliques; l'incurabilité est à peu près certaine pour les descendants d'une troisième ou d'une quatrième génération.

Le pronostic de l'alcoolisme infantile acquis est variable, en rapport avec le caractère aigu ou chronique de l'intoxication, avec l'intervention précoce ou tardive d'une éduca-

tion appropriée, avec l'absence ou la présence des tares antérieures, vésaniques, névropathiques, tuberculeuses.

Prophylaxie. Traitement. — La *prophylaxie* de l'alcoolisme infantile héréditaire ou acquis est d'abord celle de l'alcoolisme en général. Elle consiste avant tout dans l'application de toutes les mesures législatives ayant pour but de diminuer la consommation des boissons alcooliques.

Pour nous ces mesures essentielles sont : l'augmentation de l'impôt sur *toutes* les boissons alcooliques, y compris le vin, la bière et le cidre, et cela proportionnellement à leur degré de concentration; l'interdiction de la fabrication, de la publication et de la vente des boissons et liqueurs contenant des essences dangereuses; la suppression du privilège des bouilleurs de cru; la répression *effective* de la fraude; la réglementation des débits de boissons. C'est l'intervention seule de l'Etat qui peut aboutir à la réalisation de ces mesures générales dont dépend entièrement le succès définitif de la lutte contre l'alcoolisme en général. En attendant, le médecin peut beaucoup contre l'alcoolisme infantile en éclairant les parents par tous les moyens en son pouvoir (conseils directs, conférences, avis, imprimés) sur les causes de l'alcoolisme héréditaire et acquis de l'enfant, ainsi que sur les conséquences désastreuses de cet alcoolisme pour l'individu, la famille et la société. Pourquoi, par exemple, le médecin n'avertirait-il pas les jeunes mariés des graves conséquences du coït pendant l'ivresse de l'un ou des deux conjoints, puisqu'il est scientifiquement démontré aujourd'hui que, dans un grand nombre de cas, c'est cette ivresse au moment de la conception qui est la cause déterminante de la naissance d'enfants porteurs de divers stigmates d'alcoolisme héréditaire? De même, il importe d'indiquer à la femme enceinte le régime qui lui convient en lui expliquant pourquoi elle doit s'abstenir de l'usage des liqueurs contenant des essences nuisibles et des boissons fortes. L'alcoolisme du nourrisson sera évité en lui procurant une nourrice sobre. Une mère alcoolique ne doit pas nourrir son enfant. Il faut imposer à la nourrice un régime d'où les boissons fortes sont absolument exclues. Ainsi, il nous paraît rationnel d'admettre, avec Vallin, qu'une nourrice doit se contenter par jour de : un demi-litre de vin pris aux repas, un litre de lait pur ou coupé dans l'intervalle, de l'eau fraîche édulcorée avec un sirops de fruits, à dicrétion.

A notre avis, il faut persuader les parents que leurs enfants doivent s'abstenir totalement des boissons alcooliques au moins jusqu'à dix ans; entre dix et vingt ans on peut leur permettre très peu de vin coupé d'eau; après vingt ans, s'ils n'ont pas acquis d'habitudes de tempérance sérieuse, c'est qu'ils sont sous le coup d'une tendance héréditaire à l'alcoolisme qu'il faudra combattre par des mesures appropriées. Chez les enfants irritables, nerveux ou énervés, chez ceux dont le système nerveux est atteint (hystérie, épilepsie, chorée), l'abstinence totale des boissons alcooliques, quelles qu'elles soient, doit être la règle absolue de toute leur existence. De même, nous conseillons l'abstinence totale chez les enfants présentant un degré quelconque de déchéance intellectuelle : mauvaise mémoire, peu d'application au travail, difficulté de concentrer l'attention ou d'associer les idées. Dans la thérapeutique infantile, l'emploi des préparations alcooliques doit être évité autant que possibble afin de ne pas réveiller chez l'enfant une appétence inconsciente pour l'alcool.

En somme, l'éducation durant les premières années de la vie de l'enfant peut seule l'orienter vers la sobriété. Ce sont donc avant tout, la mère, le père, la nourrice, les domestiques qui doivent être instruits sur le régime qui convient le mieux à l'enfant. Or, le médecin, la sage-femme, la garde-malade, le pharmacien sont dans la plupart des familles les guides autorisés dont on écoute les conseils quand il s'agit du régime alimentaire du bébé. Tant que ces guides entre les mains desquels se trouve la santé publique ne seront pas intimement et activement convaincus de la nécessité de l'éducation anti-alcoolique de nos enfants, les résultats de la lutte contre l'alcoolisme seront maigres.

Ils le seront également, si à l'école où la plupart des enfants du peuple entrent à l'âge de cinq ou six ans, l'instituteur ne leur expliquait pas de très bonne heure toutes les raisons pour lesquelles ils doivent s'abstenir d'alcool comme du feu. La lutte contre l'alcoolisme infantile doit commencer dès la naissance de l'enfant et se continuer jusqu'au moment où il deviendra un homme raisonnable. Aussi, partout où il passera : écoles, atelier, usine, armée, il faut qu'il entende la vérité sur les dangers de l'intoxication alcoolique et qu'il soit aidé à conformer sa propre vie à cette vérité. Les pouvoirs publics de leur côté ont dans une certaine mesure facilité ce travail d'instruction anti-alcoolique des enfants et jeunes gens : l'enseignement anti-alcoolique figure maintenant dans les programmes officiels, des écoles primaires et secondaires; des sociétés scolaires de tempérance sont autorisées à recruter des enfants qui promettent l'abstinence stricte d'alcools et de liqueurs contenant des essences dangereuses (1); des circulaires des ministres de la guerre et de la marine proscrivent l'usage des liqueurs malfaisantes. Mais tous ces programmes, toutes ces circulaires resteront lettre morte sans l'*éducation* des premières années de l'enfant, éducation anti-alcoolique donnée par les parents eux-mêmes, sous la direction éclairée des médecins, pharmaciens, sages-femmes et garde-malades sincèrement convaincus de l'utilité de cette éducation.

Le *traitement proprement dit* des enfants frappés de diverses manifestations d'alcoolisme héréditaire n'est possible que dans un établissement spécial où l'abstinence doit être d'absolue rigueur. Toutes les névroses et psychoses, la débilité mentale, les tendances vicieuses et criminelles d'origine hérédo-alcoolique peuvent, dans certains cas, se modifier d'une façon heureuse par un traitement médico-pédagogique bien dirigé. Le succès du traitement dépend du degré de la tare héréditaire dont l'enfant est victime, du degré de la dégénérescence présenté par l'enfant, de l'âge auquel l'éducation médico-pédagogique a commencé, de la durée de cette éducation. De sérieuses améliorations ont été obtenues en France, par la méthode de Séguin, vulgarisée par Bourneville. Cette méthode consiste à occuper le corps et l'esprit de l'enfant débile ou névropathe hérédo-alcoolique en lui donnant une instruction en rapport avec ses moyens intellectuels et en lui apprenant un métier (menuiserie, serrurerie, jardinage). Cette méthode convient également aux enfants atteints d'alcoolisme acquis, aigu ou chronique. Le maintien de ces enfants dans des établissements spéciaux doit être aussi prolongé que posible, si l'on veut en retirer un avantage réel et durable.

(1) Les principales sociétés scolaires de tempérance sont en France les suivantes : *Ligue nationale contre l'alcoolisme*, l'*Union française anti-alcoolique* et l'*Association de la jeunesse française tempérante*, fondée par nous-même en 1896.

Bibliographie. — COHN. Delirium tremens, in Kindesalter. *Berl. klin. Wochens.*, 1888, p. XXV-1012-1044. — JOFFROY. Alcool et alcoolisme, leçon clinique recueillie par M. Roubinowitch, *Gaz. des hôpit.*, 1895. — MOREAU (de Tours). Alcoolisme chez les enfants, *Ann. méd.-psychol.*, Paris 1895, 8e s., p. 337-372. — LEGRAIN. *Dégénérescence sociale et alcoolisme*, Paris 1895. — COULON. Alcoolisme chronique chez un enfant de six ans, *Médecine int.*, Paris 1895, p. 638-643. — LANCEREAUX. L'alcoolisme chez l'enfant, *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris 1896, 3e s., p. 367-377. — VALLIN. L'alcoolisme par l'allaitement, *Ibid.*, 1896, 3e s., t. XXXVI. — BARATIER. L'alcool et l'enfant, *Tribune méd.*, 1896, 2e s., p. 808. — RODIET. *Alcoolisme chez les enfants*, Th. de Paris, 1897. — PERIER. Alcoolisme infantile, *Ann. de méd. et de chir. infant.*, 1898. — COMBE (de Lausanne). Alcoolisme de l'enfant, *Ibid.*, 1898. — BOURNEVILLE et BOYER. Alcoolisme de l'enfance. Instabilité mentale, *Arch. de neurol.*, 1899. — MILLON. Note sur un cas d'ivresse manifeste chez un nourrisson de neuf mois, *Journ. de méd. de Paris*, 1899. — AUSSET. Sur un cas d'alcoolisme aigu chez un nourrisson, *Écho méd. du Nord*, 1899. — VARIOT. Alcoolisme chez les enfants, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1899. — Paul SIMON. Accoutumance des médicaments, *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, août 1899. — DUHAMEL. *De l'alcoolisme chez les enfants*, Th. de Paris, 1899. — NICLOUX. *Élimination de l'alcool dans l'organisme*, Th. de Paris, 1900. — LADRAGUE. *Alcoolisme et enfants*, Th. de Paris, 1901.

VARIÉTÉS

L'Institut d'Égypte. — Bonaparte et l'Institut (1).

Par M. le docteur TRIAIRE,
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

A côté des mesures administratives et hygiéniques par par lesquelles Bonaparte s'attachait à maintenir la discipline et la salubrité dans son armée, il faudrait, pour avoir une idée de la méthode avec laquelle on peut fonder un empire civilisé, placer en regard ses actes divers de gouvernement. On comprend que ce n'est pas ici le lieu. Il est cependant une de ses conceptions — la plus élevée et la plus digne de ce génie si essentiellement moderne — qui doit nous arrêter un instant. C'est l'Institut d'Égypte, dans lequel Des Genettes, Larrey, Berthollet et les médecins de l'armée d'Orient tinrent une place qu'il n'est pas possible de passer ici sous silence.

L'arrêté qui fonda cette Société restée célèbre est du 3 fructidor an VI (20 août 1798). Il prescrivait qu'il serait établi au Caire un Institut pour les sciences et les arts, ayant principalement pour objet ; 1° le progrès et la propagation des lumières; 2° la recherche, l'étude et la publication des faits naturels, industriels et historiques; 3° de donner son avis sur les différentes questions que lui soumettrait le gouvernement.

Les premiers membres de l'Institut nommés par le général en chef furent : Monge, Berthollet, Caffarelli, Geoffroy-Saint-Hilaire, Andréossi et Des Genettes. Ils reçurent la mission de préparer un règlement d'organisation et de désigner à la nomination du général en chef les membres de la Commission des sciences et des arts qui devaient faire partie de la Compagnie. Ils adoptèrent la division en quatre sections : les mathématiques, la physique, l'économie politique, la littérature et les beaux-arts. Le nombre des membres répartis dans ces sections fut fixé à quarante-huit (art. 3). Chaque section comprenait douze membres. Les séances devaient avoir lieu deux fois par décade, et les procès-verbaux être envoyés à l'Institut de France. Quand ce travail préparatoire fut terminé et eut été soumis à l'approbation de Bonaparte, l'Institut se trouva ainsi constitué :

MATHÉMATIQUES

Andréossi,	Leroy,
Bonaparte,	Malus,
Costaz,	Monge,
Fourier,	Nouet,
Girard,	Quesnot,
Le Père,	Say.

PHYSIQUE

Berthollet,	Des Genettes,
Champy,	Dolomieu,
Conté,	Dubois,
Delille,	Geoffroy-Saint-Hilaire,
Descotil,	Savigny.

ÉCONOMIE POLITIQUE

Caffarelli,	Sulkowski,
Gloutier,	Sucy,
Poussielgue,	Tallien.

LITTÉRATURE ET ARTS

Denon,	D. Raphaël,
Dutertre,	Redouté,
Norry,	Rigel,
Parseval,	Venture.

On remarquera que Larrey ne figure pas sur la liste élaborée par les fondateurs. Ce fut Antoine Dubois, déjà membre de la Commission des sciences et des arts, qui avait été nommé dans la section de physique. Mais Dubois ayant obtenu de rentrer en France, le chirurgien en chef de l'armée fut élu à sa place, dans la séance du 16 messidor an VII. Des Genettes, au contraire, avait fait partie de la commission des membres fondateurs. Rien ne convenait mieux à ce médecin lettré, qui parlait et écrivait avec une égale facilité et chez lequel le talent d'observation, fruit de ses études et de sa pratique médicales, s'unissait à une brillante culture littéraire. Il prit une part très active aux travaux de l'Assemblée et la présida souvent.

Bonaparte mit à la disposition de l'Institut et des membres de la Commission des sciences et des arts deux palais du Caire, qui gardèrent le nom de leurs anciens possesseurs : Hassan-Kachef et Cassim bey. Ces deux habitations étaient réunies par de vastes jardins qui faisaient de ce coin du Caire une oasis de verdure. La première était le siège officiel de l'Institut, le lieu de ses séances, et comprenait — avec des laboratoires, des galeries pour les collections d'histoire naturelle et des cabinets de travail — le logement particulier de Monge, de Berthollet et des principaux membres de la Compagnie. La seconde était réservée à la Commission des sciences et des arts; mais elle devint vite un centre commun aux Français une sorte de club littéraire et scientifique, où se réunissaient les savants des deux catégories.

Autour de ces palais s'élevèrent les ateliers de mécanique, l'hôtel de la Monnaie, l'École de botanique et l'imprimerie où furent publiés les journaux de la colonie, la *Décade* et le *Courrier d'Égypte*, et tous les travaux administratifs. Après l'insurrection du Caire, au cours de laquelle les savants avaient failli périr, on construisit un fort destiné à les protéger contre l'éventualité des émeutes. Tous ces établissements formèrent le *quartier de l'Institut*, le milieu où se mouvaient et travaillaient les savants, quand ils n'étaient pas en expédition.

Je ne puis ici, malgré le puissant intérêt qu'offrirait une semblable étude, exposer la tâche à laquelle se livra la nouvelle société. Ce fut réellement une œuvre de Titan, qui nous confond aujourd'hui d'étonnement par le nombre, la variété, l'étendue et la profondeur des sujets qu'elle a embrassés. Elle aboutit, comme on le sait, au magnifique

(1) Extrait d'un ouvrage intitulé : *Dominique Larrey et les campagnes de la Révolution et de l'Empire (1768-1842)*, par le docteur TRIAIRE, qui paraîtra prochainement chez Alfred Mame et fils.

ouvrage dont la conception revient à Kléber, mais dont l'exécution fut ordonnée par le premier consul. C'est là que furent consignés les immenses travaux des savants, véritable description de l'Égypte, qui ne laisse aucun point dans l'ombre et procède successivement à l'étude de l'État moderne, aux recherches sur l'État antique et à la description des lieux et des monuments. Jamais on n'avait fait et jamais on n'accomplira, sans doute, une œuvre semblable. Jamais on n'avait vu et jamais on ne reverra un pays exploré, mesuré, fouillé, analysé et étudié en si peu de temps et avec autant de compétence, dans les multiples conditions qui avaient gouverné son passé et qui présidaient à son existence actuelle.

Dans cette vaste enquête, Larrey et Des Genettes, avec les médecins placés sous leurs ordres, — et c'est là où je voulais en venir, — jouent un rôle considérable. Ce sont eux qui font connaître la constitution physique, la climatologie, la pathologie médicale de l'Égypte. Des Genettes, qui tient une grande place dans les discussions de l'Institut, qui rédige la *Décade égyptienne* où sont publiés les procès-verbaux de la Compagnie, lui apporte sa première table nécrologique du Caire, qu'il continuera jusqu'à la fin de l'occupation. De concert avec Larrey, il a envoyé à tous les officiers de santé de l'armée d'Orient une circulaire les invitant à adresser à l'Institut les résultats de leurs observations. Ceux-ci répondent à l'appel. Ce n'est que justice de reproduire ici les noms et les travaux de ces jeunes médecins — oubliés par l'histoire — et dont la plupart payèrent cependant leur dévouement de leur vie.

Carrié envoie une note sur la topographie de Menouf, dans le Delta; Renati, un travail sur la géographie physique et médicale du vieux Caire; Vautier, sur celle de Belbeïs; Salze, sur celle d'Alexandrie; Franck, sur celle de Rosette; Savaresi, sur celle de Damiette et de Salahieh; Bruant, une étude sur l'ophtalmie d'Égypte et un rapport sur la dysenterie qui ont affecté les troupes en l'an VI.

Dès que la peste éclate, les communications des médecins en résidence dans les villes contaminées : de Masclet et Savaresi à Alexandrie, de Millios et de Barbes à Damiette, arrivent à l'Institut; et celui-ci, où le corps médical est si brillamment représenté par Larrey, Des Genettes et Berthollet, prend, certains jours, les allures d'une académie de médecine. Larrey vient lui lire ses mémoires sur les ophtalmies d'Égypte et le tétanos. Des Genettes fait part de son étude sur l'emploi des frictions d'huile dans le traitement de la peste. Ces deux médecins, dont le caractère et le tempérament sont si différents, n'ont pas non plus, nous le verrons, les mêmes idées sur la peste, et Larrey communique à son tour un travail sur cette affection, dans lequel il conteste — du reste, avec raison — le remède préconisé à titre curatif par le médecin en chef de l'armée. Berthollet, qui n'a de médecin que le titre, mais qui possède une sagacité supérieure et un talent d'observation génial, a fait la découverte la plus importante sur une des voies de transmission de la maladie. Il apprend à ses deux confrères et à l'Institut que la peste peut se communiquer par les voies digestives, vérité nouvelle alors et que les recherches modernes devaient confirmer (1). Ainsi ces médecins, malgré leur besogne écrasante, concourent brillamment à la vaste enquête entreprise sur l'état ancien et moderne de l'Égypte.

Tous ces travaux rapportés à l'Institut sont le résultat d'observations recueillies dans les hôpitaux du Delta infestés par la peste; dans les postes avancés de la haute Égypte, où on ne dort que d'un œil, entre les rapides incursions des mameluks et les attaques des Arabes, ou encore hâtivement rédigées à la suites des colonnes mobiles qui poursuivent l'insaisissable Mourad. Cérésoles et Renoult envoient du Say'd, où ils accompagnent les colonnes mobiles de Desaix, des communications d'un extrême intérêt sur les races indigènes, et il leur arrive souvent d'interrompre leur rédaction pour faire le coup de feu, quitte à abandonner ensuite le mousquet pour panser un blessé. Masclet, dont les rapports et les lettres à Larrey sur la peste sont des modèles, malheureusement peu connus, de critique épidémiologiste et de bon sens médical (1); Dewevre et Bruant, dont la vive intelligence et le dévouement sont célébrés par Des Genettes (2) — tous trois victimes désignées à la mort — écrivent l'un de ses hôpitaux d'Alexandrie, les deux autres de ceux de Gaza, où ils se sont enfermés au milieu des pestiférés, et la plume ne leur échappe que lorsqu'ils s'étendent sur le lit où ils vont à leur tour succomber.

Les savants ne sont pas moins intrépides. Les naturalistes Étienne Geoffroy-Saint-Hiliaire, Savigny, Delille, Redouté; les ingénieurs Girard, Le Père, Nouet, Méchin, Quesnot, bravent sans cesse les plus grands dangers. Berthollet fait ses expériences sur le natron, aux bords des lacs de ce nom, dans une contrée infestée d'Arabes assassins et pillards, avec autant de sang-froid et de précision que s'il se trouvait dans son cabinet du Caire. Denon, qui suit la colonne de Desaix portant son portefeuille en bandoulière, dépasse souvent les escadrons, s'assied sur le terrain qui va devenir le champ de bataille et achève tranquillement son croquis sous le feu de l'ennemi (3). Les jeunes gens, qu'on exposait plus facilement et qui parfois manquaient de prudence, faillirent être plus d'une fois enlevés. Certains, comme Jolly, furent assassinés. C'est un des intéressants côtés de cette magnifique histoire, que la belle insouciance, contrastant avec le découragement de la plupart des généraux, avec laquelle ces hommes, qui sont pour la plupart des savants de cabinet et qui ont été dénués de tout entraînement physique, bravent les privations, les dangers de la guerre, les fatigues de la marche, les souffrances du climat et les éventualités de la peste, pour enrichir la science de faits nouveaux et rétablir la civilisation sur cette terre d'Orient.

Pendant tout le séjour de Bonaparte en Égypte, l'Institut est dans ses mains, et on voit que pour lui il n'est pas uniquement un instrument de civilisation de sa conquête, mais aussi un puissant moyen de gouvernement. Pendant qu'on ne note pas, en effet, une seule fois l'apparition de ses successeurs, Kléber et Menou, au palais d'Hassan-Kachef; que le premier, préoccupé d'abord de quitter l'Égypte, puis obligé ensuite de la conquérir une seconde fois et de la réorganiser, n'a pas le temps de s'occuper des savants, et que le second, qui se rend compte que sa pauvre tête est percée à jour par ces intelligences d'élite, est plutôt hostile, Bonaparte assiste à la plupart des séances, témoignant à leurs débats et aux travaux de ses membres un intérêt passionné. Au fond, c'est lui qui propose et gouverne, à son gré, les ordres du jour; et sous sa direction, il n'y a pas de danger que la discussion vienne à s'égarer dans d'obscurs et confus débats ou à tourner à ce qu'il appelle « l'idéologie ». Il lui imprime tout de suite le caractère lumineux et pratique qui est la marque de toutes ses idées d'administration. Il procède par questions précises et nettes sur des sujets d'utilité

(1) Yersin. *Sur la peste bubonique*, C. r. de l'Acad. des sciences, juillet 1894.

(1) Larrey. *Correspond. génér.*, Lettres de Masclet, Mss. B. N.

(2) Des Genettes. *Histoire médicale de l'armée d'Orient.*

(3) Tous ne furent pas aussi heureux. Les ingénieurs Testevuide, Thévenot, Duval furent massacrés au Caire. Le chimiste Descotil, le botaniste Coquebert, le littérateur Lerouge, le chevalier de Malte Saint-Simon, le sculpteur Casteix, l'orientaliste Panhusen moururent de la peste. Conté, l'extraordinaire inventeur qui créa de toutes pièces les industries nécessaires à l'armée d'Orient, y perdit sa santé et mourut peu d'années après son retour en France.

publique, générale ou urbaine, sur l'hygiène, la santé, l'habillement et l'armement des troupes; sur les recherches scientifiques; sur les mesures à employer pour développer et accroître l'industrie et la prospérité de la colonie, et les soumet aux délibérations de l'assemblée. Il fait ensuite nommer des commissions, dont il sanctionne les conclusions en les transformant en actes de gouvernement. On peut penser que les travaux de ces commissions ne traînaient pas en longueur comme ceux des assemblées délibérantes modernes. Avant même le Consultat, les désirs ou les volontés du général Bonaparte ne souffraient guère d'ajournements. Les questions qu'il posait étaient immédiatement étudiées et résolues, et on voit dans les procès-verbaux de l'Institut les rapporteurs se succéder la plupart du temps à la tribune, à la séance même qui a suivi la nomination des commissions, et y lire les travaux dont ils sont chargés (1).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décret en date du 7 juin 1902, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Blaise, Laurens et Bachelet.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. le médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Juloux, Cordier, Lartigue et Vaugy.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active dont la démission a été acceptée Lefort, Sexe et Paul.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active dont la démission a été acceptée Blanc et Poujol.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Brengues, Rozières, Lafoy, Couvreur, Raoux, Allanic, Adam, Condomines, Tapie, Cotsaftis, Germain de Saligny, Sée, Mainguy, Carrez, Gros, Vallet, Fanier, Dupuy, Champ, Ferraud, Ettighoffer, Mailland-Gonod, Mage, Aymé, Durbecé, Isambert, Lagriffe, Vidal, Mathé, Volpellière, Picot, Gigaud-Lafond, Perier, Serre, Paulouch, Degardin, Croixmarie, Lorgnier, Begot, Ricoulleau, Kaeppelin, Van Remoortere, Ermenge, Guihal, Hervy, Collon, Toussaint, Bousseau, Bruneau, Limasset, Lambert, Valentin, Vrasse, de Brianson, de la Colombe de la Volpilière, Lelong, Arnoux, Grandjean, Jeantelet, Vitaut, Comte, Calvet, Merklen, Levet, Ledoux, Grillot, Lacroix, Florence, Desvignes, Renaud, Fiocre, Dumon, Blavot, Cruchet, Merle, Nilus, Larrodé, Dupinet, Bertignon, Bire, Bassal, Fieux, Delor, Perrin, Brunier, Vassor, Dubarry, Boyer, Ozanon, Joret, Coste, Aujaleu, Hugues, Marlière, Blaufus, Fleury, Delaire, Castelain, Dubert, Papillon, Bertin, Louis, Nicollet, Bertrand, Marcailhou d'Aymeric, Long, Darmezin, Aillet, Lussac, Martin, Janin, Delacourt, Dubois, Daguzan, Devèze, Geiger, Lalande, Podevin, Hartemann, Thibaudet, Durieux, Lefebvre, Marsoo, Limon, Delahousse, Pasturel, Martin, Bichat, Bachelet, Lhospitalier, Séran, Pellet.

Société d'hypnologie et de psychologie. — La onzième séance annuelle de la Société d'hypnologie et de psychologie aura lieu le mardi 17 juin 1902, à quatre heures précises, au palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, sous la présidence de M. le docteur Albert Robin, membre de l'Académie de médecine.

Les auteurs sont invités à adresser, dès à présent, les titres de leurs communications à M. le docteur Bérillon, secrétaire général, 14, rue Taitbout.

Ordre du jour : 1° Compte rendu de la situation morale et financière de la Société ;

2° Allocution de M. le docteur Jules Voisin, président de la Société;

3° Allocution de M. le docteur Albert Robin, membre de l'Académie de médecine;

4° Communications et lectures. — Présentation de malades;

5° Vote sur l'admission de nouveaux membres.

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-troisième semaine, 913 décès, au lieu de 1041 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 878.**

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, au lieu de 5 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 7; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins (30) est à peu près égal à celui de la semaine dernière (28) mais inférieur à la moyenne (45).

La variole n'a causé cette semaine aucun décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 4; le fait n'avait pas été constaté depuis le mois de juin 1900; le nombre des cas nouveaux (10) est inférieur à celui de la semaine dernière (20) et à la moyenne (26). A Londres, l'épidémie paraît, au contraire, faire un retour offensif; elle a causé 48 décès pendant la vingt-deuxième semaine, au lieu de 24 pendant la précédente; l'aggravation porte surtout sur les quartiers est de la ville, où 18 décès ont été enregistrés, au lieu de 7 pendant chacune des deux semaines précédentes.

La rougeole toujours fréquente en juin, a causé 33 décès, au lieu de 32 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 26; la scarlatine a causé 2 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 4; le nombre des cas nouveaux signalés à la Préfecture de police (110), supérieur à celui de la semaine dernière (102) est encore très inférieur à la moyenne (132). La coqueluche a causé 7 décès, au lieu de 13 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 8. La diphtérie a causé 15 décès, comme la semaine précédente, au lieu de la moyenne 7; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins (95) est inférieur à celui des deux semaines précédentes (110 et 115), mais encore très supérieur à la moyenne (68).

La diarrhée infantile a causé 46 décès de 0 à 1 an, au lieu de 27 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 37.

En outre, 19 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 150 décès, au lieu de 196 pendant la semaine précédente et au lieu de 123, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 10 décès (au lieu de la moyenne 9); bronchite chronique, 20 (au lieu de la moyenne 15); pneumonie, 30 (au lieu de la moyenne 31); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 90 (au lieu de la moyenne 68), dont 25 sont dus à la congestion pulmonaire et 52 à la broncho-pneumonie. En outre, 2 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 185 décès; la méningite tuberculeuse, 16; la méningite simple, 25; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 17 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 31; les maladies organiques du cœur, 56; le cancer a fait périr 57 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 8 décès; la cirrhose du foie, 10; la néphrite, 23; enfin, 35 vieillards sont morts de débilité sénile.

(1) Voir dans la *Décade égyptienne* les procès-verbaux des séances de l'Institut. Je prends, par exemple, la séance du 21 vendémiaire an VII, dans laquelle Bonaparte posa huit questions, toutes de la plus haute importance, et dont une seule demanderait un temps infini à une de nos commissions parlementaires modernes. On nomma huit commissions, et dès les jours suivants les rapporteurs apparurent à la tribune pour communiquer, au nom de ces commissions, leurs travaux à l'Institut.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17

N° 67. — MARDI 17 JUIN 1902. 75e ANNÉE. MARDI 17 JUIN 1902. — N° 67.



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Paris, le 16 juin 1902.

LA RÉFORME DU CONCOURS DES HOPITAUX

Monsieur le directeur,

Voulez-vous me permettre de communiquer aux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* quelques réflexions à propos du vent de réformes (c'est l'expression consacrée) qui souffle sur le concours des hôpitaux? Un certain nombre de nos collègues sont fort mécontents de la nouvelle réglementation du concours, en vigueur seulement depuis 1900, et en réclament d'ores et déjà l'abrogation. Les plaintes ont dépassé l'enceinte de notre Société des hôpitaux et ont eu un écho dans les journaux de médecine et jusque dans les journaux de la presse quotidienne. C'est donc une question d'actualité.

Il me sera permis de rappeler qu'à la suite du concours de 1897, j'ai été mêlé personnellement au mouvement qui s'est déjà produit parmi nous pour assurer d'une manière aussi équitable qu'il est possible le recrutement de nos nouveaux collègues et pour conserver à notre corporation sa supériorité scientifique. Nous pensions que, pour remédier aux abus qui résultent peut-être d'une réglementation un peu vieillie, il y aurait avantage :

1° A ajouter une épreuve *sur titres* aux épreuves écrites et orales bien aléatoires;

2° A multiplier le nombre des juges pour empêcher les ententes de parti pris par trop aisées dans les anciens jurys, qui ne comptaient que sept membres. Il suffisait que quatre juges sur sept se missent d'accord pour nommer trois candidats, et le concours était pour ainsi dire terminé avant que les épreuves n'aient commencé;

3° A substituer le vote au bulletin secret au vote à main levée pour que chaque juge ait toute son indépendance à l'égard des maîtres plus anciens qui pourraient siéger dans le même jury.

Malheureusement, comme on va le voir, nous n'eûmes que des satisfactions bien incomplètes pour tous ces *desiderata*. Une commission fut nommée par la Société des hôpitaux pour élaborer un nouveau projet de règlement du concours; M. Dreyfus-Brisac en était le rapporteur. Ce projet fut soumis à la discussion de la Société qui rejeta l'épreuve sur titres et décida qu'il n'y aurait plus qu'un concours par an au lieu de deux, que le jury chargé de nommer *six candidats* serait composé de *douze juges*. L'accroissement dans le nombre des juges ne correspondait plus au but qu'on se proposait d'atteindre, c'est-à-dire d'entraver les ententes ou les coalitions, puisqu'on laissait à douze juges le soin de nommer six candidats.

Il eût fallu conserver deux concours par an, comme par le passé, en portant à neuf, par exemple, le nombre des juges qui n'auraient nommé que trois candidats; la difficulté des accords de parti pris eût été aussi grande que possible. La Société des hôpitaux cependant admit le principe du *vote secret;* mais le nouveau règlement dut passer devant le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, qui ne crut pas devoir ratifier cette réforme et spécifia que les bulletins seraient signés par chacun des juges et que leur contenu ne resterait secret que jusqu'au dépouillement du scrutin, après les épreuves d'admissibilité et après les épreuves d'admission. La signature des bulletins équivalait à la négation du secret du vote.

Cet article du règlement, ainsi modifié par le Conseil de surveillance, manquait de clarté au point que la majorité des juges, lors du concours de 1900, c'est-à-dire la première fois que fonctionna le jury, que la majorité, dis-je, décida de faire dépouiller secrètement les bulletins de vote par les agents de l'Administration et de ne faire lire que les points inscrits sur les bulletins et sans indiquer les noms des juges qui avaient signé. Cette singulière manière de faire écartait les juges de l'opération très importante du dépouillement du scrutin, empêchait toute surveillance et tout contrôle, et je m'élevai énergiquement contre cette interprétation du règlement admise par mes collègues. Dans les concours ultérieurs, j'ai appris que le nom du juge était lu en même temps que le point qu'il donnait au candidat et que la surveillance du dépouillement des votes était mieux assurée.

En résumé, il est bien certain que tout n'était pas pour le mieux dans notre concours des hôpitaux en 1897, puisqu'on élabora un nouveau règlement qui n'est encore appliqué que pour la troisième fois.

J'estime, pour ma part, que les réformes obtenues en 1900 ont été insuffisantes; nous n'avons eu ni l'épreuve sur titres, qui est acceptée dans tous les autres pays étrangers, et qui est le meilleur contre-poids aux aléas des épreuves

extemporanées, ni le secret du vote indispensable dans une corporation hiérarchisée comme la nôtre, ni la composition des jurys la plus propice pour empêcher les ententes anticipées.

Mais le moment est-il bien choisi pour remettre en discussion la réglementation nouvelle, qu'on n'a pour ainsi dire pas expérimentée? Il me semble que nous sortons à peine des interminables séances de la commission et de la Société des hôpitaux, où l'on a élaboré à grand'peine les modifications de l'ancien concours.

Et puis, ce n'est pas tout de renverser, il faut réédifier. Trouvera-t-on, aussi facilement qu'on paraît le supposer, une majorité pour adopter un règlement nouveau? Cette agitation un peu prématurée ne restera-t-elle pas stérile et ne produira-t-elle pas une impression défavorable dans le public extra-médical?

D'ailleurs, et c'est par là que je terminerai, les règlements ne valent que par les hommes qui les appliquent. Nous savons tous que quelques-uns de nos maîtres appartenant à la Faculté, et non des moindres, ne respectent pas le concours et n'y voient qu'un moyen de faire triompher leurs élèves *per fas* et *nefas*, d'augmenter ainsi leur rayonnement et leur influence.

Ces maîtres se croient à tort infaillibles dans leurs choix et se considèrent comme diminués s'ils n'emportent pas de haute lutte la nomination de leur candidat. Voilà un état d'esprit qui règne à la Faculté, que l'on a transporté malheureusement dans nos concours des hôpitaux et que toutes les réglementations, même les meilleures, seront impuissantes à changer.

Veuillez agréer, monsieur le directeur, l'expression de mes meilleurs sentiments.

G. VARIOT,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

RÉFLEXIONS SUR LE CORSET

Par le docteur FROUSSARD, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Plombières-les-Bains.

De tout temps, médecins et hygiénistes ont critiqué le corset, et c'est probablement à l'influence de thèses récentes, de communications diverses devant les sociétés savantes, que sont dus les changements survenus dans la forme du corset.

Si, toutefois, le corset *droit Louis XV* a de grands avantages, sur l'ancien dit à *taille de guêpe*, il n'est pas, dans tous les cas, parfait et exempt de danger. Les corsets spéciaux, hypogastriques, les ceintures abdominales qu'on lui oppose, peuvent sans doute rendre de réels services dans certaines conditions pathologiques, bien que leur rôle ne soit qu'imparfaitement rempli.

On reproche, avec raison, au corset *taille de guêpe*, d'immobiliser le thorax sur une étendue variable, de déformer le squelette (cage thoracique) et, consécutivement, de modifier la forme et la position des viscères sous-jacents. La déformation de la cage thoracique tient à ce que le corset crée, de toutes pièces, un *sillon circulaire et horizontal* à l'union du thorax et de l'abdomen. Suivant l'observation d'Hayem, la constriction qui en résulte (ne répondant, du reste, à aucune disposition anatomique) s'exerce (selon le type du thorax considéré d'une part, la mode en vogue d'autre part) soit au-dessus, soit au niveau, soit au-dessous du foie. De là, trois variétés de déformations s'accompagnant chacune de troubles variables, résumés ainsi par Lion (1) :

1° *Variété sus-hépatique* : Ptose et refoulement des organes.

2° *Variété hépatique* : Constriction des organes qui sont comme passés à la filière, allongés, déformés, sans être nécessairement ptosés.

3° *Variété sous-hépatique* : Refoulement pectoral ; gêne thoracique prédominante.

Le corset « Louis XV » semble, à première vue, plus physiologique et partant inoffensif. Le rétrécissement qu'il présente au niveau de la taille n'est plus circulaire : il n'existe qu'en arrière et sur les côtés, pour cesser complètement en avant ; il n'est pas non plus horizontal, mais se dirige d'arrière en avant et de haut en bas. Ainsi comprise, cette constriction répond à la disposition normale du tronc. La ligne qui joint l'aisselle au grand trochanter n'est pas, en effet, droite, mais présente deux convexités séparées, au niveau des flancs, par une concavité. Des convexités, l'une, supérieure, répond à la partie moyenne de la cage thoracique; l'autre, inférieure, à la saillie, très prononcée chez la femme, des crêtes iliaques. La concavité qui les relie correspond au défaut du squelette entre les dernières côtes et le bassin. C'est un large sillon, dirigé de haut en bas et d'arrière en avant, se continuant du côté du dos, avec la concavité de la colonne lombaire. Dans cette dernière région la dépression est en outre accentuée, en bas par l'angle que forme le sacrum avec la dernière vertèbre lombaire, et en haut par la convexité de la colonne dorsale. En avant, au contraire, l'épigastre, improprement appelé *creux épigastrique*, est plan ou légèrement bombé ; il en est de même de la région ombilicale. On n'y trouve une dépression que chez les sujets particulièrement maigres, ou présentant cette déformation spéciale connue sous le nom de *ventre tombant*, de *ventre en tablier*.

Malheureusement le corset ne reproduit pas toujours le *moule* exact de la femme qui le porte. Les différentes courbures ont une étendue et des rayons conventionnels, fixés d'avance, et proportionnés à la hauteur du buste; sans qu'on tienne compte du type du thorax, que l'on doit recouvrir. De là, des points de compression inévitables et dangereux, et consécutivement des déformations du squelette et des parties molles.

En outre, le corset ne descend, très souvent, qu'au niveau de l'ombilic. Or, quelles que soient l'élasticité et l'extensibilité du tissu employé, il entravera toujours, dans une certaine mesure, la mobilité normale de la base du thorax, des flancs, de la région épigastrique. Les contractions du diaphragme, les mouvements d'efforts, la réplétion de l'estomac par les aliments, ne pourront s'effectuer qu'en déplaçant la masse intestinale sous-jacente, en la « poussant » vers les parties sous-ombilicales, qui seules conservent leur mobilité physiologique. La sangle musculo-aponévrotique de cette région aura donc à contre-balancer une « poussée » répartie normalement sur la *totalité* de l'abdomen. Si au début elle suffit à sa tâche, elle se laissera, à la longue, distendre, et cela d'autant plus facilement qu'il y aura eu des grossesses antérieures. Les muscles abdominaux condamnés ainsi dans la région sus-ombilicale, à un repos complet, et dans la région sous-ombilicale à un travail forcé, deviendront flasques, atones, incapables de contractions utiles.

(1) LION. Maladie du corset, *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. IV.

Une diminution de la tension abdominale s'ensuivra avec toutes ses conséquences du côté de la circulation porte, du soutien des viscères, des mouvements propres à l'intestin et du cheminement normal des gaz et des matières fécales.

Les corsets hypogastriques, ceux qui ne soutiennent et ne compriment que la partie sous-ombilicale, amènent des troubles de même nature, mais dans la région sus-ombilicale. Celle-ci se laissera distendre tandis que la base du thorax s'élargira : l'hypotension intra-abdominale n'en sera pas moins assurée.

Ces différentes considérations montrent qu'il est dangereux de comprimer une région quelconque de l'abdomen sans en maintenir les autres parties. Faut-il en conclure que le corset est toujours nuisible et que par conséquent il doit disparaître? En outre des difficultés que l'on aurait à surmonter pour obtenir ce résultat, il nous semble que le corset peut rendre des services dans certains cas pathologiques : entéroptose, néphroptose, gastroptose, faiblesse de la paroi abdominale, éventration; dans les autres cas, son port nous paraît inoffensif s'il est bien *compris*, *exactement approprié* aux formes de la femme qui en est revêtue.

Nous étudierons ce qu'un corset devrait être, d'après nous, chez la fillette, chez la femme normale, pendant la grossesse et dans les cas d'entéroptose ou d'éventration.

Chez la fillette. — C'est entre 12 et 15 ans qu'une mère soucieuse songe à *faire la taille de sa fille*. C'est l'âge où les déformations sont les plus faciles à réaliser, car on se trouve en présence d'un organisme en voie de développement. Il faudra donc laisser la taille se former librement et sans contrainte; et à moins de déformations spéciales du squelette, ne tolérer qu'un corset en tissu extensible et souple appliqué exactement au corps sans le comprimer, respectant scrupuleusement les modifications que subit successivement le buste avant de présenter sa forme définitive. Il sera bon aussi que le corset ne puisse se serrer à volonté pour enlever à la fillette toute tentation de se comprimer outre mesure la taille dans l'espoir de se montrer « plus femme ».

Chez la femme normale. — Le corset doit être très grand, recouvrant au moins une partie du sternum, descendant jusqu'au pubis, ne laissant libre aucune partie de l'abdomen, se moulant exactement sans les exagérer sur les contours du tronc, large et extensible au niveau de l'épigastre en avant, des fausses côtes sur les côtés, de façon à ne pas gêner les mouvements du thorax.

Pendant la grossesse. — Pendant cette période la sangle abdominale va subir une dilatation énorme en même temps qu'elle aura à soutenir un surcroît de poids. Il est prudent de l'aider dans cette tâche en la soutenant par un de ces corsets pour lesquels les accoucheurs ont donné des indications précises.

Dans les cas d'entéroptose, d'éventration. — Dans ces cas, nous ne devons pas seulement nous proposer de soutenir les organes ptosés, mais aussi de *remplacer la paroi abdominale insuffisante*. Le corset devra donc recouvrir toute la partie non osseuse de l'abdomen. Il ne fera que *maintenir* les parties supérieures tandis qu'il *comprimera* lés régions hypogastriques.

Pour les personnes à « ventre plat », il sera nécessaire de rembourrer intérieurement le bas du corset. Une pelote judicieusement placée pourra, le cas échéant, soutenir le pôle inférieur du rein. Bien entendu, il faudra enseigner à la malade la façon de « mettre son corset ». Il faut qu'elle soit dans le décubitus dorsal, que le diaphragme soit immobilisé dans l'expiration, que les organes ptosés soient réduits par des frictions profondes faites sur le ventre de bas en haut. En outre, on commencera à accrocher et à serrer le corset de bas en haut au lieu de le faire de haut en bas comme cela se pratique habituellement.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(13 juin 1902)

Séance fort chargée dont nous ne pourrons pas donner que des extraits, car bien des communications lues au milieu de l'agitation d'une séance nombreuse, ne sont pas parvenues jusqu'à nous. Les deux communications, intéressantes, sans doute, de M. Belin, seront donc remises à la semaine prochaine.

Continuant leurs études sur les **lésions du foie**, MM. Gilbert et Lereboullet nous apportent aujourd'hui l'histoire de l'hépatite graisseuse latente des alcooliques. Les sujets qui sont atteints de cette altération sont de vieux alcooliques qui semblent d'abord être en parfaite santé. Survienne une affection aiguë, pneumonie ou érysipèle, ou traumatisme accidentel ou chirurgical, ils sont pris alors d'accidents graves et souvent mortels dus à l'altération hépatique antérieure. Si l'on fait systématiquement l'examen d'alcooliques en état de santé apparente, on retrouve facilement chez eux, ou chez certains d'entre eux, des signes permettant de prouver l'existence de cette hépatite graisseuse latente. Leur foie est hypertrophié et son insuffisance se traduit par l'hypo-azoturie et la glycosurie digestive; cette insuffisance reste latente jusqu'au jour où l'infection intercurrente amène avec elle des accidents aigus et souvent mortels.

Cette hépatite graisseuse latente des alcooliques est très importante à connaître, car si les malades ne meurent pas de leur maladie de foie, ils finissent par mourir à cause d'elle.

MM. Launois et Roy présentent un malade âgé de cinquante et un ans, à la fois hystérique et tuberculeux, qui, sur le corps, porte, disséminées, de nombreuses **exostoses** que les épreuves radiographiques montrent très nettement. Ces exostoses sont de pathogénie difficile à expliquer, car elles s'accompagnent d'amputations spontanées de l'index et du médius de la main gauche, produites il y a six mois et représentant assez exactement le type anciennement décrit de la maladie de Morvan.

La constatation d'une thermo-anesthésie totale et complète dans toute la moitié gauche du corps vient renforcer l'hypothèse de syringomyélie. Les auteurs croient cependant que l'hémianesthésie doit être mise sur le compte de l'hystérie dont le malade présente d'indéniables stigmates. Reste à expliquer les exostoses. Or, différents auteurs ont noté la présence d'antécédents tuberculeux héréditaires et personnels chez les sujets porteurs d'exostoses multiples. Le malade a perdu sa mère et un frère morts de tuberculose; lui-même présente une infiltration bacillaire de tout le poumon gauche et peut-être, l'hypothèse est admissible, la tuberculose n'a-t-elle pas été sans influence sur la tendance suppurative de plusieurs de ces exostoses, si différentes de l'évolution habituelle des exostoses ostéogéniques.

M. H. Dufour étudie les **relations qui existent entre les troubles pupillaires dans la syphilis, le tabes et la paralysie générale**. Il a examiné à ce point de vue 1100 malades, adultes ou vieillards, atteints d'affections variées. Sur ce chiffre, 80 hommes et 19 femmes avaient eu la vérole. L'inégalité pupillaire observée à l'état isolé est souvent indépendante de la syphilis ou des maladies nerveuses; elle n'a donc qu'une valeur médiocre. L'irrégularité pupillaire a presque toujours une importance très grande et permet de retrouver, dans le passé des malades, une infection syphilitique ou de déceler l'évolution des maladies dites parasyphilitiques. Le signe d'Argyll a toujours été rencontré chez des syphilitiques, des paralytiques généraux ou des tabétiques. Sur un ensemble de 80 syphilitiques hommes, il y en a un quart environ dont le système nerveux ou pupillaire est adultéré par la syphilis. Ces recherches confirment celles de Babinski, Joffroy, Schramek.

MM. Méry et Raoul Labbé présentent un jeune enfant atteint d'**achondroplasie typique**, et traité par l'injection d'extrait de corps thyroïde à la dose de 0g15 à 0g30 centigrammes par jour.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(11 juin 1902)

M. Guinard revient sur l'observation **d'exstrophie acquise de la vessie**, communiquée par M. Picqué dans la dernière séance. Il fait tout d'abord observer que ce cas ne présente aucun rapport avec ceux de M. Pousson qu'a rappelés M. Picqué. M. Guinard avait opéré cette malade d'un vaste épithélioma qui avait nécessité la résection de tout l'urètre et du col de la vessie. Il faut ajouter que cette malade, qui était un peu folle, avait laissé son épithélioma atteindre une étendue qu'on ne rencontre pour ainsi dire jamais. La tentative opératoire pratiquée par M. Picqué pour fixer la vessie est intéressante, mais malheureusement l'incontinence n'en persiste pas moins. Après une opération comme celle qu'a pratiquée M. Guinard sur cette malade, le retournement de la vessie est presque fatal.

Ce n'est pas l'avis de M. Bazy, qui a vu des cas semblables sans retournement de la vessie.

On se rappelle l'intéressante observation de M. Lejars, relative à un cas d'**intoxication hydatique** chez un malade qui avait été opéré par la suture et la réduction sans drainage. Déjà, dans la dernière séance, cette communication avait donné lieu à un commencement de discussion. M. Delbet y revient aujourd'hui pour communiquer un cas superposable, appuyer les conclusions de MM. Lejars et Ricard en faveur d'une intoxication hydatique et combattre celles de MM. Quénu et Potherat en faveur d'une hémorragie comme cause des accidents observés.

Dans le cas de M. Delbet, il s'agissait d'une vieille bronchitique atteinte d'un kyste hydatique volumineux de la partie antéro-supérieure du foie, que M. Delbet opéra par le capitonnage avec suture et réduction. Dans la journée même de l'opération, cette malade tomba brusquement dans une sorte de coma, dans un état des plus graves, avec un pouls misérable, pourtant sans trop de fréquence ni sans élévation de la température. La malade est si bas qu'on appelle le chirurgien de garde, M. Villemin, qui diagnostique une hémorragie, porte un pronostic fatal et s'abstient de toute intervention.

M. Delbet arrive le lendemain matin, trouve la malade à peu près dans le même état et, après l'avoir examinée, ne trouve aucun signe d'hémorragie, diagnostique une intoxication hydatique et porte un pronostic favorable. En effet, le lendemain, tous les accidents avaient disparu. Le diagnostic a pu être confirmé de la façon suivante : dans une violente quinte de toux, cette femme fit sauter toutes ses sutures et, par la plaie béante qui en résulta, on put s'assurer qu'il n'y avait pas trace d'hémorragie dans le ventre. Il s'agissait donc bien d'une intoxication hydatique, comme dans le cas de M. Lejars.

M. Tuffier a observé deux cas d'intoxication hydatique grave, l'un à la suite d'une opération de kyste hydatique par suture et réduction sans drainage, l'autre à la suite d'un traitement par marsupialisation.

C'est encore de kystes hydatiques qu'il s'agit ici.

M. Terrier a communiqué une observation intéressante de **kyste hydatique du rein**, qui peut ainsi se résumer. Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, syphilitique, qui portait une tumeur arrondie, régulière, formant une voussure très nette qui occupait tout l'hypocondre droit. Il n'y avait aucun signe du côté des voies urinaires; M. Terrier porte le diagnostic de kyste hydatique du foie. Il fait la laparotomie latérale et tombe sur un kyste recouvert par le feuillet péritonéal postérieur; M. Terrier fait une ponction, tire 810 grammes de liquide clair comme de l'eau de roche, entreprend la décortication de la poche, parvient à la dégager et cherche à l'attirer en dehors. Elle entraînait à sa partie supérieure, non le foie, mais le rein, dont il incisa la capsule propre. En examinant la tumeur, M. Terrier vit qu'elle pouvait être extraite tout en conservant la plus grande partie du rein. Il appliqua trois points de suture profonde et trois points de suture superficielle sur la plaie du rein et le réduisit. Il fit ensuite la suture de la paroi avec drainage. Les suites opératoires furent simples.

La séparation des urines, pratiquée par M. Luys, indiqua que le rein malade fournissait moitié moins d'urine que l'autre rein.

M. Terrier fait observer que ces kystes hydatiques du rein ne sont pas très fréquents. Quant au procédé opératoire qu'il a employé dans ce cas, on ne trouve qu'un bien petit nombre de chirurgiens qui y aient eu recours. Il y a un cas analogue publié par M. Legueu.

M. Bazy a dû faire la résection du rein dans un cas de kyste hydatique à la fois du foie et du rein.

M. Ricard a observé une malade dont l'observation peut être rapprochée de celle de M. Terrier. Cette femme portait une grosse tumeur dans le flanc droit. Il était bien difficile de localiser exactement cette tumeur dans le foie ou dans le rein. Sous l'influence du chloroforme apparut un sillon qui ne pouvait plus laisser aucun doute : il s'agissait bien d'un kyste hydatique du rein. M. Ricard fit l'incision médiane, releva et isola l'épiploon et, en arrivant sur la tumeur, reconnut le parenchyme rénal; il agrandit son champ opératoire par une incision transversale, releva le rein et arriva sur la poche, qu'il ponctionna. Il agrandit l'ouverture, évacua la poche, put avoir la membrane hydatide, puis assécha la cavité, nettoya la plaie et rentra tout dans le ventre, sans suture et sans capitonnage. Dans ce cas, M. Ricard a abandonné à elle-même l'enveloppe fibreuse du kyste, la réduisit dans le ventre, qu'il ferma par des sutures. La malade a guéri sans incident.

M. Legueu a eu recours à la méthode de Delbet chez un malade atteint d'un kyste du rein ouvert par la voie lombaire. Il s'est demandé ce qu'adviendrait cette poche en communication avec l'uretère et le rein? Eh bien, ce malade n'a présenté aucun accident et a fort bien guéri. La méthode de Delbet est donc également applicable au traitement des kystes du rein.

M. Potherat rappelle un moyen de distinguer les kystes hydatiques du foie, de ceux du rein: quand il s'agit du foie, on trouve généralement des sels biliaires dans les urines.

M. Routier a pu constater que ce moyen n'était pas toujours fidèle.

M. Terrier fait observer que la conduite à tenir peut varier beaucoup selon qu'il s'agit d'un grand ou d'un petit kyste. Il est assez rationnel de faire pour les grands kystes du rein ce qu'on fait pour les grands kystes du foie. Mais si on laisse la poche, il faut avant tout s'appliquer à obtenir l'impossibilité de l'ensemencement. C'est là le point capital; il faut avoir une surface stérile non seulement au point de vue des microbes, mais aussi au point de vue des hydatides.

Quant à la présence des sels biliaires dans les urines en cas de tumeurs du foie, on sait aujourd'hui que ces sels biliaires se trouvent dans le sang avant de se trouver dans les urines.

Au début de la séance, M. Rochard a fait un rapport sur une observation de M. de Rouville (de Montpellier) relative à un cas d'**étranglement interne par bride** : Un homme de soixante-neuf ans est pris d'accidents d'étranglement herniaire inguinal. On fait le taxis et on obtient la réduction; malgré cela, les accidents continuent; le troisième jour apparaissent des vomissements fécaloïdes et le malade tombe rapidement dans un état lamentable. M. de Rouville fait la kélotomie, ouvre le sac, sectionne l'arcade de Fallope et trouve une bride enserrant l'intestin comme la bague au doigt. Il détruit cette bride, malheureusement le malade était dans une faiblesse extrême et succomba à la fin de l'opération, malgré même le massage du cœur. M. Rochard insiste sur ce fait qu'il n'y avait pas eu de réduction en masse, qu'il ne s'agissait pas d'un étranglement par le collet, l'intestin étant enserré dans une seule seule bride.

M. Bazy analyse deux observations de **fièvre typhoïde avec perforation intestinale, suture et guérison**, récemment présentées par M. Chevalier. Ces observations montrent une fois de plus toute l'importance de la précocité de l'intervention dans ces cas : dans la première observation, il s'agit d'un jeune homme de vingt-neuf ans qui entre, au neuvième jour d'une fièvre typhoïde, dans le service de M. Chantemesse. On fait une injection de sérum Chantemesse. Trois semaines après, le malade est pris d'une douleur brusque dans le ventre, avec défense musculaire; on fait le diagnostic de perforation intestinale et huit heures après l'apparition de la douleur, on intervient; on trouve une perforation à 15 centimètres du cæcum, on fait deux points de suture, on draine largement et la partie supérieure de la plaie seule est fermée. On fait des injections de sérum artificiel; pendant huit jours, le pouls reste à 140, puis il redevient normal et le malade guérit. Dans un second cas, il y avait un abcès et une perforation à 15 centimètres de la valvule iléo-cæcale. Dans ce cas, la température tomba après l'opération et la guérison se fit promptement.

M. Bazy estime qu'il importe avant tout de faire un diagnostic précoce et, aussitôt le diagnostic de perforation établi, d'intervenir immédiatement et de suturer la perforation.

Parmi les présentations, signalons une pièce curieuse présentée par M. Ricard. Il s'agit d'un **fibrome pédiculé** qui était adhérent à l'intestin, adhérent à la paroi abdominale, accompagné de trompes et d'ovaires énormes, qui en se développant et en se tordant avait entraîné, dans sa torsion, l'utérus qui se trouvait complètement sectionné, entre le corps et le col; c'était donc une amputation spontanée de l'utérus.

M. Legueu montre 80 **calculs vésicaux et une prostate** enlevés par la voie périnéale.

M. Guinard montre un **appendice** enlevé au cours d'une laparotomie pour annexite. Il s'agissait, dans ce cas, d'une appendicite chronique datant de plus de dix ans et qui a été primitive, l'annexite ayant été secondaire.

M. Michaux présente un cas de **luxation totale du métatarse en dehors.**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 23 AU 28 JUIN 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 23 JUIN, à une heure. — 1er (oral), *Salle Richet* : MM. Sébileau, Cunéo et Rieffel.

2e (nouveau régime), *Salle Corvisart* : MM. Ch. Richet, Retterer et Broca (André); — M. Gley, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Walther; — (2e série) : MM. Lannelongue, Reclus et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Hayem, Teissier et Legry; — M. Gosset, suppléant.

MARDI 24 JUIN, à une heure. — 3e (2e partie, ancien régime), *Salle Richet* : MM. Rémy, Langlois et Broca (André).

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Gilbert, Vaquez et Gouget; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Renon et Thiroloix; — M. Jeanselme, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Thiéry et Faure; — (2e série) : MM. Berger, de Lapersonne et Marion; — (2e partie) : MM. Geoffroy, Hutinel et Méry; — M. Ménétrier, suppléant.

MERCREDI 25 JUIN, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Salle Broussais* : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

4e (ancien régime), *Salle Richet* : MM. Hayem, Pouchet et Wurtz; — M. Sébileau, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Delens, Reclus et Legueu; — (2e partie) : MM. Joffroy, Déjerine et Widal.

3e (officiat définitif) : MM. Lejars, Potocki et Bezançon; — M. Broca (Aug.), suppléant.

JEUDI 26 JUIN, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Salle Corvisart* : MM. Gariel, Langlois et Broca (André).

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Béclard* : MM. Le Dentu, Thiéry et Bonnaire; — M. Rieffel, suppléant.

VENDREDI 27 JUIN, à une heure. — 4e (ancien régime), *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Wurtz et Thoinot; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Lannelongue, Mauclaire et Legueu; — (2e série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Gosset; — (2e partie) : MM. Hayem, Gaucher et Widal; — M. Teissier, suppléant.

5e (obstérique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Desgrez, suppléant.

SAMEDI 28 JUIN, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Méry et Guiart.

1er (oral, nouveau régime), *Salle Broussais*: MM. Schwartz, Poirier et Retterer.

3e (oral, 2e partie, ancien régime), *Salle Richet* : MM. Hutinel, Thiroloix et Renon ; — M. Gouget, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Beaujon* : MM. de Lapersonne, Faure et Marion; — (2e partie) : MM. Joffroy, Achard et Widal ; — M. Thiéry, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Potocki ; — M. Richaud, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Sont nommes médecins des hôpitaux : MM. les docteurs Appert, Auclair, Léon Berger, Marcel Labbé, Fournier, Marie.

Faculté de médecine de Paris. — Le professeus Tillaux a été désigné par le conseil de la Faculté de médecine pour occuper la chaire d'anatomie, en remplacement de M. Farabeuf qui prend sa retraite.

Faculté de médecine. — *Bordeaux.* — M. Bergonié est nommé professeur de physique biologique et électricité médicale.

Guerre. — Par décret en date du 7 juin 1902, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Portier, Bert, Trabarel, Dupuy.

Dons et Legs. — *Lille.* — Par testament, M. le docteur Ferru, qui vient de mourir à Saint-Omer, a légué, sur une fortune totale de 400000 francs, la somme de 10000 francs à chacune des commissions des hospices de Lille et de Saint-Omer.

Montpellier. — Le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier est autorisé à accepter le legs de 20000 francs fait par Mme Swiecicki pour fondation de prix annuels.

Victimes des accidents du travail et honoraires des médecins et chirurgiens des hôpitaux. — En vue de l'établissement d'un Rapport synthétique sur la question des honoraires des médecins et chirurgiens des hôpitaux pour soins ou opérations aux victimes des accidents du travail hospitalisés dans les établissements publics, nous prions nos confrères qui auraient des documents sur cette question (décisions administratives, arrêts de justice de paix), de bien vouloir les adresser à M. le docteur H. Reynès, chirurgien des hôpitaux de Marseille, 43, boulevard du Muy.

En octobre prochain, à l'occasion du XVe congrès de chirurgie, cette question sera reprise à Paris dans une réunion spéciale convoquée par M. le docteur Bousquet (de Clermont-Ferrand).

La peste dans le port de Dunkerque. — Le vapeur *City-of-Perth*, venant de l'Inde, et qui est à l'ancre sur rade, a eu quatre cas de peste dont deux mortels, chez des matelots indiens.

M. le docteur Deckmyn a vacciné l'équipage, environ soixante-dix hommes, presque tous indiens.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Derlon (de Paris).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Voyages circulaires à itinéraires facultatifs et à coupons combinables sur le réseau P.-L.-M.* — Il est délivré toute l'année, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., des carnets individuels ou de famille pour effectuer sur ce réseau, en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraire tracé par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les billets de famille, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de 30 jours jusqu'à 1500 kilomètres; 45 jours de 1501 à 3000 kilomètres; 60 jours pour plus de 3000 kilomètres.— Faculté de prolongation, à deux reprises, de 15, 23 ou 30 jours, suivant le cas, moyennant le paiement d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix total du carnet, pour chaque prolongation. — Arrêts facultatifs à toutes les gares situées sur l'itinéraire.

Pour se procurer un carnet individuel ou de famille, il suffit de tracer sur la carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., bureaux de ville et agences de la Compagnie, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ, à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 francs. Le délai de demande est réduit à 2 jours (dimanches et fêtes non compris) pour certaines grandes gares.

N. B. — Les carnets délivrés aux conditions de ce tarif sont constitués par une série de coupons reproduisant complètement l'itinéraire demandé par les voyageurs, chacun des coupons servant de billet pour le parcours correspondant. Cette mesure dispense les voyageurs de passer au guichet avant le départ et leur permet de sortir de la gare sans autre formalité que la remise à la sortie du coupon correspondant au parcours effectué.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence, par E. Kirmisson, professeur de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Trousseau, membre de la Société de chirurgie, 1 vol. gr. in-8°, avec 430 fig. dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, Masson et Cie.

Traité de médecine (2e édit.), publié sous la direction de MM. les professeurs Bouchard et Brissaud. T. VIII : *Maladies du cœur*, par M. André Petit, et *Maladies des vaisseaux sanguins*, par M. W. Œttinger. 1 vol. gr. in-8°. Prix : 14 francs. — Paris Masson et Cie.

Dominique Larrey et les campagnes de la Révolution et de l'Empire (1768-1842), étude historique aux xviiie et xixe siècles, d'après des documents inédits. Journal et agendas de campagne. Notes manuscrites. Correspondance officielle et privée; par le docteur Triaire, membre correspondant de l'Académie de médecine. In-8°, avec un portrait. — Prix : 7 fr. 50. — Tours, Alfred Mame et fils.

Grundriss zum Studium der Geburtshülfe, von Dr Ernst Bumm, ord. Professor und Direktor der Universitæts-Frauenklinik in Halle. A. S. — Prix : M. 14 (17 fr. 50). — Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann.

La conjonctivite granuleuse, par le docteur Hourmouziadès, aide de clinique à l'hospice national ophtalmologique des Quinze-Vingts, avec préface par le docteur A. Trousseau, médecin de la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. In-8°, 186 p., broché. — Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques et littéraires.

Guide thérapeutique des infirmeries régimentaires, par le docteur Henry Petit, médecin-major de première classe. 1 vol. in-12, cart. toile anglaise. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

Manuel pratique de bactériologie, parasitologie, urologie, anatomie pathologique, par MM. Petit et C. Borne. 1 vol, in-12 de 235 p., avec fig. dans le texte. — Prix : broché, 3 francs. — Paris, C. Naud.

Le végétarisme et le régime végétarien, par M. E. Contet. 1 vol. in-16. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les cures de Vichy, par le docteur Salignat, médecin consultant à Vichy. 1 vol. in-18 de 132 p., avec 20 fig. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 68. — JEUDI 19 JUIN 1902. 75e ANNÉE JEUDI 19 JUIN 1902. — N° 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Paris, le 18 juin 1902.

LA RÉFORME DU CONCOURS DES HOPITAUX

Mon cher directeur,

Puisque le concours de médecins des hôpitaux se trouve une fois de plus sur la sellette, voulez-vous me permettre de plaider dans votre journal la cause d'une réforme dont l'idée n'est pas neuve, assurément, mais qui me paraît, dans les circonstances actuelles, la plus nécessaire et la plus urgente?

Chacun reconnaît que le concours a besoin d'être réformé, mais les questions soulevées sont multiples, et multiples aussi les solutions proposées : suppression du vote secret, épreuve de titres, admissibilité définitive, etc., etc., on n'a vraiment que l'embarras du choix. A éparpiller ainsi la discussion sur une série de points divers, on risque fort de la rendre stérile ou à peu près. Evidemment la question est complexe, mais précisément parce qu'elle l'est, il faut s'attacher à en dégager tout de suite le point essentiel, celui qui prime tous les autres.

Déblayons donc le terrain, et allons droit au but. Quel est le gros reproche que l'on adresse au concours? On se plaint qu'en règle générale les juges tiennent plus grand compte, dans leurs votes, de leurs sympathies personnelles que de la valeur des épreuves. Ce grief est-il fondé? Chacun sait à quoi s'en tenir sur ce point. Au surplus, c'est déjà trop que l'équité des juges soit sous le coup d'une perpétuelle suspicion, quand encore leur partialité n'est pas dénoncée par leurs collègues eux-mêmes, comme cela s'est produit au dernier concours. Enfin le public médical n'est pas le seul à avoir son opinion faite : la presse politique vient à son tour d'être saisie de la question, et l'idée se répand de plus en plus dans le grand public que le concours des hôpitaux n'existe que de nom, ou, plutôt, qu'il a lieu entre les juges et non entre les candidats. Il n'est pas difficile d'imaginer dans quelle mesure en souffre le crédit du corps médical des hôpitaux — pour ne signaler que cette conséquence, car on peut en prévoir de plus sérieuses encore. Il est toujours dangereux de lasser l'opinion publique.

Il est donc grand temps de réagir. Puisque l'opinion générale accuse les juges de partialité, ils doivent tenir à honneur de lui offrir des garanties. Les médecins des hôpitaux l'ont si bien senti qu'ils ont demandé eux-mêmes une réforme destinée à assurer l'indépendance du vote en le rendant secret. Depuis trois ans que cette réforme est appliquée, on a pu en juger la valeur. Il suffit, pour la faire apprécier, de constater que le vote secret, par un rare privilège, réunit aujourd'hui contre lui l'unanimité — ou peu s'en faut — des juges et des candidats. Et en effet, de toute évidence, il n'empêche ni la partialité, ni l'entente préalable.

Faut-il donc revenir à l'ancien état de choses, reconnu mauvais il y a trois ans? Je n'imagine pas cependant que ces trois ans de disgrâce aient pu changer ses défauts en qualités.

Ce qu'il faut faire, c'est la contre-partie de ce qui a été fait il y a trois ans. Il n'est pas difficile de mettre le doigt sur l'erreur commise. On est parti d'un principe juste, l'anonymat, mais on s'est trompé en l'appliquant aux votes des juges, alors qu'il fallait l'appliquer aux épreuves des candidats. Ce qu'il faut, c'est l'épreuve écrite anonyme. Voilà la seule mesure dont on puisse certainement attendre de bons résultats, parce qu'elle a fait ses preuves dans d'autres concours qui n'ont jamais été l'objet d'aucune protestation, ni même de la moindre suspicion, et dont le prestige est certainement dû pour une part aux garanties absolues d'impartialité qu'ils offrent.

Voyons donc les objections que l'on a faites à l'anonymat de la première épreuve, dans le concours des hôpitaux.

On l'a d'abord qualifié de mesure de défiance, blessante pour le jury. Je ne sache pas que les anciens membres de l'Université, juges du concours général, ne soient point autant que quiconque soucieux de leur dignité : se sentent-ils atteints parce qu'on ne leur permet pas de connaître le nom des candidats qu'ils ont à juger? Et cependant, ces candidats ne sont même pas, comme au concours des hôpitaux, les propres élèves de leurs juges. J'ajouterai qu'une mesure proposée par les juges eux-mêmes ne saurait avoir aucun caractère blessant pour eux, et d'ailleurs, en demandant le vote secret il y a trois ans, n'ont-ils pas déjà souscrit à une mesure analogue? La réforme ne porterait donc nulle

atteinte à la dignité des juges, et, dans le même ordre d'idées, elle aurait l'avantage de ménager l'amour-propre de ceux dont les candidats se trouveraient éliminés.

Les autres objections sont d'ordre pratique. On a dit que la mauvaise écriture de certains candidats pouvait rendre leur copie difficile à lire pour tout autre qu'eux-mêmes. Il suffit d'accorder une heure de plus pour leur permettre d'écrire lisiblement. On a dit aussi que l'anonymat prive le candidat du bénéfice de mettre sa copie en valeur par la façon dont il la lit. Soit, mais vraiment c'est là un coefficient de bien faible importance, en comparaison de la façon dont le sujet est su et présenté, et du style dans lequel la copie est écrite. On a dit enfin que, « pour qui sait les intimes relations entre maîtres et élèves, les idées diverses sur une question reflétant les idées des autres, l'anonymat est impossible. » Vraiment je ne me doutais pas, je l'avoue, que chacun des cent médecins des hôpitaux eût sur les principales questions médicales une manière de voir tellement personnelle, ni que cette manière de voir fût totalement inconnue des candidats qui n'ont pas été ses élèves. Au surplus, quand un juge reconnaîtrait la copie de son élève, irait-il en informer ses collègues? Et que peut sa voix isolée? Car il est bien entendu que les copies seraient lues non pas par un seul juge, chez lui, mais devant tout le jury, soit à tour de rôle par chacun des juges, soit par un lecteur désigné à cet effet. Il va de soi également que l'épreuve écrite serait, comme par le passé, éliminatoire pour moitié des candidats, sans quoi il serait trop facile de l'annuler en fait en donnant la même note à tous.

On a dit encore que l'anonymat, n'étant possible que pour une épreuve sur cinq, n'apporterait au concours que des garanties très incomplètes. Mais elle lui apporterait la principale, en assurant entre des candidats tous méritants, sans doute, mais à des degrés divers, une première sélection qui ne permettrait plus le choix qu'entre les plus qualifiés. N'est-ce pas là le but essentiel du concours ?

Aucune des objections formulées contre l'anonymat de la première épreuve ne résiste donc à l'examen, et cette mesure est peut-être la seule qui puisse assurer au vote des garanties suffisantes d'impartialité. A mon avis, elle s'impose.

Voilà le point capital, celui qui domine et commande tous les autres. Après cela, qu'on modifie la composition des épreuves (puisqu'un prétexte élégant pour n'en pas tenir compte consiste à les qualifier de surannées ou d'insuffisantes), qu'on établisse, en particulier, une épreuve de titres ou une épreuve de laboratoire, si elles sont pratiquement réalisables : rien de mieux. Mais, pour pouvoir espérer faire œuvre utile en modifiant ainsi la composition des épreuves, ne faudrait-il pas d'abord être certain qu'on en tiendra compte ?

En un mot : il peut être utile de remanier un peu le concours, au point de vue de la nature des épreuves ; il est indispensable et urgent de lui assurer, en rendant la *première* épreuve anonyme et éliminatoire, les garanties essentielles dont il a besoin.

A. GOUGET,
Médecin des hôpitaux.

DOUBLE HÉMATOME MÉNINGÉ AVEC DÉLIRE MANIAQUE

BRONCHO-PNEUMOMIE ET MÉNINGITE SUPPURÉE CONSÉCUTIVE

Par MM. les docteurs J.-B. Buvat et J. Mallet,
Internes à l'asile Sainte-Anne.

Nous rapportons ici l'histoire clinique d'un cas fort rare observé dans le service de notre maître le docteur Vallon ; les pièces anatomiques ont fait l'objet d'une présentation à la Société anatomique.

M..., âgé de quarante et un ans, entre dans le service, en octobre 1901, en proie à un délire maniaque en pleine évolution ; l'alcoolisme est signalé par le médecin qui a dirigé le malade sur Sainte-Anne, mais l'évolution de la maladie ne permet pas de considérer M... comme atteint de délire alcoolique. Le certificat du docteur Vallon mentionne à l'entrée : excitation maniaque ; aucun signe somatique ne fait songer à la paralysie générale ; le malade n'a pas de température ; il n'a ni sucre ni albumine dans les urines, ni aucun trouble de la sensibilité. Les hallucinations de la vue sont constantes, diurnes et nocturnes, sans caractère terrifiant, et à travers l'incohérence du délire on perçoit quelques lambeaux de propos ambitieux. — Une autre particularité frappe dans l'état du malade, c'est la faiblesse musculaire ; contrairement aux maniaques vésaniques ordinaires, il est faible, garde le lit volontiers, bien qu'il ne présente aucun phénomène paralytique. Les réflexes rotuliens sont un peu forts des deux côtés, les deux mains serrent également mais faiblement ; malgré sa faiblesse le malade est extrêmement agité, incohérent, interpellant sans cesse les gens ou les choses que lui représentent ses hallucinations.

Le certificat de quinzaine porte : « Excitation maniaque, fablesse musculaire, alité. »

Les renseignements fournis par la famille ne trahissent aucun antécédent héréditaire ; le malade a eu la syphilis il y a quelques années, il s'est traité ; il a fait quelques excès alcooliques ; il est en effet placier en vins. Le délire maniaque dans toute sa violence était apparu brusquement huit jours avant l'entrée du malade à Sainte-Anne ; l'éclosion avait été précédée pendant quelques jours de maux de tête et d'épistaxis ; la céphalée avait été assez vive pour obliger M... à abandonner tout travail et l'avait mis dans un état de dépression telle qu'il avait manifesté l'intention de se suicider.

L'état maniaque persiste ainsi sans grand changement jusqu'au début de mai : le malade passe la plus grande partie de son temps au lit en proie à une somnolence, entrecoupée de propos incohérents liés manifestement à des hallucinations de la vue, parfois il se met brusquement sur son séant, profère quelques mots bizarres, fait une irruption non motivée hors de son lit, fait quelques pas, puis se recouche et marmotte à voie basse. Sa démarche est mal assurée, hésitante, et le plus souvent on doit le faire manger en raison de sa maladresse. L'œil gauche présente un léger degré de strabisme interne, les pupilles sont en myosis, égales, réagissant avec paresse à la lumière. L'état de la mémoire et des diverses facultés est impossible à déterminer à cause de l'excitation, de l'incohérence et des troubles hallucinatoires.

Gâtisme intermittent qu'on évite en conduisant le malade régulièrement à la chaise percée.

Les diverses fonctions organiques, cardiaque, pulmonaire, gastro-intestinale, s'accomplissent normalement.

Il reste dans cet état sans grande modification jusqu'au début de mai ; de temps en temps apparaît un certain degré d'excitation, les hallucinations deviennent plus fréquentes, il crie, gesticule et ne dort presque plus ; cela dure quelques jours, puis il recouvre un peu de tranquillité, à travers

laquelle cependant persistent toujours et les hallucinations de la vue et le délire maniaque.

Brusquement le 8 mai dernier l'état du malade se transforme et s'aggrave : à l'excitation intellectuelle du maniaque succède un délire confus s'accompagnant de carphologie et rappelant de tous points le délire fébrile. La température est à 38°5, les lèvres sont desséchées, la langue sale et sèche, le facies prend une teinte plombée, le malade gâte continuellement, le ventre est rétracté; pas de vomissement. Le pouls est lent et faible et à l'auscultation on entend des bruits sourds et mal frappés; pas de souffle.

Au poumon on trouve de la submatité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, l'auscultation permet d'entendre un souffle et des râles de toute nature, le malade a de la dyspnée mais ne tousse pas. Aucun phénomène paralytique du côté des membres qui, soulevés, ne retombent pas lourdement, les réflexes rotuliens sont forts, le strabisme interne de l'œil gauche persiste mais ne s'accompagne pas de troubles nets de la pupille ni de paralysie faciale, il déglutit avec difficulté.

Même état le 9, le malade s'affaiblit beaucoup, il est impossible d'en tirer quoi que ce soit, il ne réagit pas aux appels, la température est à 39; gâtisme complet.

Le 10 la faiblesse augmente, la respiration stertoreuse apparaît, le malade meurt le 12 mai.

Autopsie. — Nous trouvons un foyer broncho-pneumonique suppuré à la base droite, un cube pulmonaire enlevé à la base plonge au fond de l'eau.

Le cœur est mou, jaunâtre, feuille morte, l'aorte et les valvules cardiaques présentent des plaques athéromateuses, pas d'endocardite récente, le myocarde se déchire facilement.

Le foie présente une capsule épaissie par place et très adhérente, la surface du foie est marbrée de plaques jaunâtres. A la coupe il paraît plus résistant et a un aspect jaunâtre. Poids et volume normaux.

La rate est petite.

Les reins paraissent normaux.

A l'ouverture du crâne la dure-mère présente un aspect noirâtre, elle se détache difficilement de l'hématome sous-jacent; les sinus sont gorgés de sang; à la face convexe du cerveau sur les deux hémisphères, de chaque côté de la faux, on trouve deux hématomes allongés d'avant en arrière. A droite l'hématome a une longueur d'environ 0,20 et s'étend depuis la pointe du lobe frontal jusque vers le milieu du lobe occipital; en largeur il s'étend de la faux jusqu'à la scissure de Sylvius; l'épaisseur de l'hématome semble être de 2 ou 3 centimètres et on a l'impression d'une poche contenant du liquide.

A gauche, l'hématome semble être formé de deux foyers hémorragiques distincts situés l'un au niveau du lobe frontal, l'autre occupant toute la région pariétale.

Les méninges sont très épaissies et les hématomes se séparent très facilement de la surface du cerveau; leurs faces internes ne présentent aucune adhérence avec les parties sous-jacentes qu'ils recouvrent à la façon d'une calotte; leurs faces externes au contraire étaient adhérentes au feuillet dure-mérien par des tractus qui ont été rompus en détachant la dure-mère.

A la face interne des hématomes on voit un dépôt pseudo-membraneux diphtéroïde sur lequel sont imprimés les vaisseaux de la face externe du cerveau, la couleur de ce dépôt est jaune verdâtre, crémeux; une parcelle de ce dépôt d'apparence purulente étalé sur une lamelle et coloré au bleu montre des globules de pus en grande abondance. Les circonvolutions ont été aplaties au niveau des hématomes.

La pie-mère et le feuillet arachnoïdien sont épaissis, cependant ils nous ont paru se détacher facilement de la substance cérébrale sous-jacente; dans les points où nous avons fait cet essai la substance cérébrale elle-même est très congestionnée.

Rien d'anormal à la face inférieure des hémisphères; les méninges sont très congestionnées.

Nous mettrons en relief dans cette observation plusieurs particularités.

Cliniquement ce délire maniaque d'allure un peu anormale se distinguait du délire maniaque vésanique par la prédominance des hallucinations de la vue : celles-ci étaient tellement marquées qu'on avait soupçonné un instant l'hystérie. La faiblesse musculaire constante dans toute la durée de la maladie faisait supposer derrière ce délire maniaque d'apparence vésanique une lésion anatomique; le maniaque vésanique n'est en effet jamais pendant la longue durée de sa maladie un asthénique, un faible, il marche s'agite, gesticule sans cesse, et c'est au prix de grandes difficultés qu'on parvient à le maintenir au lit, sa force musculaire est intacte. Chez notre malade au contraire les réactions motrices étaient à ce point atténuées qu'il restait dans son lit spontanément pendant toute la durée de l'affection, alors qu'en même temps il présentait l'état mental du maniaque le plus excité.

Le strabisme interne de l'œil gauche permettait encore dans notre cas de supposer une lésion organique.

Au point de vue anatomo-pathologique nous insistons particulièrement sur la forme et l'étendue des hématomes méningés; ces deux hématomes, symétriquement placés de chaque côté de la faux, se trouvent contenus dans une sorte de poche formée de fausses membranes qu'on isolait avec quelques difficultés de la dure-mère, tandis que par sa face interne elle glissait sur le feuillet cérébral de l'arachnoïde et en était absolument indépendante; sans les quelques adhérences des hématomes à la dure-mère, on aurait pu croire que la masse sanguine s'était épanchée dans la cavité arachnoïdienne elle-même; cette disposition anatomique ne fait que confirmer ce que l'on connaît déjà, sur la situation des hématomes méningés.

La rareté de notre observation réside surtout dans ce fait qu'une méningite suppurée est venue se surajouter aux hématomes.

La marche des lésions concorde, semble-t-il, avec la succession des phénomènes cliniques : début brusque du délire à la suite de maux de tête et d'épistaxis fonctionnels d'une congestion cérébrale qui a précédé le raptus hémorragique; hallucinations de la vue, excitation intellectuelle et faiblesse musculaire par compression de l'écorce au niveau de la convexité; enfin les symptômes mentaux sous la dépendance de l'hématome cessent brusquement quelques jours avant la mort pour faire place à un délire fébrile dépendant de l'infection méningée consécutive à la broncho-pneumonie.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(17 juin 1902)

M. Laborde fait, à propos de la **surdité et de l'éducation des sourds-muets**, une présentation très intéressante d'un certain nombre de sujets de tous âges, depuis l'âge de quatre ans jusqu'à celui de quatorze ans, chez lesquels il est permis de constater, à tous les degrés, les résultats favorables d'une méthode d'éducation basée selon les données physiologiques, par l'emploi systématisé des exercices auriculaires, avec

les appareils inventés par M. Dussaud et s'adressant directement à la *fonction auditive*, dont il s'agit avant tout de provoquer le développement, comme instrument indispensable de l'apprentissage et du développement de la parole.

M. Laborde insiste sur ce fait que, plus on se rapprochera, pour l'éducation fonctionnelle *auditive* et *parlée* du sourd-muet, de l'âge de l'enfant (de trois à quatre ans) où se forment et se développent les organes qui président à ce double fonctionnement et où commence dans l'état normal l'apprentissage de la parole, et plus on aura de chance de réussir dans cette application d'une méthode véritablement rationnelle parce qu'elle est foncièrement physiologique.

Les appareils portatifs Dussaud montrent, dans les expériences répétées devant l'Académie, l'audition instantanée chez les plus sourds, par leur puissance de renforcement des sons.

M. Nocard a fait une très intéressante communication sur la **piroplasmose canine**. Il s'agit d'une maladie à hématozoaires, mais les parasites, au lieu d'être libres dans le plasma, comme le sont les trypanosomes, pénètrent dans les globules rouges, s'y multiplient, et les détruisent avec une rapidité extraordinaire.

La maladie ne se transmet que par inoculation du piroplasma, par la morsure d'exodes (tique). Les larves, répandues sur le sol par une femelle gorgée de sang pris sur un animal malade, se fixent sur des animaux neufs et les contagionnent.

Cette maladie se rencontre chez les bovidés, les moutons, les chèvres, les chevaux, les chiens. Chaque espèce animale a son piroplasma. Ces piroplasmoses sont spécifiques au point qu'aucune d'elles n'est transmissible à des animaux d'une espèce autre que celle d'où elle procède.

M. Nocard a étudié, avec M. Motas (de Bucarest), la piroplasmose du chien. Ils ont constaté que, comme l'a établi Metchnikoff, l'organisme se défend contre les infections à hématozoaires par les mêmes procédés qu'il oppose aux affections microbiennes; la grosse différence c'est que, dans un cas, la phagocytose s'exerce surtout par les leucocytes polynucléaires, tandis que, dans l'autre, elle paraît être l'œuvre exclusive des mononucléaires.

Le sérum des autres mammifères n'augmente en quoi que ce soit la résistance du chien à la piroplasmose.

Lorsque le virus inoculé a été mélangé à du sérum provenant d'un chien guéri d'une atteinte grave de piroplasmose, le chien inoculé reste bien portant, même lorsqu'il a reçu une très forte dose du mélange. A aucun moment son sang ne renferme de parasites.

Le sérum des chiens guéris n'est pas seulement capable de neutraliser l'action du virus auquel il a été mélangé avant l'inoculation; il peut encore retarder notablement ou même empêcher l'action mortelle du virus pur, quand ce virus est inoculé douze ou vingt-quatre heures après le sérum; mais cette action préservatrice est très faible. Pour la mettre en évidence, il faut injecter des doses considérables de sérum; on peut obtenir des sérums bien plus actifs en renforçant l'immunité des chiens guéris par des injections répétées à doses progressives de sang virulent.

Alors que 15, 20, 25 et 30 centimètres cubes de sérum provenant d'un chien guéri ne font souvent que retarder la mort, il suffit d'injecter 5, 3 ou 2 centimètres cubes de sérum de chiens hyperimmunisés pour rendre inoffensive l'inoculation virulente qui tue les chiens témoins en cinq ou six jours.

Bien plus, ce sérum peut encore exercer son action immunisante quand on l'injecte à forte dose, vingt-quatre heures et même quarante-huit heures après une inoculation virulente qui tue les témoins en cinq jours; mais il paraît impuissant à empêcher la mort si l'on attend pour l'injection que l'examen du sang y ait montré des parasites.

L'immunité passive conférée par le sérum est immédiate; mais elle est peu durable; on a vu des chiens succomber à l'inoculation virulente pratiquée onze jours après l'injection du sérum; pourtant la mort, quand elle survient, ne s'observe qu'après un long retard, et, le plus souvent, les animaux ne contractent qu'une maladie très peu grave dont ils guérissent promptement et qui leur confère une immunité active à la fois solide et durable.

A tous ces points de vue donc, la piroplasmose du chien se comporte comme la plupart des maladies microbiennes. Il est donc permis d'espérer qu'il en sera de même pour les autres maladies à hématozoaires.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Diagnostic et traitement de l'anévrisme de l'aorte abdominale. — M. Gaurevitsch pense que l'immobilité de la tumeur pendant les mouvements respiratoires, ne peut pas suffire pour exclure l'hypothèse d'une tumeur d'un autre organe. La situation de la tumeur sur la ligne médiane, au niveau de l'épigastre, peut faire songer à un cancer de l'estomac, d'autant plus que ce dernier est loin de s'accompagner toujours de troubles gastriques et que, d'autre part la douleur et les insomnies peuvent amener un amaigrissement très prononcé. On se guidera, dans ce diagnostic, sur l'absence de symptômes de rétrécissement du pylore et sur la constance de la situation de la tumeur pendant la distension artificielle de l'estomac par l'acide carbonique et son évacuation.

Quant au traitement, l'auteur défend l'alcool et prescrit le repos, l'application locale de glace et l'iodure; la gélatine ne lui a pas donné des résultats satisfaisants, son effet étant très passager. (Congr. des méd. russes, in *Wratch. Gazet.*, 1902, nº 13.) S. B.

OPHTALMOLOGIE

Diphtérie conjonctivale. — M. Stephenson a étudié 43 cas de conjonctivite à bacille de Klebs-Lœffler. Ces cas représentent 1,25 p. 100 de toutes les affections oculaires relevées dans deux hôpitaux d'enfants; 88 cas ont été observés chez des enfants au-dessous de quatre ans; l'âge moyen est de vingt-sept mois. Presque toujours, dans les antécédents on a retrouvé l'origine de la contagion; 40 p. 100 des sujets présentaient des troubles généraux, bien que trois seulement aient présenté une forme vraiment grave de conjonctivite diphtérique. Cinq fois on a retrouvé de l'albumine dans les urines; deux fois le réflexe patellaire a fait défaut. Dans un cas, la diphtérie de la gorge et du nez a précédé celle de la conjonctive; dans deux cas, il y avait concomitance; dans un seul cas, la diphtérie conjonctivale a précédé l'angine et la rhinite. Chez sept enfants on a noté des lésions de diphtérie cutanée. D'une façon générale les ganglions préauriculaires ou autres étaient tuméfiés. Dans les trois quarts des cas l'affection était unilatérale; une seule fois elle a été mortelle. L'infection était *pure* dans 13,93 p. 100 et *associée* dans 36,04 des cultures. Quant au traitement

M. Stephenson a donné des doses suffisantes et précoces de sérum et fait sur la conjonctive des pulvérisations au sublimé à 1 p. 5000. (*Brit. med. Journ.*, 22 mars 1902.)

A. H.

PHYSIOLOGIE

Le choc électrique et ses effets pathologiques. — Le nombre des accidents dus au passage, au travers de l'organisme, de courants électriques à haute tension, augmente chaque jour. Cependant tous ne sont pas mortels, même quand il s'agit de décharges très violentes. M. Aspinwal a cherché la raison de ces faits d'apparence paradoxale. Selon lui, la question est complexe. Et d'abord existe-t-il une susceptibilité individuelle au choc électrique? L'auteur s'efforce d'établir que non seulement les individus sont inégalement affectés, mais que, suivant les circonstances, une même personne éprouve, en présence d'une décharge électrique, des effets différents. L'état de moiteur ou de sécheresse de la peau, le tempérament névropathique, le trajet du courant dans l'organisme, l'état de santé ou de maladie, de sobriété ou d'intempérance, le sommeil, l'étendue et la nature du contact, l'accoutumance, sont autant de causes qui jouent un rôle dans les effets plus ou moins grands du courant.

La moiteur de la peau peut contribuer à diminuer les effets du choc électrique. Il semble qu'à l'état de sommeil des courants assez intenses puissent passer au travers du corps sans éveiller le sujet. Toutefois, les observations de ce genre sont rares et on ne peut à ce sujet émettre une opinion ferme.

Un facteur très important, au point de vue de la mortalité due au courant électrique, résiderait dans le trajet suivi par lui dans l'organisme. Son passage serait moins dangereux quand il a lieu de main à main et de pied à pied que lorsqu'il s'effectue, par exemple, d'une main au pied de l'autre côté.

La question du contact prime les autres. Pour que le courant passe facilement, il faut que le contact soit franc et que la surface du contact soit suffisante. Un voltage peut élevé peut déterminer la mort si l'aire de contact est assez grande. La brûlure locale a une action protectrice : elle paralyse les nerfs et augmente la résistance du corps au courant.

Habituellement, le passage du courant détermine une brusque inspiration suivie d'un cri. Les sujets ne perdent pas toujours connaissance et, parfois, peuvent parler aussitôt, même après un choc violent. D'après l'auteur, le passage au travers du corps d'un courant alternatif aurait des suites moins graves que celles dues au courant continu. (*Lancet*, 8 mars 1902.)

A. H.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la tuberculose laryngée. — M. le docteur Elemer passe en revue les différentes médications proposées pour la cure de la tuberculose du larynx; des nombreux médicaments vantés, il ne retient que quatre dont il a eu personnellement l'occasion de vérifier à plusieurs reprises l'efficacité : c'est tout d'abord le phénol sulforiciné expérimenté depuis longtemps par Berlioz et Ruault; l'auteur le préconise surtout dans les cas d'infiltration étendue accompagnée de dysphagie; il lui substitue l'acide lactique quand l'inflammation ayant disparu, on peut prétendre à des cautérisations limitées de lésions localisées. Le phénolsuforiciné a l'avantage sur l'acide lactique de ne pas exiger une cocaïnisation préalable; l'auteur l'a employé en solutions à 30 p. 100. Dans les cas de graves pertes de substance ou lorsque le malade se cachectise, quand il s'agit surtout de calmer les douleurs qu'il éprouve, l'emploi de l'orthoforme pulvérisé en insufflations ou en solution dans l'huile (25 p. 150 d'huile d'olive) est particulièrement indiqué. Les solutions huileuses de menthol même fortes (20 p. 100) ne semblent pas aussi efficaces que les médicaments précédents; le menthol peut cependant être utilisé lors des périodes de repos qu'exigent souvent les médications plus énergiques; on peut l'employer seul ou associé à l'orthoforme ainsi que le recommande Freudenthal.

En terminant, Elemer insiste sur l'utilité du curetage qu'il a vu pratiquer à maintes reprises par Krause avec succès; il est d'avis qu'il vaut mieux employer des solutions médicamenteuses fortes et substituer un médicament à un autre, dès que l'on ne constate plus d'amélioration par le premier; si les médicaments n'ont plus d'action, il conseille au malade une cure d'air et, quand il le peut, un séjour l'hiver dans les climats chauds et tempérés.

Les conclusions de cette étude me paraissent irréprochables et conformes aux résultats que tous ceux qui sont appelés à traiter fréquemment des laryngites tuberculeuses ont été à même de constater à maintes reprises. (*Die Therapie der Gegenwart*, 1902, p. 112.)

P. V.

Traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires d'hermophényl (mercure, phénol, disulfonate de sodium). — M. Charles Nicolle a étudié, dans son service de l'Hospice général de Rouen, le traitement de la syphilis par l'hermophényl pendant environ sept mois; le nombre des malades soumis à ce traitement atteint le chiffre de 94; le nombre des injections qui leur ont été faites est supérieur à 900.

Voici la formule de la solution employée par M. Nicolle :

Hermophényl..............	0g10 centigr.
Eau distillée...............	10 grammes.

Stériliser à l'autoclave.

On injectait deux centimètres cubes à chaque séance, correspondant à deux centigrammes du produit ou huit milligrammes de mercure métallique. Les injections étaient pratiquées d'une façon continue, sans intervalles de repos, à raison de deux par semaine.

Les inoculations ont toutes été faites dans la profondeur des muscles fessiers.

L'emploi systématique des injections d'hermophényl n'a présenté aucun inconvénient sérieux : les rares et légers accidents observés paraissent relever moins du choix du médicament employé, que de fautes de détails commises dans la technique de l'inoculation.

M. Nicolle conclut que les injections intramusculaires d'hermophényl constituent un mode de traitement très efficace de la syphilis à toutes ses périodes et qu'elles ont une innocuité absolue. (*Revue méd. de Normandie*, 1902, n° 8.)

L. G.

PRATIQUE MÉDICALE

Une nouvelle médication martiale. Le nucléinate de fer.

Un récent travail de M. Dor, chef de laboratoire de la Faculté de médecine de Lyon (1), vient de résumer les recherches faites depuis un certain temps sur un sel de fer, le *nucléinate de fer*. Il en résulte que nous pouvons nous considérer aujourd'hui en possession d'un nouveau médicament martial très assimilable et très actif.

Ce nucléinate de fer est un sel qui se trouve dans l'œuf des animaux ovipares et aux dépens duquel se forme la totalité de l'hémoglobine du poulet. On était donc en droit de se demander si ce sel ingéré dans l'estomac d'un animal adulte continue à jouir des propriétés nécessaires à la formation de l'hémoglobine.

Les recherches de Salkowski (2) ont démontré que le

(1) *Lyon méd.*, 20 avril 1902.

(2) Salkowski. *Centralbl. f. die med. Wiss.*, n° 51, 1900, et *Zeits. f. Physiol. Chemie*, vol. XXXII, p. 245, 1901.

nucléinate de fer ingéré par la voie buccale fournit à l'organisme une plus grande quantité de fer réellement assimilé que les autres sels de fer.

Le nucléinate de fer a-t-il donc des propriétés chimiques spéciales qui le distinguent des autres sels de fer? C'est là qu'est, en effet, le point important. Le nucléinate de fer est le seul sel de fer qui ne se transforme pas en chlorure de fer au contact du suc gastrique. Bunge (1) a montré que tous les sels de fer organiques ou inorganiques subissaient dans l'estomac une première transformation en chlorure et il ajoute que cela est bien heureux, car si les sels que nous donnons aux malades étaient absorbés sous la forme où nous croyons qu'ils le sont, ils feraient plus de mal que de bien (Bunge). Une fois les sels de fer transformés en chlorure, que se passe-t-il? Une petite quantité est absorbée directement et cette petite quantité est nuisible, puisque tous les sels de fer injectés dans le sang sont nuisibles, mais la plus grande quantité est précipitée par les sucs alcalins du duodénum et passe à l'état d'oxyde de fer. C'est sous cette forme que les cellules du duodénum absorbent le fer par une véritable phagocytose, puis les globules blancs, riches en acide nucléinique, interviennent, s'emparent de l'oxyde de fer et le transforment en nucléinate de fer, lequel s'accumule dans le foie, dans la rate et dans la moelle osseuse. Ultérieurement, il s'effectuera une transformation en ferrate d'ammoniaque et c'est sous cette forme que, d'après Brasch (2), se trouve le fer dans la molécule hématine, laquelle est une des composantes de l'hémoglobine. Mais il n'en reste pas moins établi que, pendant l'une de ses phases, le fer assimilable est à l'état de nucléinate absolument comme dans l'œuf.

M. Dor, en expérimentant avec deux nucléinates de fer différents, l'un préparé avec de la caséine, l'autre avec des laitances, sur trois lapins mâles de la même portée et du même poids, l'un servant de témoin le second recevant tous les jours 10 centigrammes de nucléinate de caséine, le troisième 10 centigrammes de nucléinate de laitance, M. Dor a trouvé les quantités suivantes de fer dans le foie des animaux sacrifiés au bout de dix jours.

Lapin témoin	0g041
Lapin n° 2	0g063
Lapin n° 3	0g063

Comme le nucléinate de fer contient 20 p. 100 de fer, on voit que chaque lapin a reçu 20 centigrammes de fer et en a fixé en chiffres ronds 20 milligrammes. Le nucléinate de fer est donc bien assimilable.

Opérant sur lui-même, M. Dor a pu absorber 1 et même 2 grammes de nucléinate par jour sans en ressentir aucun inconvénient. Chez les malades, il ne dépasse pas 0g50 centigrammes, dose très facilement supportée. Les résultats fort encourageants qu'il a obtenus jusqu'ici confirment ceux publiés par Klemperer (3).

Ces premiers résultats demandent évidemment à être confirmés par l'expérience; ils n'en étaient pas moins intéressants à signaler.

P. A.

(1) Bunge. *Cours de chimie biologique*; p. 93 et passim.
(2) Brasch. *Die Anwendung der Chemie*, etc., Wiesbaden 1901.
(3) Klemperer. *Therapie der Gegenwart*, 1901.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Fondation d'une Association des étudiants en médecine. — A la suite d'un meeting tenu salle de la Société de géographie, un grand nombre d'étudiants en médecine ont décidé la fondation d'une association corporative, dans le but d'établir entre ses membres des liens de solidarité, de rechercher et de mettre en œuvre les moyens utiles au développement moral de la profession. Une commission de 20 membres sous la présidence de M. Wicart, interne des hôpitaux, a été chargée d'élaborer les statuts.

Provisoirement s'adresser pour les renseignements et les adhésions, 85, boulevard Saint-Michel.

Écoles de médecine. — *Marseille.* — La chaire de pathologie externe et médecine opératoire est supprimée et remplacée par deux chaires, une chaire de pathologie externe et une chaire de médecine opératoire.

M. Cousin est nommé professeur de médecine opératoire.

M. Delanglade, suppléant, est nommé professeur de pathologie externe.

M. Oddo, suppléant, est nommé professeur de pathologie interne et de pathologie générale.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Pénon, du port de Rochefort, est désigné pour embarquer sur la *Comète* (force navale des mers d'Orient).

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Paul Portier (de Paris) est nommé chevalier du Mérite agricole.

Le prix de journée des « accidentés » hospitalisés. — La détermination du prix de journée applicable aux victimes des accidents du travail — des « accidentés », comme disent nos confrères bordelais — hospitalisés dans les établissements publics d'assistance, a été soumise au Conseil supérieur de l'Assistance publique qui a adopté une proposition de M. Ogier, inspecteur général des services administratifs, ainsi conçue :

« Pour les malades hospitalisés à la suite d'accidents du travail régis par la loi de 1898, les hôpitaux percevront dans leurs recettes générales, pour frais de traitement :

1° Un prix de journée d'entretien, arrêté annuellement par le préfet à raison de la dépense réelle et excluant les frais médicaux et pharmaceutiques;

2° Les frais médicaux et pharmaceutiques, au tarif fixé par le règlement départemental sur l'assistance médicale gratuite, ou, à défaut, par les usages locaux. »

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Le rhumatisme vertébral chronique et la spondylose rhyzomélique.

Par MM. Lucien MAYET,
Interne des hôpitaux, préparateur à la Faculté de médecine de Lyon,

et A. JOUVE,
Médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

Depuis bientôt quatre années que certaines formes cliniques d'ankylose de la colonne vertébrale et des articulations de la racine des membres ont été décrites par P. Marie sous le nom de *spondylose rhyzomélique* (σπόνδυλος, vertèbre ; ῥίζα, racine ; μέλος, membre), cette nouvelle entité morbide a été l'objet d'assez nombreuses discussions.

Elles ont remis à l'ordre du jour la question du rhumatisme chronique — encore que l'opinion des auteurs qui ont abordé la question soit loin d'être univoque — et nous avons cru qu'il pouvait y avoir quelque intérêt, quelque utilité, à résumer ce qui paraît aujourd'hui acquis au sujet du rhumatisme vertébral chronique et de ses variétés cliniques dont la spondylose rhyzomélique est, sinon une des plus fréquentes, du moins une des plus nettement caractérisées.

I

Historique. — Bien qu'actuellement encore le cadre du rhumatisme soit assez imprécis, les limites en sont incontestablement mieux déterminées que dans les temps anciens où le mot *rhumatisme* comprenait, dans un englobement général, tous les états morbides attaquant les articulations. L'équation était très simple : le rhumatisme égalait la totalité des arthropathies. Les premiers médecins de l'antiquité disaient *articulorum passio* et la description de cette affection (*arthritis*) rappelait tantôt la goutte, tantôt le rhumatisme.

Plus près de nous, les recherches anatomo-pathologiques ont aidé à mieux connaître et ont permis de mieux délimiter le champ des affections rhumatismales. Ensuite, a surgi la grande classe des pseudo-rhumatismes infectieux, dont le domaine s'accroît aujourd'hui encore : arthrites de l'érysipèle, des oreillons, de la diphtérie, de la variole, de la scarlatine, de la blennorragie, de la grippe, de la tuberculose enfin. Des anciennes affections rhumatismales se sont séparées encore les arthropathies nerveuses, avec leurs multiples origines : lésions cérébrales, maladies et traumatismes de la moelle épinière, lésions spontanées ou traumatiques des nerfs périphériques, hystérie. Assez vite ces arthropathies ont été bien connues (Charcot, Brown-Séquard, Vulpian, Joffroy, Schultze, Bloch, A. Blum, etc.).

Le rhumatisme chronique est de date plus ancienne. Avec Sydenham (1666), G. Musgrave (1702, 1707) et de Sauvages, l'affection a été reconnue, caractérisée. Musgrave lui a donné le nom d'*arthritis ex rheumatismo superveniens*. De Sauvages, de son côté, en établit deux variétés sous les noms de *rheumatismus arthriticus* et de *arthritis rheumatica*. Alors sont apparues les monographies de Landré-Beauvais (1800), de Haygarth (1805), de Chomel (1813). En 1832, Lobstein étudie l'*ostéopsathyrose arthritique* et reconnaît que cette affection présente trois points anatomiques fondamentaux : fragilité spéciale des os, destruction des cartilages articulaires, suivie d'éburnation, enfin formation de végétations osseuses au pourtour des extrémités articulaires.

Vers la même époque, Colles établit le caractère spécial de cette inflammation : deux processus très opposés ont lieu en même temps, dit-il, à savoir : absorption de l'os ancien et de son cartilage, formation d'un os nouveau.

Mais c'est surtout aux travaux d'Adams (1839) et à ceux de Deville et Broca (1850-1852), que l'on doit de connaître l'anatomie macrocospique de la maladie. Les études histologiques ont complété l'étude de la question. En France : MM. Ranvier, Cornil, Vergely; en Allemagne : Zeiss, H. Meyer, Otto Weber, etc.

Enfin Charcot, dans sa thèse inaugurale en 1855, et, plus tard, dans ses *Leçons sur les maladies des vieillards*, a ouvert la période des travaux contemporains. Après avoir montré que, malgré des analogies certaines, les cas de goutte devaient être séparés du rhumatisme chronique primitif, il établissait les rapports de ce dernier avec le rhumatisme articulaire aigu. Et pour lui, il s'agit seulement de deux manifestations d'un seul et même état diathésique.

Charcot avait vu la localisation vertébrale du rhumatisme chronique sans y attacher toute l'importance qu'elle mérite. Il lui consacre simplement ces quelques mots : « Des déformations importantes peuvent aussi se montrer du côté des vertèbres cervicales. Dans plusieurs cas que j'ai observés moi-même à la Salpêtrière, j'ai vu la tête inclinée en avant et fléchie sur le sternum. Le menton touchait presque la poitrine. Les mouvements de la tête étaient fort bornés et faisaient entendre des craquements. Chez la plupart de ces malades, le cou se trouvait élargi à la partie postérieure. »

Avec Cruveilhier, s'était éteinte la phase anatomique, descriptive, de la pathologie; après Charcot, qui clot la phase nosologique, celle où l'on classe, où l'on systématise

les faits enregistrés et étudiés pour mieux les éclairer et les comprendre, commence la période contemporaine, la phase pathogénique où les hypothèses vont se succéder pour tâcher d'expliquer et d'interpréter, de savoir le pourquoi et le comment.

C'est au cours de celle-ci que la spondylose rhyzomélique se trouve être décrite. L'historique en est facile, bien que la liste des travaux concernant ce syndrome morbide soit déjà longue et que le nombre des observations publiées en moins de quatre années dépasse le chiffre de 200.

Dans la séance de la Société médicale des hôpitaux de Paris du 11 février 1898, M. Pierre Marie présentait deux malades atteints d'une nouvelle maladie qu'il proposait de dénommer *spondylose rhyzomélique* et dont il donnait la description suivante :

« Ce qui caractérise cette forme morbide, c'est la coexistence d'une soudure de tout ou presque tout le rachis avec une ankylose complète des deux articulations coxo-fémorales et une limitation plus ou moins prononcée des mouvements dans les articulations scapulo-humérales, les petites articulations des extrémités demeurant intactes. »

La nouvelle entité morbide ne tarde pas à être soigneusement étudiée et les travaux de Marie, Léri, Raymond, Gasne, Koehler, Beer, Strümpell, Ascoli, fournissent rapidement un premier lot d'observations.

Nous venons de dire combien elles se sont multipliées depuis.

En 1899, M. Markuzewski défendait, sous la présidence de Potain, sa thèse inaugurale : *Contribution à l'étude de la spondylose rhyzomélique*, où un cas nouveau était signalé, les cas anciens étudiés, les grandes lignes de la maladie indiquées sommairement et précisées.

Puis ce sont encore d'autres cas cliniques, de nombreux mémoires publiés un peu partout : en France, Feindel et Froussard, Jouve...; dans les pays de langue allemande, Heiligenthal, Kollarits, Lichteim, Kirchgasser, Bonhöffer...; en Angleterre, Dana...; en Italie, Ketli, Mattirolo, Salmoni, Gabbi...; en Amérique, Eshner, Sachs et Frænkel..., etc.

Chez les animaux mêmes elle a été signalée : chez le cheval, par Petit; chez le chat, par Morestin. Le long index bibliographique qui termine cette revue nous dispense d'insister sur cette énumération.

II

Nature et étiologie du rhumatisme vertébral chronique. — Dans leur article du *Traité de médecine* (Brouardel, Gilbert) sur les *rhumatismes chroniques*, MM. Teissier et Roque, en étudiant la symptomatologie de la forme poly-articulaire du rhumatisme chronique déformant, s'expriment ainsi : « Dans les cas intenses, les articulations de la tête et du rachis sont prises et le malade, avec les déformations caractéristiques de ses membres supérieurs et inférieurs, a la tête fléchie, le menton touchant le sternum, le cou élargi postérieurement et tous les mouvements rendus difficiles par les craquements et les douleurs. »

Le mot vertébral se trouve désigner ici — sans aucun doute — une localisation et même une modalité du rhumatisme chronique ; il se trouve désigner en même temps un état d'être, sinon forcé, au moins fréquent de l'évolution de la maladie, le dernier stade, le plus complet comme ensemble clinique de l'affection. Donc étudier la pathogénie, la nature du rhumatisme chronique vertébral, c'est étudier la pathogénie, la nature du rhumatisme chronique déformant dans son ensemble et c'est ainsi que, comprenant cette partie de la question, nous allons essayer de la tracer à grands traits.

Depuis un temps assez long déjà, les auteurs avaient reconnu quelle difficulté présentait le diagnostic différentiel des lésions rhumatismales aiguës cérébrales et médullaires. « Du moment qu'il existe un rhumatisme cérébral admis par tout le monde, écrit Rendu en 1878, je ne vois aucune difficulté d'accepter un rhumatisme spinal et quelques faits démontrent cette localisation jusqu'à l'évidence. » D'autres auteurs (Vallin, Hanot) se préoccupent aussi de cette question. Mais aucun d'eux ne songe encore à transporter ce point d'interrogation du domaine des états aigus dans celui des formes chroniques et tous les travaux ne concernaient que le rhumatisme articulaire aigu.

D'ailleurs l'idée de diathèse dominait les conceptions de la plupart des auteurs et de Charcot lui-même qui, tout en entrevoyant la nature vraie de certains pseudo-rhumatismes infectieux, affirmait l'unité diathésique du rhumatisme aigu et du rhumatisme chronique.

L'arthritisme et l'herpétisme de M. Lancereaux sont une autre expression de la même idée.

Mais après cette époque où tout dans la pathogénie du rhumatisme chronique se ramène à des théories fondées sur les modifications de la nutrition générale (ralentissement ou autres perturbations), où toute observation se réduit à mesurer l'alcalinité du sang ou son acidité relative et autres recherches analogues, les cliniciens étudient enfin l'affection de très près, suivent son évolution et cherchent, en se guidant sur elle, à se mettre sur la voie de son mécanisme réel.

Bouchard décrit deux formes différentes de rhumatisme chronique : la première qu'il appelle rhumatisme chronique proprement dit et qui peut soit être chronique d'emblée, soit succéder à une attaque aiguë, affecte dans les deux cas des rapports intimes avec le rhumatisme vrai. L'autre forme au contraire — le rhumatisme noueux ou goutte asthénique — est une maladie de déchéance liée à la scrofule, à la phtisie, à l'albuminurie, n'ayant aucune des affinités morbides des rhumatismes. Ce n'est pas une maladie rhumatismale, c'est le premier des faux rhumatismes.

D'un autre côté, Marie signale dans le cours d'affections pulmonaires, des déformations des phalanges qu'il décrit sous le nom d'ostéoarthropathie pneumique et Bouchard montre les relations de la dilatation d'estomac avec les arthrites chroniques phalango-phalanginiennes.

On commence alors nettement à s'éloigner de la diathèse et l'on pense déjà qu'un certain nombre de polyarthrites chroniques sont simplement des manifestations locales d'un état infectieux ou d'une intoxication.

Où se localise l'agent pathogène de cette infection, de cette intoxication ?

Charrin, dans ses *Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu*, a essayé de donner une solution à cette question et il admet tantôt une action directe du micro-organisme présent dans l'articulation, tantôt l'action des toxines développées dans un foyer infectieux plus ou moins éloigné de l'articulation. A côté de la vieille théorie diathésique se trouve créée la théorie infectieuse.

Avec les travaux de MM. Teissier et Roque, apparaît une conception nouvelle, une théorie originale, celle de l'origine nerveuse de certains cas de rhumatisme chronique. Il faut remarquer toutefois que ces auteurs avaient été précédés dans cette voie, mais précédés très timidement car leurs devanciers, en songeant à l'intervention possible du système nerveux, ou la rejetèrent et la combattirent, ou ne la signalèrent que discrètement. Parmi eux se trouve Charcot qui appelle l'attention sur ce fait que les lésions, ou plutôt les déformations, des extrémités rappellent celles observées dans une série de maladies nerveuses. C'est encore Ernest Besnier qui, en 1878, disait : « Quelque importance que nous attachions au rôle que peut jouer dans la genèse de ces lésions le système nerveux, nous ne sommes en aucune façon disposés à distraire du rhumatisme les altérations du rhumatisme osseux déformant pour les rattacher aux arthro-

pathies nerveuses. Le système nerveux en cette occurrence ne nous apparaît que comme l'intermédiaire actif, mais secondaire, existant entre la cause supérieure, le rhumatisme, la maladie rhumatismale, et les déterminations articulaires ou viscérales, cela pour toutes les formes ou variétés sans exception du rhumatisme aigu ou chronique, articulaire ou abarticulaire. » Besnier, en définitive, se range malgré lui à notre théorie; aujourd'hui, nous pouvons ajouter que la cause supérieure qu'il ne connaissait pas c'est simplement l'agent pathogène microbien ou ses toxines. Enfin, P. Marie — pour citer seulement les trois noms de Charcot, de Besnier, de Marie — dit à propos de certains cas de rhumatisme chronique infectieux dans lesquels la peau est mince, tendue, luisante : « Ce sont des variétés dans lesquelles le système nerveux semble être particulièrement intéressé et jouer un rôle important dans l'ensemble symptomatique. »

MM. Teissier et Roque deviennent les premiers très affirmatifs et ils établissent d'une façon très rigoureuse les éléments de cette homologie clinique. En effet, les arguments de cette conclusion se présentent nombreux et constants.

Ce sont :

1° La ressemblance des lésions. Que l'on compare les déformations qui se produisent au niveau des phalanges et des poignets des rhumatisants chroniques avec celles qui accompagnent certaines maladies du système nerveux central et on est frappé de leur analogie : mêmes œdèmes durs, mêmes atrophies musculaires, mêmes troubles de la nutrition cutanée, même apparence écailleuse, sèche, de l'épiderme dans les deux cas (Rendu).

2° La symétrie de la marche des lésions. Cette règle avait frappé Budd, elle fut confirmée par Romberg, par Charcot. Des deux côtés à la fois, les mains se prennent, les coudes, les épaules sont lésés. L'inégalité d'intensité des troubles fonctionnels de l'un et de l'autre côté n'infirme pas cette constatation que les premières lésions se produisent synchroniquement et symétriquement.

3° La progression est régulière, mathématique; l'affection évolue avec une précision constante ; la succession des accidents suit une marche réglée d'avance de bas en haut, de l'extrémité du membre vers sa racine.

4° L'évolution de l'affection est non seulement régulière mais aussi et malheureusement progressive, graduellement envahissante, rendant presque inutiles les efforts de la thérapeutique, ainsi qu'on le voit trop fréquemment dans les affections nerveuses.

5° Les troubles tropho-névrotiques sont tout à fait comparables : la peau prend l'aspect de la sclérodermie ou de l'éléphantiasis, les muscles s'atrophient ou se sclérosent, le tissu osseux est atteint d'ostéoporose, les phanères même ne sont pas épargnées. Dans certains cas l'atrophie des muscles est considérable et la cause en réside non seulement dans l'immobilisation des articulations atteintes comme Barjon et Cazal voudraient qu'il en fût exclusivement, mais aussi et surtout dans le trouble de fonctionnement du système nerveux lui-même. Il y a encore d'autres troubles trophonévrotiques, des œdèmes vaso-moteurs d'origine nerveuse que ne saurait expliquer l'état souvent satisfaisant du cœur et du rein.

6° Les troubles de la sensibilité sont comparables aussi : exaltation ou diminution des diverses sensations de contact, ou de piqûre, ou de chaleur, ou de froid, douleurs spontanées qui affectent même, dans certains cas de localisation dorsale du rhumatisme vertébral, des types assez particuliers, telle la douleur en ceinture; dans d'autres cas, ce sont des douleurs térébrantes, des douleurs dans le domaine du sciatique, des névralgies de divers territoires nerveux, qui toutes appartiennent en propre à la séméiologie nerveuse et révèlent la compression des racines rachidiennes par des plaques de pachyméningite ou par les épaississements fibreux qui se forment autour des articulations des apophyses articulaires des vertèbres. Il n'est pas jusqu'aux troubles des réactions électriques qui ne confirment la similitude du rhumatisme déformant et des affections nerveuses proprement dites.

7° Il y a parfois des déformations dans des cas où les jointures ne sont nullement affectées. Quel que soit leur mécanisme de production, atrophie, contracture, le voisinage d'articulations lésées ne peut plus être invoqué.

8° Le rhumatisme chronique déformant s'allie souvent avec des névroses ou des troubles nerveux fonctionnels divers, et il ne s'agit pas d'une simple coïncidence, comme par exemple dans les cas où le rhumatisme se trouve évoluer concurremment avec la paralysie agitante ou le tabes.

Au point de vue clinique pur, l'homologie est donc complète et nous pouvons d'ores et déjà, semble-t-il, penser que le rhumatisme déformant a pour origine une lésion de l'axe nerveux, que cette lésion siège dans le système encéphalique ou dans l'axe médullaire.

Mais en adoptant cette manière de voir, il faut, avec MM. Teissier et Roque, rappeler et insister sur cette notion que *ce n'est pas là l'origine de tous les rhumatismes chroniques*, dont ces auteurs ont établi trois variétés : le rhumatisme chronique déformant, celui qui constitue à juste titre une trophonévrose; puis le rhumatisme chronique qui succède au rhumatisme articulaire aigu et n'est qu'une modalité de ce dernier; enfin, le rhumatisme chronique goutteux, d'origine arthritique, groupe fort intéressant, mais encore quelque peu confus, où l'on trouve des arthrites d'aspects très divers.

Le rhumatisme chronique déformant lui-même est divisé par ces auteurs en deux grandes variétés : une *variété polyarticulaire* et une *variété mono-articulaire* ou *morbus coxæ senilis*, division que nous avons à retenir, car l'importance en est considérable en ce qui concerne la pathogénie des formes du rhumatisme vertébral chronique.

Au point de vue anatomo-pathologique, un certain nombre d'autopsies ont révélé des lésions macroscopiques indiscutables, en particulier l'existence de plaques méningitiques spinales diffuses dont la surface varie de celle d'une lentille à un centimètre carré et plus, englobant pour les comprimer ou les étouffer un certain nombre de racines spinales.

Touche a signalé, dans les *Bulletins de la Société anatomique*, le cas d'une jeune fille dont l'autopsie révéla un épaississement de la face postérieure de la dure-mère rachidienne. MM. Pitres et Vaillard ont aussi décrit des névrites périphériques dans le rhumatisme chronique. M. Klippel a trouvé des lésions des cornes antérieures.

Lorsque l'affection affecte le type décrit sous le nom de vertébral, on observe alors avec l'ankylose de la colonne vertébrale la soudure des apophyses articulaires, la formation de travées osseuses irrégulières, la production d'ostéophytes, enfin l'ossification des disques intervertébraux à un degré tel que la colonne vertébrale est transformée en une tige absolument rigide, susceptible de se fracturer au niveau d'un corps vertébral lui-même, ainsi que le montre la pièce remarquable conservée dans le laboratoire de M. le professeur Teissier (fig. 1).

Il n'est pas jusqu'à l'étude des méningites spinales, telles que nous la trouvons faite par Faure, Joffroy, etc., dont l'ensemble symptomatique ne corresponde fort à celui du rhumatisme vertébral chronique et qui ne plaident en faveur de l'origine nerveuse de celui-ci.

Et pour étudier la genèse des lésions, pour en dévoiler la marche systématique, c'est du côté de la moelle et de ses enveloppes que devront désormais porter les recherches. Ce rhumatisme déformant encore si mal connu, même en ces

dernières années, cette affection à laquelle Trousseau avait donné le nom de *rhumatisme noueux*, Besnier celui de *rhumatisme osseux*, Haygarth celui de *nodosités des jointures*, Cruveilhier celui de *goutte des femmes*, Landré-Beauvais celui de *goutte asthénique*, apparaît de plus en plus comme une maladie nerveuse.

Il y a plus.

Max Schüller, dans une série de travaux (1892-1893), a indiqué qu'il aurait, dans les cas de rhumatisme chronique déformant, rencontré au niveau des synoviales articulaires, un bacille court, 2 μ à 2 μ et demi, un peu étranglé en son milieu et terminé par deux pôles brillants parfois sporulés; il a pu le colorer et même le cultiver. D'autres expérimentateurs — Bouchard et Charrin, Wohleman, Massalongo, etc. — ont également cru avoir trouvé l'agent spécifique du rhumatisme chronique déformant. En réalité, aucun résultat probant n'a encore été obtenu.



Fig. 1. — *Rhumatisme chronique de la colonne cervicale. Ankylose complète, et fracture portant sur le corps vertébral lui-même.*

Un facteur étiologique plus certain est l'humidité. Mais contrairement au rhumatisme articulaire aigu, qui éclot plutôt dans le froid humide des habitations neuves, c'est ici avant tout le froid humide et prolongé des murs anciens imprégnés de salpêtre et couverts de moisissures. Beau, Guéneau de Mussy, Charcot, Niemeyer, Potain, ont bien mis ce fait en évidence.

Dans un certain nombre de cas, surtout pour la spondylose, la blennorragie, diverses infections, ont été incriminées. et le rhumatisme chronique pourrait être la résultante tardive d'infections antérieures.

A l'action prolongée du froid humide et peut-être à l'intervention des toxines microbiennes, viennent se surajouter souvent quantité de causes occasionnelles, étincelles qui déchaînent l'incendie couvant depuis longtemps : influence de la misère, influence d'une mauvaise alimentation, influence du surmenage, ce qui est prouvé par le fait que les premières observations anglaises portent sur les indigents des workhouses d'Angleterre et d'Irlande, qu'Adams a trouvé les siennes parmi les malades de l'hôpital manufacturier de Dublin; que Landré-Beauvais, Chomel, ont recueilli les leurs à la Salpêtrière. L'affection avait même été décrite sous le nom d'*arthritis pauperum*.

Le traumatisme paraît, dans certains cas, avoir déterminé l'explosion de la maladie et fixé le siège primitif qu'elle doit occuper.

Enfin, quelquefois, l'établissement de la menstruation, les grossesses (Musgrave, Todd, Lorain), la ménopause (Haygarth), l'allaitement (Garrod) se sont tour à tour vu attribuer l'origine immédiate de l'affection.

Sans insister plus qu'il ne convient sur ces considérations relatives à la nature et à l'origine du rhumatisme chronique déformant, nous pouvons avec Fenoglio (Congr. de Naples), comme avec MM. Teissier et Roque, regarder ce rhumatisme avec ses deux formes polyarticulaire et mono ou olygoarticulaire isolé du rhumatisme chronique d'origine rhumatismale, isolé aussi du rhumatisme goutteux ou arthritique comme une *tropho-névrose d'origine infectieuse, qui agit surtout sur les racines spinales et qui amène par ce mécanisme les malformations articulaires*. Infection primitive, lésion secondaire du système nerveux, enfin altérations consécutives de l'organisme, tels sont les trois stades évolutifs fondamentaux du rhumatisme chronique déformant. Nous pouvons dire aussi : du rhumatisme vertébral chronique et d'une de ses formes principales : la spondylose rhyzomélique.

III

Formes cliniques du rhumatisme vertébral chronique. — Modalité clinique du rhumatisme chronique déformant, le rhumatisme vertébral est susceptible de revêtir quatre formes cliniques :

a. Forme cervicale de Leyden;

b. Forme dorsale;

c. Forme lombo-sacro-coccygienne;

d. Forme totale et mixte dans laquelle le rhumatisme chronique a pu envahir l'organisme par deux points : 1° par la périphérie, et nous avons alors affaire au rhumatisme chronique déformant au complet; 2° par l'axe vertébral, c'est la spondylose rhyzomélique.

Nous résumerons les symptômes les plus importants de ces formes cliniques en nous appuyant sur les cas publiés et sur un certain nombre d'observations inédites, que nous avons pu recueillir ou qui nous ont été communiqués.

Forme cervicale. — La forme cervicale du rhumatisme vertébral est déjà représentée par un certain nombre d'observations, soit que l'ankylose, ou la spondylose, ayant débuté par la région cervicale, s'y soit définitivement limitée, soit qu'elle n'ait représenté que le premier stade de l'envahissement total de la colonne vertébrale.

Au début, ce sont de violentes douleurs dans la région cervicale du rachis et de la gêne des mouvements de la tête dus en grande partie à ces douleurs. Quelquefois on a noté l'extension des douleurs à la portion dorsale de la colonne vertébrale.

Puis ce sont : la persistance, avec ou sans atténuation, des douleurs rachidiennes; le réveil ou l'exagération des douleurs par les mouvements de la tête, par la pression sur le vertex et sur les apophyses épineuses vertébrales; l'immobilisation et la déviation de la tête non pas seulement du fait de la douleur mais aussi du fait des lésions anatomiques vertébrales.

En même temps que les manifestations vertébrales, se produisent des lésions des articulations des membres supérieurs qui sont prises successivement et systématiquement et des troubles trophiques également au niveau des membres supérieurs.

L'affection progressant, l'extension des lésions à la région dorsale du rachis se traduit par de la douleur, de la

raideur, de l'immobilisation de la colonne vertébrale et par des manifestations douloureuses, parfois, par des troubles trophiques nets aux membres inférieurs.

A côté de ces symptômes essentiels, on remarque des signes accessoires mais non sans importance : troubles nerveux oculo-pupillaires (1) : myosis uni ou bi-latéral, insuffisance ou abolition de la réaction pupillaire à la lumière ou à l'accommodation ; troubles nerveux cardiaques : accès pseudo-angineux avec troubles nerveux dans le domaine du phrénique, accès d'oppression et accès de névralgie phrénique, œdèmes par action vaso-motrice morbide, myoclonie surtout localisée au sterno-cléido-mastoïdien ou étendue à d'autres muscles.

Forme dorsale. — Dans la forme dorsale on observe les mêmes manifestations douloureuses, les mêmes phénomènes d'ankylose vertébrale, que dans la forme précédente, avec cette différence de la localisation dorsale au lieu de la localisation cervicale.

Comme troubles secondaires : des troubles cardiaques caractérisés par des accès de pseudo-angor, de l'arythmie cardiaque, des intermittences fausses, du dédoublement des bruits du cœur (action du sympathique); des troubles sensitifs (douleurs en ceintures, pseudo-névralgies intercostales, crises douloureuses gastriques); des troubles musculaires (atrophies des muscles pectoraux, des muscles intercostaux, des myoclonies...).

Forme lombo-sacro-coccygienne (type inférieur). — Mêmes symptômes que précédemment, mais en rapport avec la localisation vertébrale inférieure.

On a noté des troubles trophiques et vaso-moteurs dans les membres inférieurs (éléphantiasis, par exemple), des troubles sensitifs vagues (crampes, douleurs en éclairs) ou des attaques de pseudo-sciatique.

D'ailleurs cette forme reste rarement limitée et le tableau symptomatique vient de compliquer des manifestations provoquées par les déterminations médullaires dorsales.

Forme vertébrale complète. — Le plus souvent, les symptômes des trois types fondamentaux s'allient et se mélangent pour former un type vertébral complet dans lequel la lésion a frappé tout l'axe rachidien médullaire. L'ankylose s'est étendue à toute la colonne vertébrale. C'est alors la spondylose rhyzomélique au complet, le rhumatisme vertébral ayant envahi tout son domaine, produisant une rigidité douloureuse, chronique, incurable, de la colonne vertébrale et aussi des articulations coxo-fémorales.

Au *début de la spondylose rhyzomélique*, on observe des douleurs dans les membres inférieurs, puis des douleurs sacro-coccygiennes. La zone douloureuse grandit ensuite à mesure que s'élève l'ankylose qui, ayant commencé au niveau des articulations coxo-fémorales, gagne toutes celles du rachis, *à la façon d'une tache d'huile* (Marie).

A la *période d'état*, on observe :

1° L'ankylose plus ou moins prononcée des articulations de la hanche et plus tard de l'épaule. Intégrité des petites articulations des extrémités contrastant avec les lésions des grandes articulations de la racine (Marie). Dans certains cas pourtant, les petites articulations ont été intéressées par le processus morbide, mais ce fait est loin d'être la règle et ne détruit pas la valeur du caractère clinique donné par P. Marie. Les articulations de la hanche se trouvent soudées ordinairement un peu en flexion sur le bassin.

2° La soudure complète de la colonne vertébrale. Cette soudure a suivi habituellement, pour se produire, une marche ascendante, le début s'étant fait par les vertèbres inférieures du rachis et les vertèbres cervicales étant les dernières prises. La colonne vertébrale est en ligne à peu près droite dans sa partie moyenne et inférieure. Elle présente une cyphose plus ou moins accentuée, généralement une incurvation brusque avec un peu de déviation à droite, au niveau des vertèbres cervicales, d'où immobilité de la tête en flexion parfois très prononcée.

Le long de la colonne vertébrale, on peut sentir les hyperostoses que l'autopsie met à découvert, mais ces productions osseuses ne sont pas douloureuses ou ne sont que peu douloureuses; elles ne traduisent pas des lésions aiguës.

3° Les côtes sont complètement immobilisées. Le thorax n'a plus d'expansion et n'intervient pas dans les mouvements respiratoires. La respiration affecte le type abdominal.

4° Les douleurs du début passées, le malade souffre peu de la maladie elle-même. Les douleurs tardives qu'il lui arrive d'éprouver sont le fait des mouvements qu'il est obligé d'accomplir ou des mauvaises positions qu'il lui arrive de prendre pendant le sommeil.

5° On ne note habituellement pas de troubles de la sensibilité imputables à la spondylose.

6° On note en revanche des troubles trophiques et les atrophies musculaires ont frappé tous les observateurs. Leur mécanisme de production est très discuté : immobilisation des articles? processus névritiques? lésions centrales?

7° L'attitude du malade pendant la marche ou la station debout a été qualifiée d'attitude en Z. La tête est en effet projetée en avant par la cyphose cervicale, l'ankylose de la hanche est en légère flexion et le malade fléchit les genoux pour corriger la flexion de l'articulation coxo-fémorale. La marche est possible à l'aide de cannes et de béquilles, jusqu'à une période assez avancée de la maladie; elle se fait par de très petites oscillations des jambes, les seuls mouvements possibles se passant dans l'articulation des genoux. Plus tard, quand la spondylose rhyzomélique est complètement réalisée, la marche devient à peu près impossible.

Au lit, le décubitus dorsal est pour la plupart des malades impossible. Ils s'étendent dans le décubitus latéral ou dans les positions les plus bizarres, se faisant caler avec des coussins, se suspendant comme ils peuvent, pour goûter un peu de sommeil sans trop souffrir.

L'*évolution* de la spondylose rhyzomélique se fait par poussées successives, avec des phases d'amélioration relative plus ou moins durables, toujours passagères. Le *pronostic* en est donc toujours grave : la spondylose rhyzomélique est une maladie incurable. Elle tue cependant rarement par

(1) On peut se rendre compte du mécanisme de ces troubles ainsi. Les recherches de Cl. Bernard et celles plus récentes de Mme Déjerine-Klumpke nous apprennent que le *ramus communicans* qui se rend de la première paire nerveuse thoracique au ganglion cervical inférieur, renferme des fibres motrices destinées à l'iris. En outre du ganglion cervical inférieur d'autres fibres passent dans la branche antérieure crânienne et se rendent au globe oculaire par une double voie : des filets anastomotiques qui rejoignent le ganglion de Gasser par l'intermédiaire du plexus caverneux et qui ont, d'après les recherches de Morat, une action irido-dilatatrice, enfin, un filet long et grêle qui se rend directement au ganglion ophtalmique dont il constitue la racine sympathique. D'autre part, les trois ganglions sympathiques cervicaux fournissent chacun des filets dont l'ensemble constitue les nerfs cardiaques.

De plus, si les anatomistes ont appris l'existence des *rami communicantes*, les expérimentateurs ont indiqué qu'au point de vue fonctionnel, le grand sympathique tient des centres nerveux son pouvoir excito-moteur.

On voit combien les voies sont largement assurées pour qu'une lésion de l'axe médullaire ou de ses enveloppes se répercute à distance sur les organes des sens ou les viscères. C'est encore une preuve de l'origine nerveuse du rhumatisme chronique vertébral. On pourrait sans doute objecter que c'est seulement un phénomène de compression par les exostoses développées sur les vertèbres au voisinage des trous de conjugaison. Cette objection ne saurait être maintenue en présence de cas où des troubles nerveux d'une extrême intensité ont précédé de beaucoup l'ankylose vertébrale.

elle-même et la mort survient habituellement du fait d'une maladie intercurrente, d'un accident.

A l'*autopsie*, on peut vérifier la soudure des articulations coxo-fémorales par des productions osseuses néo-formées, la très forte courbure de la colonne cervicale et l'immobilisation du rachis par de véritables ponts osseux dus à l'ossification des ligaments jaunes, par la soudure des apophyses articulaires; enfin la soudure des articulations des côtes. Les photographies (fig. 3) que nous reproduisons ici donnent une idée de l'intensité du processus ankylosant au niveau de la colonne vertébrale.

Le *diagnostic* différentiel de la spondylose rhyzomélique de P. Marie ne se fera pas avec le *rhumatisme vertébral chronique*, puisque nous regardons la spondylose comme une expression clinique de celui-ci, mais avec le mal de Pott, avec la cyphose hérédo-traumatique, avec la myosite ossifiante, avec les cyphoses professionnelles.

Avec la *tuberculose vertébrale* le diagnostic est souvent délicat, surtout quand on n'a pas eu l'esprit attiré spécialement sur la spondylose. Nous savons plusieurs malades atteints de spondylose et pour lesquels le diagnostic de mal de Pott a été fait. Un d'eux, notamment, qui est actuellement à l'hospice du Perron, à Lyon, a été gratifié pendant de longs mois d'une minerve plâtrée par un chirurgien éminent, comme atteint de mal de Pott cervical. L'âge, les antécédents, les symptômes du début, l'évolution, les caractères de la cyphose, l'absence d'ankylose de la hanche et de l'épaule dans le mal de Pott; l'absence de troubles médullaires et d'abcès par congestion dans la spondylose, les différencieront.



Fig. 2. — *Spondylose rhyzomélique (rhumatisme chronique vertébral complet).* — Malade observé en station debout. Salle Saint-Augustin, service de M. le professeur Bondet, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

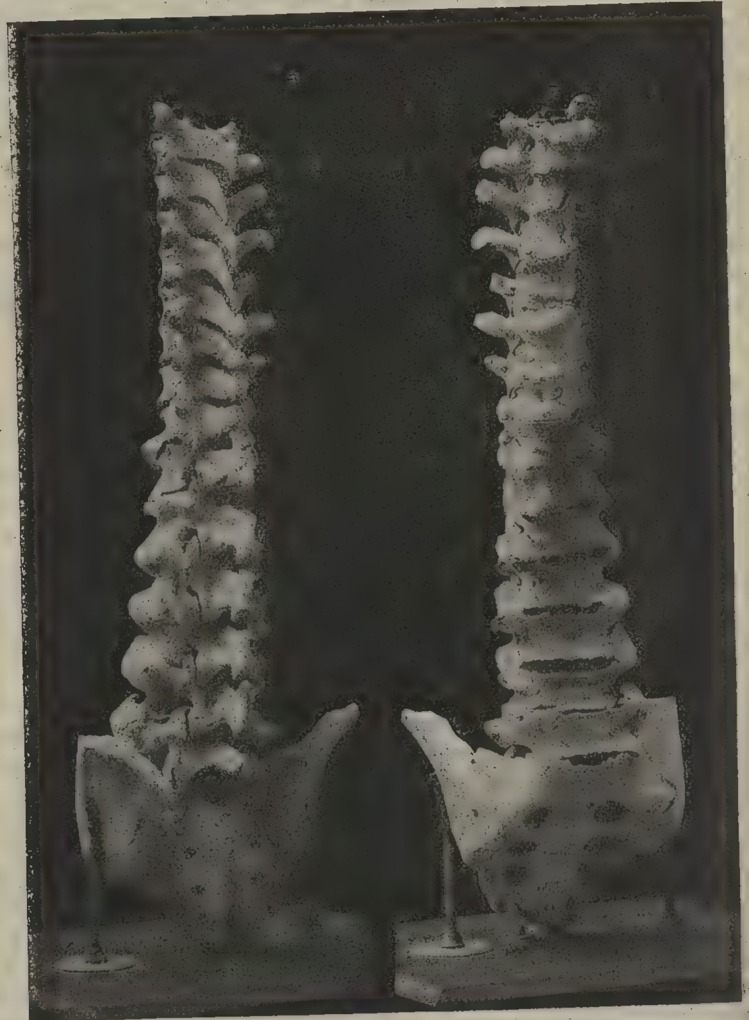


Fig. 3. — *Rhumatisme chronique vertébral. Ankylose complète des corps vertébraux et des apophyses articulaires. Élargissement des apophyses épineuses. Ostéophytes.*

La *cyphose hérédo-traumatique*, dont un cas a été rapporté par P. Marie et Astier, distinguée par eux de la spondylose, regardée comme une forme du rhumatisme vertébral par Bechterew et quelques auteurs allemands, présente comme caractères : une large participation de la région dorsale à la cyphose, le grand rayon de celle-ci, l'absence d'altération des articulations des membres, l'intensité des phénomènes douloureux qui affectent la forme de névralgies violentes... et aussi l'étiologie : un terrain névropathique indiquant la prédisposition héréditaire; une cause occasionnelle représentée par le traumatisme.

La *myosite ossifiante* (Munchmeyer, 1869; Nissim, Th. de Paris, 1897-98) réalisant l'immobilisation de la portion dorsale ou cervicale du rachis, des articulations de l'épaule, de la hanche, ne peut guère être confondue avec la spondylose.

Il en est de même des *cyphoses professionnelles*, qui entraînent bien dans certains cas la soudure de quelques vertèbres, mais ne réalisent pas le tableau clinique assez complexe et étendu de la spondylose rhyzomélique.

Telle est la spondylose de Marie ou encore de Marie-Strümpell, comme disent les auteurs étrangers, dans laquelle les articulations de la hanche sont les premières prises, puis toute la colonne vertébrale, puis les épaules; dans laquelle aussi la cyphose est relativement faible, la rigidité de la colonne vertébrale très grande, les phénomènes douloureux très réduits.

A côté de cette forme la plus commune, la mieux connue, il convient de placer la spondylose type de Bechterew (cyphose hérédo-traumatique de P. Marie), débutant par le rachis, entraînant une cyphose considérable, s'accompagnant de douleurs violentes et laissant aux articulations de la hanche une intégrité relative.

Il convient encore de signaler ici certaines formes entrevues par Forestier (d'Aix), formes pour le moment mal définies, ayant pour caractères communs une rigidité vertébrale temporaire, des phénomènes pseudo-névralgiques prédominants, la régression possible et une amélioration durable par le traitement.

IV

Identité du rhumatisme vertébral chronique et de la spondylose rhyzomélique. — La comparaison du tableau clinique des trois formes partielles du rhumatisme vertébral chronique et de celui présenté par sa forme totale ne laisse guère de doute sur ce fait que la spondylose rhyzomélique n'est qu'une variété clinique du rhumatisme chronique vertébral.

Mais comme cette identité est contestée, nous devons indiquer ici les différents arguments apportés en sa faveur ou contre elle.

La spondylose différerait du rhumatisme chronique vertébral en ce que : 1° l'ankylose porte seulement sur la colonne vertébrale et les articulations de la racine des membres; 2° cette coïncidence est constante, il n'y a jamais d'ankylose isolée de la colonne vertébrale; 3° il n'y a pas de déformation des petites jointures; 4° la maladie débute par les hanches et la région sacrée; 5° elle commence à la fin de l'adolescence ou aux premières années de l'âge adulte; 6° les hommes sont presque seuls atteints.

En réalité lorsqu'on reprend les observations publiées de spondylose rhyzomélique pour en faire une critique sérieuse, on remarque que ces observations ne remplissent pas exactement le cadre de l'affection tel qu'il a été établi et limité par P. Marie. Elles peuvent et doivent être rangées sous les étiquettes suivantes selon le malade étudié : rhumatisme polyarticulaire chronique à localisation vertébrale ou rhumatisme chronique d'origine rhumatismale ou, enfin, pseudo-rhumatisme chronique d'origine infectieuse.

Sans insister sur des objections plus apparentes que réelles, nous pensons qu'il convient de rattacher la spondylose rhyzomélique au rhumatisme chronique progressif déformant et polyarticulaire à localisation vertébrale pour les motifs suivants :

1° Du fait de l'étiologie : dans les deux cas, c'est souvent le froid humide et prolongé qui est la cause originelle de la maladie ; ce sont encore les causes suivantes : traumatismes, maladies infectieuses, misère sociale et misère physiologique, que l'on retrouve dans l'étiologie des deux affections;

2° Leur évolution les rapproche aussi : dans les deux cas, l'affection est progressive, s'étend, selon l'expression de Marie, « comme une tache d'huile, » de bas en haut ou inversement peu importe, car la lésion dans les deux cas est progressive, symétrique et systématique. Systématique, c'est-à-dire évoluant dans la plupart des cas vers la lésion toujours plus confirmée, plus définitive. Mais des observations nous apprennent que, dans les deux cas, la maladie peut parfois rétrocéder et sinon guérir complètement, au moins rester susceptible d'une amélioration très nette et relativement durable. Tels sont les cas de Beer, de Gasne, de Strümpell, etc., pour la spondylose; tels sont de nombreux cas de rhumatisme chronique vertébral;

3° La symptomatologie est commune, sauf en ce qui concerne la localisation. Ce sont les mêmes douleurs violentes du début, puis les craquements; plus tard, l'ankylose, enfin la rétrocession des douleurs et le *statu quo*, la déformation acquise, trop souvent définitivement acquise. Ce sont aussi les mêmes symptômes nerveux, les troubles oculo-pupillaires, les douleurs en ceinture, les élancements, les douleurs térébrantes des membres inférieurs, l'exagération des réflexes. Ce qui a pu en imposer aux cliniciens, c'est le cachet dont la spondylose revêt les malades dans leur habitus extérieur à l'état statique et dans la marche. Mais c'est là une question de localisation de l'ankylose et présumant rien de la nature de l'affection. Qu'un autre malade ait les mêmes localisations, mais que ses lésions soient de nature tuberculeuse par exemple, on aura le même malade debout en Z ou couché en U, le même malade dont la démarche fera penser que ses genoux sont traversés par un même axe fixe.

4° L'anatomie pathologique apporte des arguments sérieux en faveur de notre théorie. Et quand on lit par exemple le rapport d'une autopsie d'un cas de spondylose rhyzomélique, présenté à la Société médicale des hôpitaux, le 24 février 1899, on est frappé de voir avec quelle facilité on pourrait dire : autopsie de rhumatisme vertébral chronique. La description peut en être résumée en ces quelques mots : « Ossification de la partie antérieure des disques intervertébraux, ossification des ligaments jaunes, ankylose osseuse des apophyses articulaires ne formant plus qu'une longue colonnette, apophyses épineuses élargies et allongées à leur extrémité, tendant à se souder, côtes soudées aux corps vertébraux. » Les pièces reproduites ici (fig. 3) présentent des lésions identiques et cependant elles proviennent de malades chez lesquels tout le tableau clinique du rhumatisme chronique déformant à localisation vertébrale avait été relevé par M. le professeur J. Teissier. En Allemagne, la spondylose de Marie a rencontré quelque faveur, en tant qu'entité morbide, encore que certains auteurs, parmi eux Kollarits, disent que les types de rigidité de la colonne vertébrale, isolés par Marie, Strümpell, Bechterew, ne constituent pas une maladie particulière, mais appartiennent à la polyarthrite déformante.

En Italie, en Angleterre, en France, des doutes ont été émis.

Publiant un cas de spondylose rhyzomélique, V. Ascoli écrit : « Quant à faire de la spondylose rhizomélique une entité morbide, on ne pourra s'y décider que lorsqu'un nombre suffisant d'observations et une minutieuse étude anatomo-pathologique auront fourni les éléments étiologiques et anatomiques indispensables à sa connaissance complète. »

Egalement Gabbi en Italie, Sachs et Frænkel dans *The Journal of nervous and mental diseases*, à Lyon, MM. les professeurs Bondet et Lépine, etc., rangent la spondylose rhyzomélique parmi les variétés du rhumatisme chronique.

Marie, d'ailleurs, n'appuie que faiblement son diagnostic différentiel de la spondylose avec le rhumatisme vertébral chronique : « Le rhumatisme chronique déformant peut, à la vérité, dans tous les cas graves, déterminer une ankylose complète de toutes ou presque toutes les articulations des membres et du tronc, y compris la colonne vertébrale, mais il se distingue immédiatement de la spondylose par la participation des petites jointures des extrémités qui sont frappées les premières et plus fortement. »

Feindel et Froussard disent que la spondylose peut frapper toutes les articulations et l'on se rappelle que dans leur étude du rhumatisme chronique déformant, MM. Teissier et Roque ont scindé cette affection en deux formes cliniques : une *forme polyarticulaire* et une *forme monoarticulaire* ou *oligoarticulaire*.

Dans la forme *polyarticulaire* — rhumatisme déformant type — les lésions vont de l'extrémité du membre vers la racine, et la colonne vertébrale n'est prise que tardivement.

La *forme monoarticulaire*, à l'inverse de la précédente, affecte surtout les grandes jointures, la hanche de préférence, ce qui l'a fait dénommer *morbus coxæ senilis*. Elle peut frapper également, mais plus rarement, les genoux et les épaules.

Qu'une forme monoarticulaire ayant frappé la hanche s'étende, elle envahira non les membres, car elle a peu de tendance à descendre vers les membres, mais la colonne vertébrale qu'elle remontera du coccyx à la colonne cervicale, frappant tardivement les épaules où se limitera son incursion dans les membres supérieurs. C'est alors le tableau de la spondylose rhyzomélique pure, absolument théorique, rigoureusement constituée dans son ensemble.

En définitive, que la spondylose rhizomélique soit une variété clinique ayant son cachet et son allure propres, cela est vrai, et il est juste de reconnaître le grand intérêt que P. Marie a donné à la question en attirant sur elle l'attention des cliniciens, mais il ne semble pas qu'il y ait nécessité de la séparer du rhumatisme chronique vertébral auquel elle se rattache, plus qu'on ne songe, par exemple, à faire de chaque forme clinique de la tuberculose une entité morbide différente.

VI

Traitement. — Nous serons bref en ce qui a trait à la thérapeutique du rhumatisme vertébral chronique et de la spondylose rhyzomélique, non qu'il faille rester inactif en présence des malades qui en sont atteints, mais parce que la multiplicité des moyens proposés indique bien la variabilité, l'inconstance de leur action et la résistance de l'affection aux agents thérapeutiques.

Au début, on peut espérer de bons résultats de la révulsion systématiquement faite au niveau du rachis : teinture d'iode, siphonnages de chlorure de méthyle, pointes de feu, bandelettes de toile vésicante même, etc.

Au début également pourront être donnés l'iodure de potassium, non pas l'iodure de potassium à hautes doses de 2, 3, 4 grammes, comme l'a conseillé M. Lancereaux, mais l'iodure de potassium à petites doses de 50, 60 centigrammes par jour, durant des mois et des mois, avec intervalles de quelques jours par mois (Teissier) ; l'arsenic, sous forme d'arséniate de soude (6 à 8 milligrammes par jour) ou d'eau de la Bourboule, préférables en pareil cas aux préparations actuellement à la mode de cacodylate de sodium ou d'arrhénal ; le fer, soit le protoxalate de fer, soit l'iodure de fer ; le salol à doses assez fortes, 3, 4, 5 grammes par jour pendant longtemps, etc.

L'hygiène de l'habitation, le changement de résidence quand il est possible, la vie sous un climat sec et chaud ; l'hygiène corporelle, l'usage des frictions sèches, le massage, un exercice modéré, le port de la flanelle et des vêtements de laine ; l'hygiène alimentaire chez des sujets qui sont le plus souvent des débilités à nutrition viciée ne devront pas être négligées et les prescriptions s'y rapportant permettront d'être utile au malade.

Quant aux douleurs du début, elles sont souvent bien calmées par l'antipyrine (2, 3, 4 grammes), par le pyramidon (60 centigrammes à 1 gramme), par la quinine (en moyenne 75 centigrammes de chlorhydrate de quinine par jour).

A la période d'état, au traitement général qui vient d'être indiqué, s'ajoute le traitement local ; à la cure climatérique, la cure thermale.

Parmi les moyens physiques, le massage méthodique peut être essayé.

L'électricité n'a pas donné jusqu'à présent de résultats bien brillants.

La plupart des stations préconisées pour le traitement du rhumatisme chronique déformant peuvent trouver ici des indications. Eaux chaudes, eaux alcalines, eaux sulfureuses, eaux chlorurées sodiques ; bains de vapeur, bains de boue, bains de sable, bains d'air chaud sont à discuter selon chaque cas.

Les stations thermales à citer sont légion. Parmi elles : Aix-en-Savoie, Luchon, Salins (Jura), Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, Bagnoles-de-l'Orne, Saint-Amand, Baume-lès-Valence, Die, etc., en France ; Wiesbaden, Kreuznach, Aix-la-Chapelle, Ragatz, etc., à l'étranger.

Les eaux chlorurées sodiques mises à part, on conçoit que le traitement local et hydro-minéral ne peut être que palliatif et qu'il ne peut atteindre la cause première du processus ankylosant : la lésion nerveuse centrale et le terrain préparé par une nutrition défectueuse, viciée, sur lequel elle évolue.

Bibliographie. — Achard et Clerc. Ankylose spondylo-rhyzomélique et syringomyélie, Soc. de neurol., 1er fév. 1900. — Adams. *A treatise on rheumatic gout.*, Londres 1857 ; — *Cyclop. of anat. and physiol.*, 1839. — Ascoli. Contribution à l'étude de la spondylose rhyzomélique, *Il Policlinico*, 1898, p. 537-566. — Baillou. *Opera medica omnia.* Paris 1685. — Barjon. *La radiographie appliquée à l'étude des arthropathies déformantes*, Th. de Lyon, 1897. — Beer, Berthold. Ueber Rigidität der Wirbelsaüle, *Wien. med. Blät.*, 1897, nos 8 et 9. — Von Bechterew. Neue Beobachtungen und pathologische-anatomische Untersuchungen über Steifigkeit der Wirbelsaüle, *Deutsch. Zeits. f. Nervenheilk.*, XV ; — Steifigkeit der Wirbelsaüle und ihre Verkümmung als besondere Erkrankungsform, *Neurol. Centralbl.*, 1893, n° 13. — Besnier. Art. rhumatisme, in *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1877. — Bondet. *Leçons cliniques*, 1899-1900. — Bonhoffer. Démonstration d'un cas complexe de spondylose rhyzomélique, *Allg. Zeits. f. Psychiat.*, 1900. — Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition*, Paris 1885. — Bouillaud. *Traité clinique du rhumatisme*, Paris 1840. — Bourneville. Rhumatisme chronique, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1872-1874. — Bregman. De l'ankylose de la colonne vertébrale, *Medicina*, 1899. — Brissaud. *Cliniques*, 1898. — Bradford. Ankylous of the spine ; three cases following rheumatism, two being of gonorrhal origin., *Annal. on anat. and surg.*, 1883. — Bucquoy. Des formes chroniques du rhumatisme articulaire, *France méd.*, 1875. — Cantani. Ankylose de la colonne vertébrale, spondylose rhyzomélique de Marie, *Xe Congrès de la Soc. ital. de méd. interne*, Rome, 1899 ; — *Il Policlinico*, VII, nos 6, 8 et 9, août-septembre 1900. — Caubet. Rhumatisme chronique et arthrite déformante progressive, *Revue méd. de Toulouse*, 1889. — Cazal. *De l'étiologie du rhumatisme chronique déformant des extrémités à la Salpêtrière*, Th. de Paris, 1897. Charcot. *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards*, Paris, 1874 ; *Id*, 1889 ; — *Étude pour servir à l'histoire de l'affection décrite sous le nom de goutte asthénique primitive*, Th. de Paris, 1853. — Chaikewitch. Soudure du rachis. *Vratch*, 1899 (en russe). — Chauffard. Leçons sur le rhumatisme articulaire aigu et les pseudo-rhumatismes infectieux, *Bull. méd.*, 1894. — Chmielewski. Arthrite ankylosante de la colonne vertébrale et des grosses articulations, *Questions de médecine neuro-psych.*, 1900 (en russe). — Chomel. *Essai sur le rhumatisme*, Th. de Paris, 1813. — Cong. internat. ital. de méd. interne, XIe session, Pise, oct. 1901. — Cornil. Mémoire sur les coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique, *Gazette méd. de Paris*, 1864. — Ch.-L. Dana. Chronic stiffness of the vertebral column, *Med. News*, 25 nov. 1899. — Delmas. Considérations sur la pathologie du rhumatisme chronique, *Arch. gén. de méd.*, 1899. — Deville. Étude pour servir à l'histoire de l'affection dite « goutte asthénique primitive », *Bull. de la Soc. anat.*, 1848-1850. — Dorendorf. Inflammation chronique ankylosante de la colonne vertébrale, *Charité-Annalen*, Berlin 1900. — Durand-Fardel. Étude criti-

que de l'étiologie de l'arthrite noueuse, *Journ. des connais. méd.*, 1880 ; — Étude critique des connexions pathologiques de l'arthrite noueuse, *Ibid.*, 1881. — ESHNER. Un cas de spondylose rhyzomélique, Soc. neur. de Philadelphie, *The Journ. of nerv. and ment. diseases*, may 1900.p. 291. — FAURE. *Contribution à l'étude des méningites spinales*, Th. de Lyon, 1890. — FEINDEL et FROUSSARD. Un cas de spondylose rhyzomélique, *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, oct. 1898, p. 321. — FORESTIER. De la spondylose rhumatismale, ou rhumatisme vertébral chronique, *Archiv. gén. de méd.*, juillet 1901. — FOULON. *Pachyméningite hypertrophique, probablement rhumatismale à forme curable*, Th. de Paris, 1900. — FRAZIER, Ostéo-arthrite du rachis et des hanches, *University med. magazine*, juillet 1900. — GABBI. Spondylose rhyzomélique, *Reale accad. peloritana di Messina*, 27 juin 1900. — GARROD. A contribution to the theory of the nervous origin of rheumatoid arthritis, *Med. chir. Transact.*, London, 1888. — GASNE. Un cas de spondylose rhyzomélique, Soc. méd. des hôp., 3 mars 1899. — GRAS. *Sur le rhumatisme articulaire chronique*, Strasbourg 1848. — GUÉNEAU DE MUSSY, *Cliniques*, 1875. — HAMMOND. XIII[e] Congrès intern. de méd., Paris 1900. — HANOT. Sur les formes anormales du rhumatisme articulaire aigu, *Presse méd.*, 1896. — HAYGARTH. *A clinical history of the nodosity of the joints*. — HEILIGENTHAL. Die chronische Steifigkeit der Wirbelsaüle (Bechterew) und die chronische ankylosirende Entzüdung der Wirbelsaüle (Strümpell), spondylose rhyzomélique (Marie), *Centralbl. f. die Grenzgebiete der Med. und Chir.*, 18 janvier 1900; — *Deutsche Zeits. f. Nervenheilk.*, 22 février 1900. — HEVEROCH. Un cas d'arthrite déformante de la hanche se rapprochant de la spondylose rhyzomélique, *Soc. des méd. tchèques de Prague*, 20 nov. 1899, résumé in *Revue neurol.*, 1900, p. 571 ; — *Revue neurol.*, 1902, p. 196. — HOMOLLE. Art. RHUMATISME du *Dict. de Jaccoud*, 1882. — JACCOUD, Rhumatisme déformant, *Cliniques de la Pitié*, 1886. — JAKSCH. Un cas d'affection polyarthritique de la colonne cervicale, *Bollet. della cliniche*, juin 1901. — JARJAVAY. *Quelques considérations sur le rhumatisme articulaire chronique, particulièrement chez les vieillards*, Bordeaux 1887. — JOHANNESSEN. Sur le rhumatisme articulaire chronique et l'arthrite déformante de l'enfance, *Norsk Magazin for Loegevidenskaben*, 1899. — KETLY. Rhumatisme articulaire chronique et spondylose rhyzomélique, *Boll. delle cliniche*, mai 1901. — KINCLEWSKY. Inflammation ankylosante du rachis et des grosses articulations des membres. Spondylitis déformant, spondylose rhyzolémique, *Questions de médecine neuro-psychologique*, 190, p. 163 (en russe). — KIRCHGASSER. Ueber chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsaüle, *Münch. med. Wochens.*, october 1899. — KŒHLER. Ein seltener Fall von Spondylitis deformans, Berlin, *Charité Annalen*, 1887, XII, p. 619. — KOLLARITS. *Chronischer Gelenksrheumatismus und Spondylose rhyzomélique*, Wien 1901, 27 p., 6 fig. ; — *Klin. ther. Wochen.*, 1901. — M[me] KRITCHEVSKY-GOCHBAUM. *Sur un cas d'ankylose progressive et généralisée, synartrophyse*, Th. de Paris, 1900. — KUHN. Contribution à l'inflammation ankylosante de la colonne vertébrale, *Münch. med. Wochens.*, n° 39, 25 septembre 1900. — LAIGNEL-LAVASTINE. Un cas de spondylose rhyzomélique, *Revue neurol.*, 1900. — LANCEREAUX. Le rhumatisme chronique, *Union méd.*, Paris 1889 ; — *Leçons de clinique médicale*, 1892. — LANDRÉ-BEAUVAIS. *Doit-on admettre une nouvelle espèce de goutte sous la dénomination de goutte asthénique primitive?* Th. de Paris, an VIII. — LÉPINE. Soc. nat. de méd. de Lyon, 7 janv. 1901. — LERI. La spondylose rhyzomélique, *Revue de méd.*, 1899. — LERI et FOLLET. Myoclonie et spondylose rhyzomélique, *Soc. de neurol.*, Paris 1900. — LEYDEN. *Traité clinique des maladies de la moelle*. — LICHTEIM. Spondylose rhyzomélique, *Deuts. med. Wochens.*, 1899. — Paul LONDE. De l'arthropathie nerveuse vraie et des troubles trophiques articulaires d'apparence rhumatoïde, *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1897. — MARIE. Deux cas de spondylose rhyzomélique, Soc. méd. des hôpit. de Paris, 11 fév. 1898; — Sur la spondylose rhyzomélique, *Revue de méd.*, 1898. — MARIE et LÉRI. Autopsie d'un cas de spondylose rhyzomélique, Soc. méd. des hôpit. de Paris, 24 fév. 1899. — MARIE et ASTIER. Sur un cas de cyphose hérédo-traumatique, *Presse méd.*, 1897, p. 205. — MARKUSZEWSKI. *Contribution à l'étude de la spondylose rhyzomélique*, Th. de Paris, 1899. — MASSALONGO. XI[e] Cong. italien de méd. interne, Pise, oct. 1891. — MATTIROLO. Un cas de spondylose rhyzomélique chez un homme de soixante-deux ans, *La clinica moderna*, oct., nov., déc. 1900. — MAZERET et CUILLERET. Troubles trophiques liés au rhumatisme noueux, *Lyon méd.*, 1888. — MAXAHANE. Rigidité chronique de la colonne vertébrale, *Klin. ther. Wochens.*, 1900, n° 26. — MERY. Un cas de spondylose rhyzomélique, Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1899. — MEYER. Ankylose chronique de la colonne vertébrale, *Deuts. med. Wochens.*, 1899. — MILIAN. Ankylose osseuse de la colonne vertébrale. Soc. anat. de Paris, 3 fév. 1899. — MOORE. Dorsal and lumbar vertebral schowing rheumatic arthritis, *The Lancet*, 1883. — MORESTIN. Ankylose des articulations intervertébrales et costo-vertébrales chez un chat. Énorme hyperostose du rachis. Soc. anat. de Paris, nov. 1901. — MULLER. Inflammation ankylosante chronique de la colonne vertébrale, *Münch. med. Wochens.*, 1899. — MUSGRAVE. *De arthritide symptomatica*, Genève 1702; — *De arthritide anomala sive interna*, 1707. — NOTTA. De la pathogénie du rhumatisme et la valeur de la théorie spinale, *Union méd.*, Paris 1883. — PANYREK. Spondylose rhyzomélique, résumé in *Revue neurol.*, 1901, p. 688. — PINTO. *Etude clinique des principales formes du rhumatisme articulaire chronique*, Montpellier 1880. — REGNAULT. Rhumatisme chronique vertébral, Soc. anat. de Paris, 30 mars 1900. — REGNAULT. Rétrécissement des trous de conjugaison des vertèbres dans l'arthrite déformante rhumatismale, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1900, p. 333 ; — Fusion congénitale partielle de l'occipital et de l'atlas, Soc. anat. de Paris, 1900, p. 691. — RENDU. Du rhumatisme spinal, Soc. med. des hôp. de Paris, 1878; — Soc. méd. des hôp. de Paris, 14 avril 1899. — RUBENSTEIN. Des différentes formes du rhumatisme articulaire chronique, Soc. de méd. interne Berlin, fév. 1900. — SACHS et FRÆNKEL. Rigidité ankylosante progressive de la colonne vertébrale, *The Journ. of nerv. and ment. diseases*, janv. 1900, p. 1. — SALMONI. Rigidité de la colonne vertébrale, *Riv. crit. di clin. med.*, 2 et 9 fév. 1901. — SCHLESINGER. Ueber die chronische Steifigkeit der Wirbelsaüle, *Mitt. aus der den Greuzgebieten*, 1900; *Ibid.*, FISCHER, édit., Iena 1900. — SCHULLER. *De l'origine microbienne du rhumatisme articulaire chronique*, Berlin 1896. — SENATOR. Un cas de spondylose chronique, *Berl. klin. Woch.*, 1899. — SILVAGNI. Polyarthrite rhumatismale et rigidité vertébrale, *Riv. crit. di clin. med.*, 31 mai 1901. — STRUMPELL. Bemerkung über die chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsaüle und die Hüftgelenke, *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, 1897, p. 338. — SYLLABA. Rigidité de la colonne vertébrale, Soc. des méd. tchèques à Prague, 12 mars 1900 ; résumé in *Revue neurol.*, 1902, p. 33. — SYDENHAM. *Opera omnia*, 1666. — TEISSIER. Troubles cardiaques dans un cas de péri-arthrite cervicale d'origine traumatique, Congrès de l'Afas, Blois, 1884; — et ROQUE. Rhumatisme chronique, *Traité de méd. et de thérapeutique*, III, 1896. — TOUCHE. Rhumatisme ankylosant chez une jeune fille, Soc. anat. de Paris, 1900. — THANASSESCO. *Contribution à l'étude du rhumatisme chronique de la colonne vertébrale*, Th. de Paris, 1892. — TROUSSEAU. *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu* ; — Du rhumatisme noueux, *Gaz. des hôpit.*, 1861. — VALLIN. Note sur les arthropathies consécutives aux altérations aiguës de la moelle, Soc. méd. des hôp. de Paris, fév. 1878. — VASQUEZ-FIGUEROA. Spondylose rhyzomélique, *Riv. de med. y cirurg. pract.*, Madrid, n° 646. — VENTO-PEREZ. Contribution al estu-

dio de la spondylosis rizomélica, *Riv. de med. y cirurg. de la Habana*, 25 juillet 1901, p. 347. — VERGELY. *Essai sur l'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire chronique progressif*, Th. de Paris, 1866. — VIRCHAUX. *Contribution à l'étude des formes graves du rhumatisme chronique.* — ZENNER. Rigidité de la colonne vertébrale, *Journ. of nerv. and ment. diseases*, 1899, n° 11. — ZOHRAB. *Rapports des lésions organiques du cœur avec certaines affections du système nerveux*, Thèse de Lyon, 1885.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les aliénés convalescents. Au conseil supérieur de l'Assistance publique. — Au cours de sa dernière session qui vient de prendre fin, le conseil supérieur de l'Assistance publique a adopté un contre-projet de M. Lefèvre dont voici le texte :

« En vue de faciliter le retour des aliénés guéris à la vie libre, le conseil supérieur de l'Assistance publique émet les vœux suivants :

1° Dans les établissements destinés au traitement des aliénés, il doit être créé des quartiers de convalescents où les malades jouiront d'un régime spécial et d'une liberté spéciale réglés par le médecin.

2° Les aliénés convalescents pourront, dans les conditions déterminées plus loin (paragraphe 4), bénéficier de sorties d'essai.

3° Les malades seront, soit confiés à leurs familles, soit placés dans des familles désignées par l'administration.

Dans l'un comme dans l'autre cas, ils seront soumis à la surveillance des autorités municipales et à des visites de médecins-inspecteurs désignés par l'administration.

Avis sera donné au parquet.

4° La sortie d'essai sera prononcée par le préfet, sur avis du médecin traitant et du médecin-inspecteur qui sera chargé de visiter le convalescent pendant la durée de sa convalescence.

5° Le conseil émet le vœu que l'on donne à l'aliéné convalescent, pendant la période qui sépare la sortie provisoire de la sortie définitive, une condition juridique analogue à celle du mineur émancipé. »

Le conseil supérieur de l'Assistance publique a encore adopté les propositions suivantes :

« En vue de faciliter le retour des aliénés à la vie libre et de désencombrer les asiles, il est à souhaiter que les départements entrent de plus en plus dans la voie du traitement familial de l'aliéné, soit dans sa propre famille, soit dans des familles étrangères, et de la colonisation familiale. Ce mode d'assistance s'accompagnera de secours en argent s'il y a lieu. »

Le conseil supérieur a renouvelé, en outre, le vœu émis par lui en 1891, que chaque administration départementale favorise la création de sociétés de patronage pour les aliénés.

Enfin, sur la proposition de M. le docteur Lande, le conseil a adopté les vœux suivants :

« Qu'il soit créé un quartier spécial d'observation pour chaque asile d'aliénés, l'admission du malade ne devenant définitive qu'après avis du médecin chargé du service de ce quartier.

Que l'administration supérieure fixe le nombre maximum de malades qui pourront être confiés à chaque médecin dans les asiles d'aliénés. »

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-quatrième semaine, 878 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 913 pendant la semaine précédente. L'état sanitaire est donc assez satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, au lieu de 4 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 7; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins (27) est stationnaire et inférieur à la moyenne (45).

La variole a causé 1 décès, au lieu de la moyenne 4; le nombre des cas nouveaux (17) est un peu supérieur à celui de la semaine précédente (10), mais inférieur à la moyenne 26. A Londres, l'épidémie a fait moins de victimes; elle n'a causé que 29 décès pendant la vingt-troisième semaine, au lieu de 48 pendant la vingt-deuxième, et continue à envahir les quartiers sud de la ville.

La rougeole a causé 29 décès, au lieu de 33 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 26; la scarlatine avec 4 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 2 pendant la semaine précédente; la coqueluche avec 15 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente (la moyenne est 8), restent à peu près stationnaires. La diphtérie a causé cette semaine 11 décès, au lieu de 15 pendant chacune des deux semaines précédentes; ce chiffre se rapproche de la moyenne 7; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 114, au lieu de 95 et 110 pendant les deux semaines précédentes (la moyenne est 68).

La diarrhée infantile a causé 27 décès de 0 à 1 an, au lieu de 46 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 37. En outre, 24 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 103 décès, au lieu de 150 pendant la semaine précédente et au lieu de 123, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 5 décès (au lieu de la moyenne 9); bronchite chronique, 10 (au lieu de la moyenne 15); pneumonie, 18 (au lieu de la moyenne 31); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 70 (au lieu de la moyenne 68), dont 23 sont dus à la congestion pulmonaire et 44 à la broncho-pneumonie. En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 217 décès; la méningite tuberculeuse, 22; la méningite simple, 12; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 11 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 50; les maladies organiques du cœur, 55; le cancer a fait périr 47 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès; la cirrhose du foie, 11; la néphrite, 24; enfin, 24 vieillards sont morts de débilité sénile.

L'inoculation de la tuberculose à l'homme. — Au dernier Congrès de la tuberculose à Londres, le professeur Koch ayant affirmé que la tuberculose des bovidés n'était pas transmissible à l'homme, une vive discussion fut soulevée à ce sujet. Un médecin de Paris, M. le docteur Garnault, a voulu prouver, *en expérimentant sur lui-même*, que le professeur Koch se trompe. Hier aux abattoirs de la Villette, il s'est inoculé lui-même des produits tuberculeux provenant de ganglions d'une vache tuberculeuse.

La peste à Marseille. — Le paquebot *Espagne*, des Transports maritimes, vient d'être retenu au Frioul pour un cas suspect.

Le choléra en Chine. — Une dépêche de Berlin annonce que le choléra vient de se déclarer avec violence à Shanghaï.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Estre, le doyen des médecins français restés en Alsace-Lorraine depuis l'annexion, décédé à Remilly, près Metz, à l'âge de quatre-vingt-neuf ans. Il collaborait, à ses moments perdus, aux journaux français de Lorraine, sous le pseudonyme de Jean de Rémilly; il excellait à tourner de jolis contes en patois lorrain. M. Estre était le beau-père de M. le docteur Poirier, doyen de la Faculté des sciences de Clermont-Ferrand; et Châtelain, de Saint-Amour (Jura).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

ÉCRASEMENT ANTÉRO-POSTÉRIEUR DU THORAX

CONTUSION DU CŒUR. EXPLORATION DU PÉRICARDE ET DU CŒUR PAR LA VOIE DIAPHRAGMATIQUE

Par M. le docteur Mauclaire, professeur agrégé,
chirurgien des hôpitaux de Paris.

La question du traitement chirurgical des plaies du péricarde et du cœur étant pour ainsi dire à l'ordre du jour, il nous a paru intéressant de publier l'observation suivante :

Observation. — Le 14 avril 1902, un jeune homme, âgé de vingt ans, en état d'ivresse, est écrasé contre un mur par le moyeu de la roue d'une grosse voiture. Il fut transporté aussitôt à l'hôpital Bichat, dans le service de notre maître, M. Picqué, et je fus appelé pour l'examiner.

Le facies est décoloré, la respiration saccadée, irrégulière, le pouls est petit, intermittent. A la palpation du thorax on a noté des fractures au niveau des troisième, quatrième et cinquième côtes droites à l'union de leur tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs et au niveau des deuxième et troisième côtes gauches près du sternum.

Au moment de l'entrée du malade on entendait à distance un bruit de crépitation ou de frottement et qui disparut ensuite; il faut l'attribuer probablement au frottement des surfaces osseuses fracturées; mais ce fait nous influença au point de vue du diagnostic.

A la percussion, je trouve de la sonorité thoracique exagérée dans l'hémithorax gauche. Je recherche la matité précordiale; elle ne paraît pas plus grande qu'à l'état normal, la pointe du cœur ne paraît pas déplacée. L'espace de Traube a sa sonorité normale.

A l'auscultation on entend un peu la respiration à gauche. Les bruits du cœur sont sourds, lointains, et j'entends nettement un bruit difficile à qualifier, c'est comme un bruit de frottement ou de drapeau ou d'un corps de pompe qui aspire. Je ne trouve pas le bruit de moulin, caractéristique de l'épanchement d'air et de sang entre le péricarde et la face interne du poumon gauche.

Le malade est dans un état de somnolence. Par moment, sa respiration semble s'arrêter, la figure pâlit, les lèvres surtout, le pouls se ralentit et je crois que le malade va succomber en état syncopal.

Le diagnostic des lésions viscérales thoraciques me paraît bien difficile à préciser. Malgré la zone normale de matité précordiale, je pense volontiers à l'existence d'un épanchement sanguin soit intra-péricardique soit extra-péricardique dans le lit du cœur, étant donné surtout les conditions de l'accident, l'état du pouls et principalement la tendance à la syncope. On sait d'ailleurs combien le signe de la matité précordiale est trompeur ou tout au moins n'est très net que si l'épanchement intra-péricardique est très abondant.

La situation me paraît pressante. La ponction exploratrice pure et simple de la cavité péricardique, si elle est positive, nous montrera bien l'existence d'un épanchement sanguin, mais elle ne nous dira pas exactement d'où vient le sang. Si le sang est coagulé, la ponction sera négative et de nombreux travaux récents ont montré les dangers de la ponction.

Étant donné l'écrasement du thorax, je me décide à pratiquer l'exploration du péricarde et du cœur, non pas par la voie thoracique antérieure mais par la voie diaphragmatique, avec l'aide de M. Lafoy, interne du service.

N'ayant pas ce qu'il faut pour endormir le malade avec l'éther, qui est moins syncopant que le chloroforme, je fais donner ce dernier anesthésique. Pour faciliter l'opération le sujet est placé en position légèrement déclive, c'est-à-dire les épaules plus basses que le siège.

Une incision est faite depuis la base de l'appendice xyphoïde jusqu'à l'ombilic. La cavité abdominale étant ouverte, la main de notre aide abaisse le lobe gauche du foie et l'estomac est recouvert et repoussé par des compresses. Les mouvements respiratoires rendent l'attaque, c'est-à-dire l'incision du diaphragme, assez lente. A travers celui-ci, on voit battre la pointe du cœur. Il est impossible par la palpation de reconnaître s'il existe du sang dans la cavité péricardique. Nous incisons dès lors le diaphragme à cinq ou six centimètres à droite de la région où bat la pointe du cœur. Cette incision est faite en nous y reprenant à plusieurs fois, étant donné la profondeur de la région et les mouvements du diaphragme; l'appendice xyphoïde est subluxé en haut. L'incision péricardique faite, il s'écoule une cuiller à soupe d'un liquide séreux non sanguinolent. De plus, à ce moment, pour mon aide et pour moi il ne nous paraît pas douteux qu'une forte bouffée d'air s'échappe de la cavité péricardique aussitôt après son ouverture et dès lors le diagnostic de pneumo-péricarde par communication du poumon et du péricarde nous paraît évident. (Nous verrons que l'autopsie montra que ce fut là une illusion, car cette communication n'existait pas. C'est le diaphragme qui, en s'abaissant, faisait entrer de l'air dans la cavité péricardique, puis, en se relevant, il expulsait cet air. Rappelons

que, un peu gênés par les mouvements du diaphragme, nous n'avions pu faire son incision qu'en plusieurs fois.)

Une incision tranversale de trois centimètres étant faite, il nous fut facile avec l'index d'explorer toute la pointe du cœur et la partie inférieure du bord droit. Comme il n'y avait pas de sang dans la cavité péricardique, notre exploration était terminée. Nous nous contentâmes de mettre un drain dans l'incision diaphragmatico-péricardique sans le faire dépasser outre mesure du côté de la cavité péricardique et en le fixant par un catgut aux parois de l'incision diaphragmatique. Celle-ci fut rétrécie. Le drain vint sortir au niveau de la paroi abdominale. Suture de celle-ci.

Le malade resta dans le même état de somnolence jusqu'à une heure du matin. A ce moment, il succomba sans présenter de symptômes d'asphyxie, ni d'hémorragie.

L'*autopsie* nous permit de constater les faits suivants : comme nous l'avons dit, l'existence de la communication de la cavité péricardique avec la plèvre et le poumon nous avait paru absolument évidente au cours de l'opération, aussi nous ne jugeâmes pas nécessaire, sur le cadavre, de contrôler l'existence du pneumothorax gauche. Nous enlevons le plastron sterno-costal et nous examinons le diaphragme, le cœur, le péricarde fibreux et les vaisseaux de la base. Entre la face externe du péricarde et la face interne du poumon gauche on trouve une très faible quantité de sang épanché; la face interne du poumon et sa languette antérieure sont très congestionnées. Le péricarde ne présente aucune trace d'ecchymose à sa face externe ni à sa face interne. Les lésions de la contusion siégeaient à la face postérieure du cœur, à l'entrecroisement du sillon vertical avec le sillon horizontal. Il y avait là plusieurs ecchymoses sous-péricardiques, dont une est large comme une pièce de 50 centimes. Du liquide introduit dans l'orifice artificiel du diaphragme ne sort par aucune autre ouverture. Il n'y avait donc pas de pneumo-péricarde avant l'opération. A la coupe du cœur il n'y a aucune lésion apparente du myocarde, ni des valvules.

Nous notons enfin les fractures des côtes sus-indiquées dans l'observation clinique et des ecchymoses sous-pleurales, rétro-sternales et rétro-costales. Le sternum paraît intact (1).

En dehors de ce cas particulier dans lequel l'opération a été purement exploratrice et non thérapeutique, nous pensons que la voie diaphragmatique peut rendre des services, surtout pour explorer le péricarde et le cœur, et dans certains cas pour traiter les lésions de ces organes.

Cette voie diaphragmatique fut conseillée par nous en novembre dernier pour aller masser le cœur au cours des alertes chloroformiques, parce que la voie thoracique antérieure peut se compliquer de pneumothorax (2). Voici tout d'abord deux observations d'intervention par la voie thoracique antérieure pour lésion péricardique ou cardiaque.

Observation. — En février 1899, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de notre maître, M. Picqué, nous avions fait la résection des extrémités sternales des quatrième et cinquième cartilages costaux avec production d'un pneumothorax en sectionnant le péricarde pour aller masser rythmiquement le cœur au cours d'une syncope chloroformique, mais celle-ci resta définitive. Or cet effondrement du thorax a quelque chose d'impressionnant.

Observation. — En mai 1901, à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Picqué, nous fûmes appelé pour examiner une malade qui s'était enfoncé un couteau long de 12 centimètres dans le cinquième espace intercostal gauche, à 2 centimètres environ du bord gauche du sternum; seul l'embout métallique du manche était à fleur de peau. Il y avait un pneumothorax gauche et un pneumopéricarde. Le couteau avait été introduit de droite à gauche. La malade s'était en outre donné à ce niveau une dizaine de coups de ciseaux.

Dans les tentatives faites tout d'abord pour retirer l'instrument, celui-ci au contraire s'enfonça plus profondément et alla se placer entre la face externe du péricarde et la face interne du poumon gauche, c'est-à-dire dans le lit du cœur. Avec l'aide de M. Menet, interne du service, nous n'avons pu enlever l'instrument vulnérant qu'après résection du cinquième ou du sixième cartilage costal sur une longueur de 3 centimètres; l'agrandissement de la plaie dans l'espace intercostal avait été insuffisant pour faire l'extraction (1). Le péricarde, que le couteau avait ouvert en passant, était largement béant; l'exploration directe de la pointe du cœur avec le doigt montra qu'elle n'était pas blessée. Il n'y avait pas d'hémorragie intrapéricardique ni intrapleurale. La plaie pleuropéricardique fut tamponnée avec une mèche. La moitié gauche du diaphragme était peu mobile comme si le nerf phrénique gauche avait été coupé.

Le lendemain, le pansement étant traversé par un peu de sang, nous endormons de nouveau la malade ; la plaie péricardique est explorée, mais il n'y a pas de sang dans le péricarde ni dans la cavité pleurale ouverte. La mammaire interne ne saigne pas. Un drain est placé dans la cavité péricardique. La température était de 38°2, le pouls petit, filiforme à 120 pulsations; la dyspnée très marquée. La malade, vésanique, délirait et s'agitait sans cesse. La mort survint le lendemain sans que nous puissions dire si elle fut provoquée par la septicémie, la syncope cardiaque, l'asphyxie par lésion pleuro-pulmonaire ou par hémorragie ou par action réflexe (2). (Par suite de la rigueur des règlements administratifs, l'autopsie n'a pu être faite.)

C'est à la suite de ces deux interventions thoraciques que nous nous sommes demandé si, dans certains cas (mais non pas dans tous les cas) il ne serait pas préférable d'explorer le cœur et le péricarde par la voie diaphragmatique, car la voie thoracique antérieure compliquée de pneumothorax est grave.

Larrey avait proposé, pour inciser le péricarde, *la voie épigastrique extra-péritonéale* (3). Il avait soigné un malade chez lequel un poignard avait blessé le péricarde en passant entre l'appendice xyphoïde et le bord inférieur de la septième côte. Il conseilla un procédé de pericardotomie, c'est-à-dire de drainage, et non pas un procédé d'exploration; il recommande une incision oblique qui, commençant au niveau de l'articulation chondro-sternale de la septième côte, suit le cartilage de cette côte et s'arrête à la saillie du cartilage de la huitième côte. Cette incision aurait 8 centimètres; on sectionne quelques fibres du grand droit et du grand oblique. On pénètre dans le médiastin entre le diaphragme et la paroi thoracique; on

(1) Les pièces ont été présentées à la Société anatomique, le 18 avril 1902.

(2) MAUCLAIRE. La chloroformisation, l'éthérisation et la cocaïnisation lombaire, leçon clinique parue in *Gaz. des hôpit.*, 5 déc. 1901.

(1) L'extrémité interne des espaces intercostaux est, en effet, souvent très étroite. Delorme et Mignon insistent avec raison sur ce point. Il y a d'ailleurs de grandes variations individuelles à ce sujet, si nous en jugeons d'après quelques recherches cadavériques.

(2) Perforation de la plèvre et du poumon et introduction complète d'un couteau tout ouvert dans la cavité pleurale. Extraction de l'instrument vulnérant après résection du sixième cartilage costal. Drainage du péricarde, Soc. anat., 1901, p. 483.

(3) LARREY. *Cliniques chirurgicales*, t. II, chapitre : « Plaies du péricarde et du cœur, » p. 290 et suiv.

ouvre le péricarde à son point le plus déclive. Cette incision lèse peut-être quelques fibres musculaires et la mammaire interne, mais cela importe peu. Baizeau a insisté sur ce fait que, par ce procédé, on peut éviter de sectionner les fibres diaphragmatiques dont les attaches xyphoïdiennes et les attaches sternales sont souvent séparées par un petit intervalle libre triangulaire à base inférieure, au niveau duquel la plèvre et le péritoine sont très rapprochés et presque en contact.

Mais, comme le font remarquer Delorme et Mignon (1), par ce procédé on peut manquer la cavité péricardique. On peut soit dévier en avant du péricarde ou bien en dehors vers le cul-de-sac pleural ou bien vers le péritoine.

Nous avons essayé cette incision de Larrey sur le cadavre. Si on s'en tient à ses limites, on n'a qu'une voie très étroite. On pourrait peut-être réséquer l'appendice xiphoïde en un cartilage costal, mais les anomalies des culs-de-sac pleuraux décrites par Delorme et Mignon et par Voinitch (2), etc., font craindre un pneumothorax opératoire. Mais comme drainage du péricarde, cette incision est excellente. Nous avons essayé de prolonger l'incision comme en fer à cheval sous l'appendice xyphoïde jusque sur la ligne verticale répondant au bord droit du sternum; on gagne ainsi un peu plus d'aisance.

Boufflleurs (3) eut à soigner un blessé qui avait reçu un coup de poignard dans la partie supérieure de l'abdomen. Il y avait une plaie du foie, du diaphragme et du péricarde, il fit la laparotomie pour suturer le diaphragme et le péricarde. Mais il est à noter que le chirurgien a suivi ici forcément la voie abdominale puisqu'il y avait déjà une plaie abdominale.

Loison (4), en 1899, pense « que la voie épigastrique transpéritonéale constitue une méthode d'exception dans le traitement des blessures cardio-péricardiques; elle trouvera son indication lorsque l'instrument aura traversé l'abdomen avant d'aller atteindre le péricarde, et l'on pourra, à travers l'ouverture de la laparatomie, aller suturer la blessure du péricarde et du diaphragme. Mais si le cœur a été blessé, il se fera à travers la plaie diaphragmatique une hémorragie importante que l'on ne sera en mesure de traiter convenablement, qu'en pratiquant rapidement une péricardotomie par la voie thoracique antérieure. »

C'est M. Poirier (5) qui fit le premier l'incision du diaphragme pour aller masser rythmiquement le cœur aussitôt après une syncope mortelle chloroformique. « Il fendait, d'un coup de pouce, les faisceaux xyphoïdiens du diaphragme. » Tout dernièrement (mai 1902) à l'hôpital Bichat, j'ai été appelé pour une alerte chloroformique initiale. Quand la respiration artificielle, les tractions rythmées de la langue, la trachéotomie furent faites sans résultat, je fis l'incision péricardo-diaphragmatique et le massage rythmique du cœur. Je n'ai pas osé placer directement les électrodes sur le cœur. Ici, également, cette intervention « héroïque » fut inutile. A l'autopsie, nous trouvâmes des adhérences pleurales de tout le poumon gauche.

(1) Delorme et Mignon. Ponction, incision du péricarde, *Revue de chir.*, 1895. p. 1005.

(2) Voir les schémas in Terrier et Raymond. *Chirurgie du péricarde et du cœur*, fig. 35 et suiv., et Voinitch. Th. de Saint-Pétersbourg, 1897 (elle est à la Faculté).

(3) Boufflleurs. *Chicago clin. Rev.*, 1892-93, t. I, p. 30 (cité d'après Loison).

(4) Loison. Blessures du péricarde et du cœur, *Revue de chir.*, 1899.

(5) Poirier. Soc. de chir., mars 1902.

Manuel opératoire. — L'incision diaphragmatique exploratrice que nous avons faite sur le vivant et que nous proposons doit être un peu oblique de droite à gauche et d'avant en arrière (1). Elle part du milieu de la concavité diaphragmatique, mais pas au sommet de cette concavité, un peu plus en avant : les battements du cœur contre le diaphragme servent de point de repère, car on incisera un peu en avant de la ligne transversale répondant à ces battements. Cette incision longue de 4 à 5 centimètres se dirigera vers la pointe du cœur sans l'atteindre, évidemment, ce qui est facilité par ce fait que la concavité du diaphragme est moins grande à gauche qu'à droite. Pour faire cette incision, le bistouri sera dirigé non pas d'avant en arrière vers le bord droit du cœur, mais un peu de bas en haut, presque verticalement, le bord du cœur étant éloigné du thorax, car il repose sur le diaphragme.

Une fois l'ouverture commencée sur la paroi diaphragmatico-péricardique, c'est sur le doigt que le reste de l'incision est faite avec les ciseaux. Répétons que les battements très visibles de la pointe du cœur servent de guide pour éviter de blesser celle-ci. Quand cette incision est faite, on voit bien, on peut explorer la base du péricarde, la pointe du cœur et la moitié inférieure du bord droit. On peut subluxer un peu en haut l'appendice xyphoïde, mais il ne faut pas le réséquer, car la plèvre passe quelquefois derrière lui (Voinitch).

En réséquant le bord gauche du thorax, on pourrait explorer une plus grande étendue de la surface du cœur. Ce qui gêne surtout, dans cette exploration par la voie diaphragmatique, ce sont les mouvements respiratoires et du thorax et du diaphragme; aussi l'opération faite sur le cadavre ne donne qu'une faible idée de ce qui se passe en réalité sur le vivant. Dans tous les cas, la résection pourrait porter :

1° Sur les neuvième et dixième cartilages costaux au niveau des neuvième et dixième articulations chondro-costales;

2° Sur le huitième cartilage costal, à 1 centimètre en avant de la huitième articulation chondro-costale, et enfin on séparera le pont cartilagineux qui unit le huitième cartilage costal au septième. C'est la résection thoracique que notre collègue Auvray (2) a proposée pour aborder la partie supérieure de la face postérieure de l'estomac dans certaines plaies hautes de l'espace de Traube.

Rochard (3) reproche, il est vrai, à cette résection d'être un peu compliquée, et, si elle n'est pas méthodiquement pratiquée, elle peut exposer à une blessure de la plèvre, Cependant en suivant le tracé susindiqué, la plèvre a bien des chances de rester intacte.

D'autre part, comme le lobe gauche du foie est difficile à abaisser, ne pourrait-on pas couper le ligament suspenseur et suturer celui-ci après l'intervention ou l'exploration péricardo-cardiaque? Ajoutons qu'avec une vulve en gouttière embrassant la région xyphoïdienne on se donne beaucoup de jour.

Il ne semble pas que cette incision transversale ou un peu oblique de la foliole moyenne du diaphragme puisse

(1) Voir plusieurs schémas anatomiques in *Bull. de la Soc. anat.*, avril 1902, sur les rapports avec les folioles du diaphragme et les angles sterno-péricardiques et costo-péricardiques.

(2) Auvray. Plaies de l'espace de Traube, *Cong. de chir. de 1899*, p. 348, et Soc. de chir., 1901.

(3) Rochard. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1901, p. 29.

léser une des branches internes des artères diaphragmatiques inférieures, ni les rameaux des artères diaphragmatiques supérieures, branches de la mammaire interne, ni les veines qui accompagnent ces artérioles.

Quant aux nerfs (1), nous voyons le phrénique droit perforer le diaphragme au côté externe de la veine cave inférieure. Le phrénique gauche contourne de haut en bas et de dedans en dehors le bord gauche du cœur jusqu'à la pointe. C'est au niveau de cette pointe qu'il prend contact avec le diaphragme. Il est plus long puisque la voussure diaphragmatique s'élève un peu moins haut à gauche qu'à droite. Seule l'anastomose transversale que s'envoient les deux phréniques à la face convexe et à la face concave du diaphragme pourrait être lésée, mais le muscle a bien d'autres nerfs. D'ailleurs l'anastomose transversale de la face convexe passe en avant du péricarde. Quant aux filets qui, de la face convexe, gagnent l'interstice qui sépare les faisceaux sternaux et costaux du diaphragme, ils ne peuvent être lésés. Enfin, pour ce qui est des autres nerfs du diaphragme et le plexus diaphragmatique, ils sont en dehors de la portion péricardique du muscle.

Avec une aiguille très courbe, la suture du diaphragme devra être évidemment faite avec soin, pour éviter ultérieurement la hernie diaphragmatique. A ce point de vue le drainage sera aussi rare que possible. La hernie diaphragmatique consécutive est en effet assez dangereuse, si nous en jugeons d'après les observations de Lapalle (2) et de Font-Réault (3). Pour éviter toute hernie consécutive, on pourrait même faire deux ou trois points fixant le lobe gauche du foie au diaphragme, et l'estomac au foie. Dans tous les cas, sans aucun doute, de Font-Réault nous paraît avoir exagéré la difficulté de la suture du diaphragme par la voie abdominale.

La lésion faite au diaphragme par cette incision, ne paraît pas devoir gêner la respiration. Schrœder et Green (4), de par leurs expériences, affirment que ce muscle n'est pas nécessaire à la respiration, chez le chien tout au moins.

INDICATIONS. — *Nous allons essayer de démontrer que l'incision diaphragmatico-péricardique peut être une voie exploratrice et aussi curatrice dans certains cas de rupture : plaie, corps étrangers, adhérences, du péricarde ou du cœur.*

Assurément quand il y a déjà un pneumothorax gauche, c'est à la voie thoracique antérieure qu'il faut donner la préférence pour explorer et traiter une plaie, soit du cœur, soit du péricarde.

Mais dans les cas de plaie du cœur, le pneumothorax est loin d'être la règle. Pour G. Fischer et plus récemment pour Loison, la lésion de la plèvre gauche ne s'observerait que dans 25 p. 100 des cas.

D'autre part la voie thoracique antérieure est à préférer dans les cas de plaie ou de rupture du cœur, si nous pouvions toujours décoller les bords de la plèvre et les récliner avec certitude pour éviter le pneumothorax. C'est ainsi que Delorme et Mignon, en proposant leur procédé de péricardotomie verticale après résection des cinquième et sixième cartilages costaux gauches, ont surtout pour but de récliner la plèvre alors même que son bord se prolonge sous le sternum. On peut même, ajoutent MM. Delorme et Mignon, réséquer le quatrième cartilage costal et avoir ainsi une incision péricardique « apleurale » de 7 centimètres de long. Le cul-de-sac pleural est refoulable, disent ces auteurs, grâce à la présence d'une couche graisseuse et dense qui le plus souvent double le rebord pleural, protège la séreuse et fait que le cul-de-sac pleural adhère peu au péricarde.

Mignon et Sieur ont pu chez leur malade réséquer les cartilages costaux des quatrième, cinquième et sixième côtes sur une longueur de 3, 4 et 6 centimètres. Le *cul-de-sac antérieur de la plèvre gauche n'avait pas été blessé et il fut facilement refoulé au dehors* afin de dégager toute la face antérieure du péricarde. La plaie du ventricule droit siégeait *vers sa base* et elle fut suturée. Quant au péricarde il fut incisé sur une hauteur de 7 centimètres. Ces deux auteurs pensent *qu'il faut être persuadé dans toute intervention sur le cœur de la nécessité de ne pas ouvrir la plèvre si elle n'a pas été perforée primitivement* (Société de chirurgie, 1901).

Le pneumothorax chirurgical a en effet une grande importance et à la Société de chirurgie, en 1901, si quelques cas rapportés de pneumothorax opératoire ont été suivis de guérison, quelques chirurgiens ont protesté contre cette bénignité. En effet tous les malades ne sont pas égaux devant le pneumothorax, du fait de la possibilité d'adhérences pleurales ou de l'état du poumon du côté lésé ou de celui du côté opposé. De plus, il ne faudrait pas conclure trop vite de l'animal à l'homme. Ainsi, chez le cobaye, à propos de recherches sur les corps étrangers pleuraux, nous avons produit un pneumothorax total bilatéral et l'animal, qui resta instinctivement ou nécessairement immobile pendant vingt-quatre heures, a survécu ; chez l'homme, nous avons vu la mort survenir en quelques heures après un pneumothorax accidentel, sans que l'infection puisse apparemment être invoquée ; le blessé succomba à une congestion pulmonaire aiguë du côté opposé.

En somme, s'il était toujours possible d'écarter la plèvre pour explorer *tout* le cœur, la pointe surtout, la voie diaphragmatique serait moins à recommander, bien qu'elle fût assurément moins délabrante que la voie thoracique.

Quoi qu'il en soit, voyons ce que peut donner l'exploration du péricarde et du cœur par une incision diaphragmatique. Celle-ci permettra surtout de préciser le diagnostic de *rupture* traumatique du cœur.

A. EXPLORATION TRANS-DIAPHRAGMATIQUE POUR RUPTURES TRAUMATIQUES DU CŒUR. — Elles sont assez fréquentes. Loison (1) en a réuni 54 observations. La rupture siégeait :

6 fois sur les valvules et leurs tendons ;
4 fois sur le ventricule droit ;
3 fois sur le ventricule gauche ;
5 fois sur l'oreillette droite ;
3 fois sur l'oreillette gauche ;
1 fois sur le ventricule droit et la cloison ;
1 fois sur le ventricule gauche et la cloison ;
1 fois sur la pointe du cœur ;
2 fois sur le péricarde et le ventricule droit ;
3 fois sur le péricarde et le ventricule gauche ;

(1) Voir SOULIÉ. In *Traité d'anatomie* de Poirier, t. III, fig. 548 et 549. — TESTUT. *Traité d'anatomie*, t. III, fig. 107.

(2) LAPALLE. *Plaies du diaphragme*, Th. de Bordeaux, 1896.

(3) DE FONT-RÉAULT. *Plaies thoraco-abdominales*, Th. de Paris, 1900-1901.

(4) SCHRŒDER et GREEN. Recherches anatomiques et expérimentales sur le nerf phrénique, *Amer. Journ. of the med. Sc.*, fév. 1902.

(1) Voir aussi BARIÉ. *Revue de méd.*, 1818. — ROSE. *Deutsche Zeits. f. Chirur.*, 1884. — CH. NÉLATON. Th. d'agrég., 1886. — BARIÉ. Lésions de la pointe du cœur, *Presse médicale*, 25 avril 1902. — DE QUERVAIN. *Semaine médicale*, 18 mai 1901. — DELHOMMEAU. Th. de Paris, 1902.

1 fois sur le péricarde et l'oreillette droite ;
1 fois sur le péricarde;
1 fois sur la cloison intra-ventriculaire.

Rappelons en passant le *mécanisme de ces ruptures*.

Pour Dezeimeris, le cœur se rompt à la façon d'un sac rempli de liquide et dont les parois sont soumises à une pression violente. Les ruptures traumatiques portent presque toujours sur le ventricule droit, c'est-à-dire sur celui qui dans les expériences de Chaussier résiste le mieux à une simple augmentation de pression. Rappelons que Chaussier comprimait l'aorte et produisait ainsi la rupture du ventricule gauche, tandis que la compression de l'artère pulmonaire ne produisait que la distension exagérée des cavités droites.

Nous avons renoncé à faire des expériences soit sur des animaux, soit sur des cœurs humains. Il est difficile de se mettre dans les conditions exactes du traumatisme et puis ici, comme pour les ruptures traumatiques du foie, de la vessie, de la rate, l'état préalable de l'organe atteint soit d'infection, soit de sclérose, joue aussi un certain rôle. Parfois ce sera plutôt une rupture spontanée qu'une rupture traumatique. Dans tous les cas, il nous semble que, dans ces traumatismes du péricarde et du cœur suivis de rupture, *il faut tenir compte de la compression du cœur contre la face antérieure des vertèbres dorsales*. Ainsi dans notre cas, c'est à l'angle de réunion du sillon vertical et du sillon horizontal que se trouvait la principale lésion de contusion et ce point est bien près du rachis. Malgré la présence des organes du médiastin postérieur, la violence du choc projette le cœur contre le rachis, depuis la quatrième dorsale jusqu'à la huitième. Ce mécanisme que nous invoquons expliquerait la fréquence des lésions des valvules dont les orifices sont bien en regard du rachis. Cette projection du cœur n'est pas étonnante puisque pour Messerer l'élasticité de la cage thoracique est telle jusqu'à vingt-cinq ans, que le sternum peut être appliqué sur le rachis sans fracture de côte.

Deschamps (1) constate que, dans l'écrasement antéro-postérieur du thorax, le cœur se rompt plus souvent au niveau des oreillettes et des troncs veineux qui aboutissent à celles-ci. Et cependant les oreillettes sont plus profondément situées que les ventricules et surtout que le ventricule droit dont la paroi antérieure n'est distante que de 5 à 6 millimètres du sternum. Pour Deschamps, dans ces conditions, « le cœur s'est rompu en un point de faible résistance, en un point où la colonne sanguine affluant vers le cœur s'opposait à la progression du liquide chassé par suite de la diminution de volume que faisait subir à l'organe son aplatissement, c'est-à-dire dans le voisinage des vaisseaux veineux. » Dans d'autres cas, dit Deschamps, c'est le fragment osseux du thorax antérieur (sternum ou côte) qui contusionne directement le cœur.

C'est donc à tort, suivant nous, que Deschamps ne signale pas cette contusion ou cette compression du cœur projeté contre le rachis, dont le séparent incomplètement cependant l'œsophage et l'aorte thoracique. D'autre part, la tension du péricarde fibreux est telle qu'il n'est pas illogique d'admettre des plaies péricardiques par arrachement (2).

Ce qui est grave dans ces ruptures du cœur, traumatiques ou spontanées, c'est l'épanchement sanguin intra-péricardique, car c'est lui qui comprime le cœur et en détermine l'arrêt subit par compression ou par arrêt réflexe [Leinertz (1)].

Et cependant il y a là quelque chose de paradoxal : tantôt une légère compression du cœur peut en déterminer l'arrêt; tantôt elle peut, au contraire, faire reparaître les mouvements rythmiques. Chez les chiens, le fait est évident et fréquent. Chez l'homme, les observations de retour des battements cardiaques après massage sont encore peu nombreuses.

Dans tous les cas, cet épanchement sanguin, compresseur du cœur, est la cause de bien des morts rapides. Les expériences de François-Franck (2) et de son élève Lagrolet (3) sont bien démonstratives à cet égard. Le sang est souvent coagulé dans le péricarde inextensible et c'est l'ablation de ce sang qu'il faut pratiquer, le plus vite possible, disions-nous, après bien d'autres, dans une leçon (4). Entre la simple petite fissure plus ou moins profonde avec faible hémorragie et la large fente du ventricule avec hémorragie abondante, on note tous les intermédiaires. Quoi qu'il en soit la voie basse peut suffire pour évacuer le sang.

B. Exploration trans-diaphragmatique pour plaies de la pointe du cœur. — Le diagnostic de plaie du cœur n'est pas toujours facile, même au cours de l'intervention [cas de Vallas (5)]. Etant donné que l'on a vu des balles contourner simplement la pointe du cœur sans entrer dans le tissu myo-cardiaque [observation de Kumar, cas curieux de Chaput (6)], on peut dire qu'il est logique dans certains cas de plaies de la pointe de ne pas se décider d'emblée à faire une large résection costale; l'exploration par la voie diaphragmatique serait utile dans ces cas, et si la suture ou tout autre procédé d'hémostase est impossible par cette voie, on suivra la voie antérieure.

Dans le même ordre d'idées, rappelons qu'il existe des observations de contusion du péricarde avec hémorragies intra-péricardiques, sans que le péricarde ait été perforé (Obs. de Baumann, Maurel, Moullins, Rosenthal, Zillner, etc.). Fischer, Deschamps, puis Loison en ont réuni une douzaine d'observations; l'hémorragie venait soit du péricarde, soit du cœur ; elle est en général peu abondante et l'évacuation pure et simple avec ablation des caillots peut être suffisante et pratiquée par la voie basse.

C. Exploration trans-diaphragmatique pour plaies thoraco-abdominales. — La voie diaphragmatique est tout indiquée si la plaie est thoraco-abdominale; le ventre ouvert, on peut agrandir la plaie diaphragmatique, explorer le péricarde et le cœur. Ces plaies de l'espace de Traube sont assez fréquentes (7), les symptômes qui prédo-

(1) Deschamps. *Ruptures du cœur sans lésions du péricarde*, Th. de Paris, 1892.

(2) Voir les coupes horizontales et sagittales de Luscka, *Traité d'anat.*, t. I, p. 400 et atlas ; et celles de Pirogoff.

(1) Leinertz. Th. de Paris, 1897.

(2) François-Franck. Soc. de biol., mai 1877.

(3) Lagrolet. *Compression du cœur par les épanchements intra-péricardiques*, Th. de Paris, 1878.

(4) Mauclaire. Leçons sur les plaies et les contusions du cœur, *Indép. méd.*, 1901.

(5) Vallas. Soc. de méd. de Lyon, 6 mars 1901.

(6) Chaput. Soc. anat., 1883. — La balle entrée d'avant en arrière blessa la paroi postérieure sans léser la paroi antérieure du ventricule. Schwartz attribue ce fait aux mouvements de spirale du cœur pendant ses battements. Peut-être y a-t-il eu ricochet contre le rachis sans que la balle ait traversé la paroi postérieure du péricarde.

(7) Mauclaire. Plaies de l'espace de Traube, *Arch. gén. de méd.*, 1890, t. I, p. 100.

minent sont le plus souvent des symptômes abdominaux, la lésion, de l'estomac. C'est par la laparotomie qu'il faut commencer en général, quand les lésions péricardiques ou cardiaques ne sont pas menaçantes.

De même, pour les plaies abdomino-thoraciques à trajet oblique ascendant (cas de Boufflers rapporté par Loison). Mais celles-ci sont bien plus rares que les précédentes.

D. Exploration trans-diaphragmatique pour corps étrangers du péricarde et de la pointe : aiguilles, etc. — Une variété assez fréquente de plaie du cœur c'est la blessure de la pointe par une aiguille qui souvent reste dans l'épaisseur du cœur (1). Fischer en a réuni 52 cas sur un total de 401 cas de plaies du cœur. Théoriquement, rien n'est plus facile d'explorer par la voie diaphragmatique, la pointe du cœur, de retirer le corps étranger, s'il n'est pas complètement enfoncé. De même par voie rétrograde on pourrait repousser de dedans au dehors un fragment d'épingle faisant saillie dans la cavité péricardique et, s'il y a infection du péricarde, drainer par le procédé de Larrey.

Sur le cadavre, on peut par la voie diaphragmatique explorer non seulement la cavité péricardique et son contenu, mais encore le médiastin postérieur et, partant, l'œsophage thoracique.

Le fait a son importance, car assez nombreux sont les cas d'ulcérations et de plaies du péricarde et du cœur par des aiguilles, des épines, des fragments osseux, des dentiers ayant perforé l'œsophage. G. Fischer, dans son mémoire si remarquable, en rapporte de nombreuses observations.

Rappelons que dans un cas curieux d'Andrew, une arête de poisson, siégeant dans l'estomac, perfore celui-ci puis le diaphragme, pour aller ouvrir la veine coronaire.

E. Exploration trans-diaphragmatique pour symphyses péricardiques. — En relisant les faits colligés par Loison, on est frappé de voir combien sont fréquentes les symphyses péricardiques, chez les malades qui ont eu une plaie du cœur et dont l'autopsie a pu être faite quelque temps après ; on trouve très souvent des adhérences péricardiques provoquées par la présence des caillots sanguins, très longs à se résorber et qui s'organisent pour former des adhérences. Or, ces adhérences péricardiques ne sont pas anodines. Elles ont pu avancer la mort du malade, car les conditions de la circulation sanguine se trouvent modifiées. En effet, à l'état normal, dans la cavité péricardique il y a une pression négative oscillante entre 3 et 5 millimètres de mercure. Si cette pression négative existe, c'est qu'évidemment elle a son utilité et la circulation du cœur et même de la périphérie n'est plus dans les conditions normales soit quand la cavité péricardique est à ciel ouvert, soit quand il y a des adhérences. Ce sont là des conditions physiologiques qui certainement ont leur importance, et je me demande si la disparition de cette pression négative n'a pas joué un rôle adjuvant dans la troisième observation rapportée ci-dessus et dans quelques cas de péricardotomie et d'interventions cardiaques suivies de mort. Cette fréquence des adhérences post-opératoires ne doit pas assurément contre-indiquer les interventions péricardo-cardiaques, mais il faut en tenir compte pour le pronostic éloigné, car ces adhérences peuvent provoquer de la congestion hépatique avec ascite sur laquelle insistait encore récemment Becker (1).

C'est pourquoi M. Delorme (2) a conseillé de rompre les adhérences cardio-péricardiques spontanées qui siègent le plus souvent à la pointe du cœur ou à son bord gauche. Ce chirurgien conseille la résection du quatrième cartilage costal et du troisième si cela est nécessaire et la rupture des adhérences sera faite sur les ventricules seulement, les oreillettes étant trop peu épaisses. Assurément la voie thoracique antérieure est la plus utile, on voit bien ce que l'on fait. Cependant, par la voie diaphragmatique, on pourrait aussi rompre quelques-unes de ces adhérences.

En résumé, dans ce travail, nous n'avons pas voulu opposer la voie thoracique antérieure à la voie diaphragmatique dans les cas de lésions péricardiques ou cardiaques d'ordre chirurgical. Nous avons voulu seulement préciser les indications de ces deux méthodes pour le moment.

(1) D'après Cadéac et Arloing, chez les animaux les corps étrangers du péricarde et du cœur sont fréquents et viennent directement de l'œsophage (Soc. de méd. de Lyon, 18 nov. 1895).

(1) Becker. Symphyse cardiaque avec hypertrophie du foie et ascite, *Philad. med. Journ.*, 15 mars 1902.

(2) Delorme. Soc. de chir., 1898.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

[13 juin 1902 (*fin*)]

Et d'abord liquidons l'arriéré.

C'est d'abord la communication de MM. Follet et Sacquépée, intitulée : **zona métamérique ; infection par un leptothrix.** Ce cas, outre qu'il démontre une fois de plus l'exactitude de la conception du professeur Landouzy sur la nature infec-infectieuse de ce syndrome, est intéressant parce qu'il a permis d'isoler dans le liquide des vésicules un germe pathogène très différent de ceux qui ont été jusqu'ici invoqués pour le zona, germe appartenant à l'espèce des leptothrix. Enfin cette observation contribue à mettre en lumière la non-spécificité du zona, susceptible, ainsi que l'a fait remarquer le professeur Brissaud, d'être provoqué par les microbes les plus divers connus et inconnus.

Vient ensuite une première communication de M. Belin sur un cas d'**abcès du cerveau consécutif à la grippe.** Dans ce cas la première lésion en date a été la suppuration du sinus frontal droit et des cellules ethmoïdales du même côté. La cavité orbitaire a été prise secondairement. Puis il y a eu infection de la dure-mère, des enveloppes du cerveau et de l'encéphale lui-même. Ce sont là les étapes successives de l'infection intra-cranienne au cours des sinusites. La face externe de la dure-mère est d'abord intéressée ; il se forme un abcès intra-dural, puis la dure-mère s'ulcère, une thrombo-phlébite des sinus se forme, puis un abcès encéphalique et concurremment de la méningite.

Puis une deuxième communication du même auteur relative à un cas de **gangrène symétrique des extrémités au cours de la fièvre typhoïde.**

(20 juin 1902)

MM. Ch. Achard et Ch. Laubry étudient les **crises chloruriques.** L'hypochlorurie des maladies aiguës n'est pas due au manque de chlorures provenant d'une alimentation insuffisante, mais à leur rétention dans l'organisme ; en effet, l'introduction supplémentaire de chlorures dans le tube digestif ou sous la peau, ne modifie point l'hypochlorurie et, lorsque la maladie guérit, les décharges critiques de

chlorures surviennent aussi bien chez les sujets non alimentés.

La rétention des chlorures n'est pas d'emblée à son maximum ; elle peut mettre plusieurs jours à s'établir. Elle atteint parfois un très haut degré, et l'excrétion chlorurée peut tomber au-dessous de 1 gramme par jour, et même à 0g25.

La rétention des chlorures cesse de façons diverses. Parfois l'ascension des chlorures urinaires est brusque et définitive, ou bien elle n'est que transitoire et figure sur le tracé une pointe aiguë, précédant de quelques jours le relèvement définitif. Plusieurs décharges peuvent se suivre. Dans d'autres cas, dans des pleurésies, dans des pneumonies à défervescence traînante, la courbe ne s'élève que lentement et graduellement.

Lorsque la convalescence est traversée par des rechutes ou des complications, la crise chlorurique manque ou est incomplète.

Dans la pneumonie, la crise chlorurique peut être aussi brusque que la crise thermique, mais suit celle-ci de quelques jours. Dans la fièvre typhoïde, les décharges chloruriques se font suivant des types variés ; c'est le plus souvent dans les premiers jours de la convalescence qu'elles ont lieu, quelquefois dès la période de déclin, quelquefois enfin tardivement, à une période avancée de la convalescence.

Quant aux autres crises urinaires, elles ne sont généralement pas parallèles à la crise chlorurique. Les variations des phosphates et des sulfates n'ont pas la même signification clinique. Le volume des urines peut être accru sans que les chlorures montent, s'il y a des décharges d'urée, de phosphates. Aussi la courbe des chlorures fournit-elle sur la marche de la maladie des renseignements plus importants que celle des urines, et l'hyperchlorurie a-t-elle plus de valeur, en tant que signe de bon augure, que la polyurie.

MM. Ch. Achard et L. Thomas cherchent un moyen d'arriver au **dosage approximatif des chlorures urinaires.** Pour interpréter en clinique les courbes des chlorures urinaires, il n'est pas besoin de dosages précis. On peut réaliser un dosage commode et suffisamment approximatif avec une technique comparable à celle du dosage de l'albumine par le tube d'Esbach.

Le procédé usuel pour le dosage des chlorures consiste à faire agir sur une quantité fixe d'urine additionnée de chromate de potasse une quantité variable de solution titrée de nitrate d'argent. Le procédé approximatif, au contraire, fait agir une quantité variable d'urine sur une quantité fixe de nitrate, additionnée d'un peu de chromate de potasse : la teinte brune du chromate d'argent ainsi formé vire au jaune quand il y a assez d'urine pour décomposer tout ce chromate. La teneur de cette quantité d'urine en chlorure est indiquée par la graduation du tube, qui va de 15 grammes à 2gr50.

Pour faire le dosage, verser dans le tube, jusqu'à une marque correspondant à 5 centimètres cubes, la solution du nitrate d'argent (à 29,075 p. 1000) et ajouter trois ou quatre gouttes de solution de chromate de potasse (à 1 p. 5). Puis verser l'urine par petites portions, en s'arrêtant à chaque trait de la graduation, pour agiter et observer si la teinte rouge brun vire au jaune. Lorsque ce virage s'est produit, lire le degré atteint sur l'échelle : le taux des hloru res lui est au moins égal.

Comme la graduation est d'autant plus exacte qu'il y a moins de chlorures, si le chiffre de ces chlorures est supérieur à 5, il est bon de recommencer un second essai avec de l'urine diluée. Au-dessus de 15 grammes, faire la dilution à 1 p. 6, au-dessus de 10 à 1 p. 4, au-dessus de 5 à 1 p. 2.

M. Bernard (du Val-de-Grâce) présente un malade, hystérique, chez lequel la névrose s'est manifestée par un symptôme unique : l'**hématurie.** C'est là un fait intéressant, d'abord parce que le diagnostic fut hésitant et difficile pendant longtemps, le pissement de sang ayant fait penser soit à une lésion médullaire, soit à une lésion vésicale, intéressant encore parce qu'il s'agit d'un cas d'hystérie monosymptomatique rendant d'autant plus délicate l'expertise médico-légale.

M. Touche présente des pièces anatomiques relatives à des **attaques épileptiformes dans l'hémorragie cérébrale ancienne.**

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(18 juin 1902)

Les ordres du jour deviennent tellement chargés à la Société de chirurgie que M. le président, pour les remplir, est obligé de couper court à toute discussion et n'accorde la parole aux orateurs qui la demandent que pour la prochaine séance, à l'occasion du procès-verbal. Cette manière de procéder est rendue nécessaire, sans doute, par l'abondance des communications, mais il n'en est pas moins regrettable, à notre avis, de supprimer ces discussions immédiates qui suivaient les communications et qui empruntaient à leur spontanéité même une partie de leur intérêt.

Nous revenons, avec M. Picqué, sur l'**exstrophie acquise de la vessie.** Dans la dernière séance, M. Guinard avait soutenu que cette inversion de la vessie était, pour ainsi dire, fatale après l'excision de la presque totalité de l'urètre et du col. M. Picqué, avec M. Bazy, pense qu'il y a là une exagération et que dans bien des cas on a pu faire des pertes de substances aussi étendues, sans voir se produire cette inversion vésicale. Pour M. Picqué, la question de la pathogénie de cette inversion reste donc entière.

M. Ricard a communiqué à la Société une observation de M. Hagopoff (de Constantinople) concernant **un cas de perforation typhique opéré et guéri** (1).

Voici le résumé en quelques mots : homme de quarante-trois ans, atteint d'une fièvre typhoïde typique. Le vingtième jour, alors qu'il entrait en convalescence, il fut pris, vers quatre heures du matin, d'une douleur dans le flanc droit, pouls fréquent et rapide ; météorisme abdominal, contracture musculaire au niveau de la fosse iliaque droite, facies grippé, nausées, pas de vomissements.

Ces signes s'exagèrent et le malade est opéré treize heures après. La laparotomie est faite, sous chloroforme, sur la ligne médiane. Une perforation du volume d'une lentille se trouvait à environ 20 centimètres de la valvule iléo-cæcale. Les surfaces intestinales étant essuyées et débarrassées de leurs fausses membranes à l'aide de compresses stérilisées chaudes, la petite perforation est oblitérée à la soie fine, par quelques points à la Lembert, sur deux plans superposés. Fermeture incomplète de la paroi abdominale et double drainage et mèches de gaze stérilisée.

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, Revue générale, 1902, p. 553.

Les suites furent rapidement bonnes. Le malade quitta l'hôpital complètement guéri le quarante-cinquième jour.

A côté de ce cas, M. Ricard en rapporte un autre qui offre quelque particularité. Il s'agit d'un malade qui, au cours d'une fièvre typhoïde traitée par son collègue et ami, M. Mathieu, à l'hôpital Andral, fut pris de phénomènes abdominaux graves : douleur, météorisme abdominal, contracture musculaire, facies grippé, ascension de la température. Le malade fut tranporté à l'hôpital Saint-Louis. Les symptômes étaient plutôt atténués quand il vit le malade ; il persistait du ballonnement du ventre, de la défense musculaire et une température élevée; mais l'état général était meilleur. Néanmoins, il crut devoir intervenir.

Dès l'incision péritonéale, l'issue d'un liquide sanieux démontra manifestement l'infection du péritoine. M. Ricard chercha aussitôt quel était l'état de l'intestin grêle du côté de la région cæcale. Les anses étaient de plus en plus congestionnées et injectées au fur et à mesure qu'il approchait de la terminaison du grêle. Brusquement, sortit une masse formée de plusieurs anses d'intestin agglutinées et recouvertes de fausses membranes. M. Ricard décolla ces anses, les débarrassa de leur enduit pseudo-membraneux verdâtre et trouva sur l'une des anses une surface érodée de la dimension d'une pièce de cinquante centimes — surface accolée directement à la surface d'une anse intestinale voisine et encerclée d'un bourrelet épais de fausses membranes. Sur le fond, un peu déprimé de cette surface, trois ou quatre points rougeâtres saillants, paraissaient témoigner de perforations oblitérées par des bourgeons charnus. Sans insister sur cette recherche, il enfouit cette plaque par deux étages de suture au catgut fin, et ferma l'abdomen en drainant.

Les suites furent des meilleures, la température tomba le jour même, il n'y eut aucune réaction opératoire, et le malade quitta l'hôpital, trente jours après son opération.

Ce sont là deux faits, qui doivent entrer à titre de documents à versr au débat encore en cours sur les indications de l'intervention chirurgicale dans les perforations typhiques de l'intestin.

On a beaucoup parlé dans ces dernières séances des **kystes hydatiques du rein.** M. Gérard Marchant nous apporte un nouveau fait : Une femme de trente-sept ans se présente avec une tumeur abdominale, latérale, gauche, allongée, oblique, fluctuante. Le diagnostic de kyste ovarique ou d'hydrosalpinx fut de suite éliminé. Ce ne pouvait être qu'un kyste de la rate ou du rein. M. Marchant diagnostiqua un kyste de la rate. Il fit la laparotomie latérale, trouva le grand épiploon et le côlon transverse au-devant de la tumeur, les écarta et s'aperçut alors que la tumeur était recouverte d'un feuillet péritonéal; il l'incisa, ponctionna la poche, en retira 1 litre de liquide eau de roche; il s'agissait donc d'un kyste hydatique du rein. M. Marchant détacha quelques adhérences, extériorisa la tumeur, l'incisa, en retira la membrane hydatique unique, s'assura qu'il n'y en avait pas d'autres, assécha la poche, en réséqua une partie, la sutura et la réduisit; cela fait, il fixa le rein qui était mobile à la paroi postérieure de l'abdomen.

La malade, opérée avant-hier, va aussi bien que possible et M. Marchant espère compter un succès de plus à l'actif de cette méthode.

M. Kirmisson fait un rapport sur une observation de **coxa vara**, communiquée par M. Coville (d'Orléans) et analogue à celle qu'a présentée récemment M. Maunoury. Il s'agit d'un garçon de seize ans, qui, à douze ans, fut renversé par une voiture. Les suites immédiates de ce traumatisme furent nulles ; mais après quelque temps, l'enfant se mit à boiter. Cette claudication alla toujours en augmentant et aujourd'hui cet enfant présente, du côté gauche, un raccourcissement de 3 centimètres, par suite de l'ascension du fémur.

Il y a en même temps abduction du membre avec rotation en dehors, léger degré d'équinisme, atrophie musculaire manifeste et ankylose de la hanche. Quelle est la pathogénie de cette affection? Avec l'auteur de l'observation, M. Kirmisson admet l'hypothèse de décollement épiphysaire.

M. Kirmisson fait l'historique de la question, rappelle des cas analogues qu'il a observés et fait remarquer que, d'après ces faits, il faut laisser une certaine place au traumatisme dans la pathogénie du coxa vara. Il faut aussi tenir compte de l'influence du rachitisme.

Très intéressantes les deux observations de M. Nélaton, relatives au **traitement des ankyloses osseuses par l'interposition musculaire**.

La première malade fut atteinte, en 1898, d'un accès de rhumatisme grave, l'ayant laissée complètement impotente, la jambe gauche croisée par dessus la jambe droite et ankylosée dans cette position qui ne lui permettait même plus de s'asseoir sur son lit. Cette malade resta ainsi pendant quinze mois. M. Nélaton fit une grande incision au niveau du grand trochanter, creusa une cavité cotyloïde, libéra la tête fémorale et interposa un lambeau musculaire. Le résultat obtenu est vraiment remarquable : cette malade marche; elle marche mal, mais elle marche et peut s'asseoir. M. Nélaton rapporte un autre cas analogue, dans lequel malheureusement une compression malencontreuse d'un appareil détermina une escare et une paralysie des extenseurs du pied, de telle sorte que le résultat de l'interposition musculaire s'en trouva fort compromis.

L'interposition musculaire, conclut en terminant M. Nélaton, constitue un moyen de premier ordre pour combattre les ankyloses osseuses invétérées, ankyloses contre lesquelles les divers procédés de résection restent impuissants et sont toujours suivis de récidive.

M. Weiss, membre correspondant, rapporte l'histoire lamentable d'une femme, en instance de divorce et enceinte de trois mois et demi, qui voulut se faire avorter. On introduisit une sonde de Doléris, qui au lieu de pénétrer dans le col, perfora le Douglas et par laquelle on injecta dans le péritoine 1 litre de sublimé au millième. Une péritonite grave s'ensuivit, la malade se trouva si gravement atteinte que M. Weiss, appelé auprès d'elle, fit la laparotomie et pratiqua un large drainage. Deux jours après, la malade expulsa le produit fœtal, et guérit contre toute attente, grâce surtout aux injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Dans l'une des dernières séances, M. Terrier a communiqué un fait intéressant dans lequel il s'agissait de troubles intestinaux graves dus à une **coudure de l'angle colique gauche**. M. Quénu revient sur la question, qu'il reprend *ab ovo*, dont il fait l'historique, l'anatomie pathologique, la symptomatologie et le traitement. A l'état normal le cæcum est habituellement distendu, le côlon transverse l'est moins et va en se rétrécissant et le côlon descendant semble rétréci. C'est toujours le cæcum qui est le point le plus dilaté. C'est là du reste une règle générale; partout où il y a coudure, il y a dilatation en arrière de la coudure.

M. Quénu a fait une série d'expériences et de recherches sur le cadavre. Par exemple, il prend un anse d'intestin grêle, fait une ouverture au niveau de l'anse sygmoïde, il introduit dans l'anse grêle de l'eau sous une pression déterminée; il augmente cette pression et l'écoulement reste le même par l'ouverture sygmoïde. Jamais la modification de pression n'a déterminé de modification parallèle de l'écoulement. Des nombreuses constatations cadavériques et des expériences qu'il a faites, M. Quénu conclut à l'existence très fréquente des petites brides siégeant surtout à l'extrémité du côlon transverse, petites brides auxquelles il faut attacher beaucoup plus d'importance qu'aux coudures comme éléments pathogéniques des troubles douloureux ou autres que présentent ces malades. Le premier devoir du chirurgien, dans ces cas, sera donc d'aller à la recherche de ces brides épiploïques.

Parmi les présentations, signalons quatre malades de M. Delorme, opérés avec succès d'**hémorroïdes** par son procédé d'excision; l'ablation de la **prostate** et l'extraction de calculs faites par M. Bazy par la voie périnéale, chez un malade opéré quelques semaines avant par la lithotritie; enfin, une **côte surnuméraire** du côté gauche présentée par M. Doyen.

MÉDECINE PRATIQUE

Le cyto-diagnostic.

Par M. L. Babonneix, interne des hôpitaux de Paris.

Depuis les remarquables travaux de M. Widal et de ses collaborateurs, une nouvelle science est née qui se propose de fournir, par l'examen des éléments cellulaires des liquides de l'organisme, des indications utiles au diagnostic et au pronostic de certaines affections : c'est le cyto-diagnostic.

C'est surtout en *pathologie nerveuse* que cette nouvelle méthode rend actuellement le plus de services : elle repose sur ce principe, qui n'est plus contesté que par quelques rares auteurs (Toison et Lenoble, Lewkowicz), qu'à l'état normal le liquide céphalo-rachidien ne contient aucun élément cellulaire. Si donc, au cours d'une affection nerveuse, on trouve dans ce liquide de nombreuses cellules, c'est qu'il existe un état pathologique des méninges. De plus, la nature de ces cellules variant avec la maladie, il est souvent possible, de par le seul examen microscopique, de déterminer la cause des lésions méningées.

La *technique* du cyto-diagnostic appliqué à l'étude des maladies nerveuses est relativement simple. Elle comporte nécessairement comme premier temps, la ponction lombaire. Nous ne décrirons pas à nouveau cette opération, qui a été étudiée ici-même, et nous renverrons ceux que la question intéresse, à la Revue générale de M. Lévi-Sirugue (1) et à l'excellent article de M. J.-A. Sicard (2). Dans un second temps, il s'agit de traiter le liquide obtenu par la ponction suivant les règles formulées par M. Widal. Pour cela, ce liquide est mis dans un tube effilé et centrifugé dans l'appareil de Krauss pendant une dizaine de minutes environ (3); puis le culot est extrait avec une pipette, et déposé sur des lames bien propres que l'on met à l'étuve à 37 degrés jusqu'à ce qu'elles soient sèches. Les préparations sont fixées à l'alcool-éther et colorées au bleu de méthylène, au bleu polychrome, au triacide d'Ehrlich ou encore à l'hématéine-éosine. Pour l'examen, il est bon d'employer l'objectif à immersion. M. Widal recommande de regarder toutes les préparations, les éléments cellulaires pouvant être plus nombreux sur l'une d'elles que sur les autres.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1900. — Voyez aussi : Les éléments de diagnostic tirés de la ponction lombaire, d'après M. Wolff, *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 123.

(2) *Presse méd.*, 1899.

(3) Il est parfois utile de le défibriner avant centrifugation.

Des *résultats* obtenus en suivant cette technique, les uns sont absolument démontrés à l'heure actuelle, les autres sont encore à l'étude. Parmi les premiers, il faut citer tout d'abord la lymphocytose qui accompagne les inflammations chroniques des méninges, et la polynucléose qui traduit l'irritation aiguë de ces membranes.

Les éléments cellulaires rencontrés dans les liquides céphalo-rachidiens pathologiques sont presque toujours, en effet, des leucocytes, et suivant que ces derniers sont des petits mononucléaires à gros noyau ou des polynucléaires à noyau bi ou trilobé, on dit qu'il y a lymphocytose ou polynucléose. La lymphocytose accompagne les états inflammatoires chroniques des méninges. C'est donc dans la *méningite tuberculeuse* (Widal, Sicard et Ravaut) qu'elle sera le plus nette et qu'elle acquerra sa plus haute valeur diagnostique. Et, en effet, dans la plupart des observations de méningites tuberculeuses ponctionnées, on a trouvé une lymphocytose pure ou prédominante du liquide céphalo-rachidien.

Mais il ne faudrait pas considérer la lymphocytose comme absolument pathognomonique de cette affection. Tout d'abord, elle a été observée dans la plupart des inflammations chroniques des méninges : paralysie générale, tabes, méningo-myélites syphilitiques, pachyméningite, etc. De plus, elle a été notée, au moins deux fois (Rendu et Géraudel, Achard et Laubry), dans des cas où il n'existait pas de méningite, et une fois dans un cas où, cliniquement, il ne s'agissait que de méningisme typhique (Méry et Babonneix). Enfin quelquefois, elle est remplacée par de la polynucléose, sans que l'on puisse, comme l'a soutenu M. Lewkowicz, rattacher cette polynucléose à l'existence de placards caséeux des méninges, puisque, dans une observation de M. Wolff, il y avait placards caséeux sans polynucléose, et dans une autre de MM. Guinon et Simon, polynucléose sans placards caséeux.

Nous avons dit que la lymphocytose s'observe dans la plupart des processus chroniques des méninges : elle a été signalée dans la sclérose en plaques (Carrière), dans le tabes et la paralysie générale (Nageotte), dans les méningo-myélites syphilitiques, dans la maladie de Friedreich (Widal et L. Le Sourd, Barjon et Cade), dans la pachyméningite cervicale hypertrophique (Widal et L. Le Sourd), le zona (Achard et Loeper), etc., elle indique presque toujours une lésion inflammatoire des méninges évoluant avec une lenteur relative et n'aboutissant pas à la suppuration.

La polynucléose, au contraire, caractérise les processus aigus des méninges, les méningites cérébro-spinales. Sa constatation est particulièrement précieuse lorsqu'il s'agit de dépister une méningite cérébro-spinale ambulatoire (Sicard et Brécy), ou de différencier une méningite aiguë du tétanos (1). Mais cette polynucléose est rarement aussi pure que la lymphocytose de la méningite tuberculeuse : il résulte en effet des travaux de Labbé et Castaigne, de Sicard et Brécy, que, une dizaine de jours après son début, les lymphocytes font leur apparition et arrivent à être aussi nombreux que les polynucléaires, plus nombreux même si la guérison doit survenir. A ce point de vue, les renseignements fournis par le cyto-diagnostic sont utiles non seulement au diagnostic, mais encore au pronostic : il semble en effet qu'il y ait une relation entre la nature de la formule leucocytaire du

(1) Dans ce dernier, le cyto-diagnostic est négatif (Milian et Legros).

liquide céphalo-rachidien et l'évolution de la maladie, les polynucléaires réapparaissant aux phases aiguës, les lymphocytes indiquant au contraire une guérison prochaine.

On pouvait penser que le cyto-diagnostic nous fournirait le moyen de différencier facilement les *états pseudo-méningitiques* des méningites véritables. En réalité, ces espérances n'ont pas été confirmées. La réaction leucocytaire, dans les cas de méningisme typhique, a été tantôt absolument négative (Widal, Dopter, Grenet), tantôt réelle, et consistant en une lymphocytose peu accusée (Vaquez) ou très marquée (Méry et Babonneix). Que ces variations dans la formule leucocytaire soient en rapport avec la gravité des accidents méningitiques (H. Grenet), la chose est possible et même probable, mais, pratiquement, le cyto-diagnostic ne peut pas nous fournir ici de renseignement décisif.

Il n'en est pas de même dans les affections dynamiques du système nerveux ni dans celles qui n'intéressent pas l'axe cérébro-spinal. C'est dire que dans l'hystérie, dans les maladies mentales, dans les polynévrites, dans les myopathies, il n'y a aucune réaction cellulaire du côté du liquide céphalo-rachidien; on pourra donc ainsi, dans les cas douteux, résoudre par le cyto-diagnostic la question de savoir si une maladie donnée est organique ou non, et, dans le premier cas, si elle intéresse les méninges cérébro-spinales.

Le cyto-diagnostic rend encore de grands services à l'étude des *épanchements pleuraux*. Il résulte, en effet, des recherches de MM. Widal et Ravaut, que dans les pleuro-tuberculoses primitives, il y a lymphocytose pure ou prédominante sans placards endothéliaux et que, dans toutes les autres affections de la plèvre (pleurésies des brightiques, des cardiaques, pleurésies consécutives à des tumeurs malignes du poumon, pleurésies septiques, etc.), on trouve constamment, dans le liquide pleural, des placards endothéliaux. L'absence de ces placards dans le premier cas, leur présence dans le second, sont ingénieusement expliquées par M. Ravaut : dans les pleuro-tuberculoses, il existe à la surface interne de la plèvre, une néo-membrane qui empêche la desquamation endothéliale; dans les autres pleurésies, il n'y a pas de néomembrane : le liquide pleural peut irriter l'endothélium qui se desquame. Quant aux autres caractères cytologiques du liquide, ils sont semblables à ceux du liquide céphalo-rachidien, c'est-à-dire qu'à l'irritation aiguë de la plèvre correspond la polynucléose et à l'irritation subaiguë ou chronique la lymphocytose.

Tels sont les principaux résultats fournis par le cyto-diagnostic. Ils permettent, dans un grand nombre de cas, de vérifier le diagnostic clinique et de préciser le pronostic : à ce titre, le cyto-diagnostic mérite d'entrer dans la pratique journalière.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 30 JUIN AU 5 JUILLET 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 30 JUIN, à une heure. — 1er, *Salle Corvisart* : MM. Poirier, Rémy et Cunéo.

3e (oral, nouveau régime, 2e partie), *Salle Richet* : MM. Hayem, Déjerine et Legry ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Reclus et Legueu ; — (2e série) : MM. Lannelongue, Broca (Aug.) et Walther ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Gaucher et Bezançon ; — M. Sébileau, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Hanriot, suppléant.

MARDI 1er JUILLET, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Salle Pasteur* : MM. Retterer, Lepage et Potocki ; — (ancien régime), *Salle Velpeau* : MM. Chantemesse, Charrin et Achard.

4e (ancien régime), *Salle Thouret* : MM. Proust, Gilbert, et Thoinot; — M. Rémy, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Schwartz et Thiéry ; — (2e série) : MM. Le Dentu, Pozzi et Marion ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Renon et Gouget ; — M. Ménétrier, suppléant.

(5e obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin ; — M. Quénu, suppléant.

MERCREDI 2 JUILLET, à une heure. — 1er (sages-femmes de première classe), *Salle Pasteur* : MM. Retterer, Lepage et Potocki.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Béclard* : MM. Reclus, Poirier et Wallich.

4e, *Salle Richet* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz ; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Lejars, Sébileau et Gosset; — (2e série) : MM. Kirmisson, Delens et Mauclaire ; — M. Widal, suppléant.

JEUDI 3 JUILLET, à une heure. — 1er (sages-femmes de deuxième classe), *Salle Corvisart* : MM. Rémy, Bonnaire et Demelin.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Salle Richet* : MM. Pozzi, Thiéry et Potocki ; — M. Launois, suppléant.

VENDREDI 4 JUILLET, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Salle Thouret* : MM. Brissaud, Gaucher et Teissier.

4e, *Salle Pasteur* : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz ; — M. Mauclaire, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Kirmisson, Walther et Gosset ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Widal et Bezançon ; — M. Legry, suppléant.

5e (obstérique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Desgrez, suppléant.

SAMEDI 5 JUILLET, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Salle Richet* (1re série) : MM. Gilbert, Thiroloix et Méry ; — *Salle Corvisart* (2e série) : MM. Hutinel, Ménétrier et Renon ; — M. Gouget, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Beaujon* : MM. Le Dentu, de Lapersonne et Faure ; — (2e partie) : MM. Chantemesse, Achard et Dupré ; — M. Jeanselme, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Potocki ; — M. Rieffel, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Centenaire de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris. — La souscription pour le livre du Centenaire et la médaille commémorative reste ouverte chez le trésorier du Comité, M. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne, jusqu'au 15 juillet. Passé cette date, il ne pourra plus être accepté de souscription.

Le Comité rappelle que le chiffre minimum de la souscription est de 25 francs pour les anciens internes et de 15 francs pour les internes en exercice et que la souscription est exclusivement réservée aux internes en exercice, aux anciens internes et aux familles des collègues décédés.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Dubail, chirurgien en chef de l'hôpital du Mans, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bizarelli, sénateur de la Drôme.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 71. — JEUDI 26 JUIN 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 26 JUIN 1902. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES
(*Hospice Saint-Lazare*).

LA BARTHOLINITE ET SON TRAITEMENT

Par M. Jullien (1),
Chirurgien de Saint-Lazare, agrégé des Facultés de médecine.

Nous allons vous entretenir aujourd'hui de l'inflammation de la glande vulvo-vaginale ou bartholinite.

C'est vers 1676 que Duverney décrivit chez la vache ces petites glandes, que Bartholin découvrait à son tour chez la femme quelque temps après, et auxquelles son nom devait rester attaché. Depuis, leur histoire pathologique a été l'objet d'un grand nombre de travaux dont les plus importants sont dus à Huguier.

Ces glandes, qui ont à l'état normal les dimensions d'une fève ou d'une amande, sont situées de chaque côté de l'orifice vulvo-vaginal, à 1 centimètre au-dessous de l'hymen, à 2 ou 3 centimètres du bord libre des grandes lèvres; leur poids est de 4 à 5 grammes. Elles sont en rapport par leur partie inférieure avec la grande lèvre et par leur partie supérieure avec le bulbe du vagin, organe éminemment vasculaire dont il est bon de se rappeler le voisinage dans les opérations que l'on pratique dans cette région, à cause des hémorragies rebelles auxquelles sa blessure peut donner lieu. Il faut également signaler leur rapport avec les veines hémorrhoïdales moyennes.

Leur canal excréteur, long de 15 à 18 millimètres, large de 2 millimètres, s'ouvre à la vulve au niveau du *pli nymphohyménéal*, c'est-à-dire à la partie interne de la petite lèvre au niveau de son union avec l'hymen. Ce point n'est du reste pas absolument fixe; il peut être situé plus ou moins haut. Parfois on trouve deux canaux au lieu d'un.

Regardée pendant longtemps comme un type de glande en grappe, la glande de Bartholin est aujourd'hui considérée comme une glande tubuleuse ramifiée. Sa partie sécrétante est pourvue d'un épithélium cylindrique et caliciforme. Ses lymphatiques aboutissent aux ganglions inguinaux.

L'inflammation de ces glandes peut avoir des origines multiples; elle peut être simple ou blennorragique. La bartholinite simple est causée par des traumatismes de tout ordre, les chocs, les violences exercées au cours du coït, l'excès de coït, la masturbation; les pensées lascives persistantes peuvent aussi amener leur congestion et leur inflammation ou réveiller une inflammation ancienne. Nous verrons en effet qu'une particularité de la bartholinite est précisément d'être sujette à des récidives presque incessantes. Une infection quelconque peut également déterminer le phlegmon et l'abcès des glandes vulvo-vaginales, mais la plus générale est certainement la blennorragie.

Huguier a dit que la bartholinite vraie reconnaît toujours pour cause une blennorragie, et il a ajouté qu'elle revêtait la forme aiguë ou chronique, suivant que la blennorragie qui l'avait déterminée était elle-même aiguë ou chronique.

Les découvertes modernes ont confirmé pleinement les idées de cet anatomiste et chirurgien distingué. Arning a le premier retrouvé le gonocoque dans la bartholinite. Les travaux successifs ont montré que le gonocoque y est le plus souvent associé aux staphylocoques (blanc et aureus), au streptocoque et parfois au coli commune; on a même trouvé dans certains cas uniquement ce dernier microbe (Dujon, Colombini, D'Amato).

Dans les formes très aiguës, aboutissant à l'abcès chaud de la glande, il est illusoire de chercher le gonocoque; on ne rencontrera que les pyogènes habituels (staphylocoques); ceux-ci peuvent avoir été apportés par le pus blennorragique au niveau de l'orifice du canal excréteur de la glande de Bartholin. Le gonocoque paraît donner lieu plutôt à une inflammation subaiguë.

La contagion peut être directe ou indirecte. Elle est indirecte si le germe provient des sécrétions vaginales ou urétrales de la femme. Elle est directe quand la glande est infectée par le contact de l'organe viril; ce mode de transmission est incontestable, car on a vu des bartholinites à gonocoque chez des femmes ne présentant ni urétrite, ni vaginite, ni cervicite concomitante. J'ai même actuellement dans mes salles une fille vierge portant un abcès de la glande vulvo-vaginale gauche, dont le contenu est une pure culture de gonocoques.

Inversement, une femme atteinte de bartholinite, quoique n'ayant ni urétrite, ni pertes blanches, peut contaminer le mâle lors du coït, par le contact d'une certaine quantité de pus expulsé par l'orifice glandulaire sous l'influence de

(1) Leçon recueillie par M. le docteur Laporte.

l'orgasme vénérien ou de la compression mécanique exercée par le pénis.

Nous étudierons successivement les symptômes de la bartholinite aiguë et chronique.

La *bartholinite aiguë* évolue comme les abcès en général. Elle est le plus souvent unilatérale et on dit qu'elle siège surtout à gauche, mais ceci n'est pas constant, car je vous montrerai une série de femmes chez qui on la rencontre à droite. Il se forme dans la grande lèvre une tumeur allongée ayant l'aspect d'une sangsue gorgée de sang. La muqueuse peu à peu devient rouge et s'amincit. Au toucher, on constate une petite tumeur rénitente et douloureuse, mobile, de la grosseur d'une amande. Bientôt la région s'empâte et en même temps l'état général devient mauvais, la fièvre s'allume et on ne tarde pas à noter de la fluctuation. Si l'on n'intervient pas, le foyer s'ouvre spontanément, non par l'orifice de la glande, qui se trouve précisément obturé par la tuméfaction même des parties qui l'entourent, mais par une perforation siégeant en un point plus ou moins voisin de celui-ci. Il s'écoule un pus séreux, jaunâtre, participant parfois de l'extrême fétidité propre aux abcès péri-rectaux. On observe presque toujours en même temps un phlegmon du tissu cellulaire, et la tuméfaction peut obturer l'orifice vulvaire.

La maladie dure huit à dix ou même quinze jours.

L'ouverture spontanée est toujours accompagnée d'un sphacèle plus ou moins étendu, qui donne lieu à une cicatrice persistante.

Dans des cas plus rares, le pus se fait jour dans le rectum ou dans le vagin. Dans un cas, j'ai trouvé l'orifice très haut, placé au voisinage de l'urètre.

Je n'ai jamais pu établir une distinction entre les lésions de la glande elle-même et des canicules qui sont absolument rendus méconnaissables par le processus inflammatoire.

Je passe à la *bartholinite chronique*.

En parlant de la blennorragie chez la femme, j'ai dit que dans la plupart des cas elle devient chronique ou l'est d'emblée. Il en est de même de la bartholinite qui, dans l'immense majorité des cas, se développe sans aucun phénomène d'acuité. Elle demande à être recherchée. Lorsqu'on a introduit le doigt délicatement derrière la fourchette, en remontant un peu, on arrive sur la glande et on peut la saisir entre le pouce resté en dehors et l'index introduit dans la vulve, de façon à juger de sa consistance et de son volume. Elle est plus dure et plus grosse qu'à l'état normal. C'est une tumeur arrondie, marronnée, du volume d'une petite noix, roulant sous le doigt. En exerçant une certaine pression, on peut faire sourdre par l'orifice de la glande, lorsqu'il n'est pas oblitéré par un processus quelconque, ce qui est fréquent, un liquide louche, muco-purulent, et parfois un pus jaune offrant les caractères du « pus louable » des anciens auteurs. L'orifice est rouge vif, entouré d'une sorte de collerette rouge constituant la macule de Sänger, et qui est due à l'amincissement de la couche épithéliale de la muqueuse et à la prolifération de sa couche papillaire. Il se produit souvent des végétations et des ulcérations à ce niveau. Ces ulcérations peuvent même devenir l'origine de contagions multiples.

J'ai démontré, en effet, que la blennorragie est susceptible de déterminer des ulcérations par suite de l'infiltration du gonocoque dans l'épithélium des muqueuses. Or, cette plaie va devenir un *foramen contagiosum* et du contact d'un *corpus contagiosum* résulteront des lésions mixtes : ainsi un chancre mou, un chancre syphilitique pourront se greffer sur cette ulcération blennorragique, et on aura un chancre *blenno-chancrelleux* ou *blenno-syphilitique*.

Les symptômes subjectifs sont nuls. A peine la femme éprouve-t-elle une certaine tension en marchant, et un peu de fatigue. Mais il survient des poussées subaiguës intermittentes sous l'influence de toutes les causes qui favorisent la congestion de la glande et que nous avons citées précédemment; il faut y ajouter la grossesse. La turgescence des veines comprime les canaux excréteurs et transforme la glande en cavité close; d'où son inflammation facile.

En un mot, la femme qui est atteinte de bartholinite chronique porte une continuelle menace ; elle reste exposée à sécréter un écoulement contagieux analogue à la goutte militaire. Cet écoulement peut se réveiller sans cesse, sous l'action d'un spasme intense, d'un coït prolongé, et contaminer le membre viril. Cet état de virulence latente peut durer un temps extraordinaire. Il n'est pas rare de voir des malheureuses qui en sont tourmentées depuis vingt ans, constamment exposées aux inflammations douloureuses et aux abcès; la bartholinite est en vérité une des maladies les plus tenaces et les plus récidivantes qui soient.

Quelquefois, la poche se transforme en kyste; les parois prennent la consistance scléreuse. Au bout d'un certain temps, il se forme une carapace albuginée excessivement épaisse, très facile à reconnaître au toucher.

La bartholinite chronique se termine quelquefois spontanément par la production d'une fistule, aboutissant à un orifice situé au voisinage de l'embouchure de la glande.

Enfin, l'inflammation peut rester cantonnée au canal excréteur, et le pus se faire jour par un orifice unique ou double figurant la forme d'un Y ; ou bien il se produit une vaste perte de substance avec cicatrice. Quant aux abcès glandulaires eux-mêmes, nous avons vu que ceux de la forme aiguë viendront s'ouvrir soit dans l'interstice nymphohyménéal, soit dans le pli nympho-labial, soit sur la grande lèvre; mais dans certains cas ils s'acheminent du côté du périnée et du rectum. Les fistules vulvo-rectales ne sont pas rares et sont toujours dues à la bartholinite chronique : ces fistules s'ouvrent immédiatement au-dessus du sphincter, à 4 centimètres au-dessus de l'orifice anal. Elles offrent une saillie rouge et un canal capillaire s'opposant au passage des matières liquides, mais laissant passer les gaz, et il en résulte une grande incommodité pour les femmes. D'autres fois, c'est au périnée que viennent s'ouvrir ces fistulettes, et souvent par plusieurs orifices.

Ainsi que je l'ai dit, la bartholinite chronique est une affection qui demande à être recherchée, parce que le plus souvent les malades n'éprouvent que des symptômes très vagues. Il faudra donc introduire le doigt dans la vulve et saisir la glande comme je l'ai indiqué plus haut.

La bartholinite est-elle blennorragique?

Le plus ordinairement, elle a été de nature blennorragique à son début, mais généralement elle a cessé de l'être au bout d'un certain temps, et dans la bartholinite chronique, le gonocoque est plutôt rare. Pour pouvoir affirmer son origine blennorragique, il faudra rechercher la coexistence d'une urétrite, d'une vaginite ou d'une cervicite. On a signalé l'acidité de l'écoulement comme une raison de penser à la blennorragie; c'est un signe auquel vous devrez accorder peu de créance.

Abordons maintenant le *traitement*. Dans la bartholinite aiguë au début, on se contente d'appliquer des compresses boriquées et de maintenir la région en état d'asepsie pour rendre l'ouverture de l'abcès aussi innocente que possible. On peut y adjoindre l'usage des laxatifs et des antiseptiques intestinaux.

Plus tard, quand la fluctuation est manifeste, quelques-uns attendent l'ouverture spontanée, notamment Cordier (de Lyon), qui pense éviter ainsi les fistules. Pour ma part, je suis d'avis opposé et je crois l'ouverture au bistouri préférable. La pointe sera portée au voisinage du canal excréteur.

Après l'évacuation du contenu purulent de la glande, tout n'est pas fini. Il faut empêcher que la cicatrisation ne marche plus vite sur les bords du trajet que sur le fond de la glande et ne transforme celle-ci en une poche kystique, ce qui est fréquent. Gosselin recommandait de faire une contre-ouverture avec le trocart et de drainer. Ce vieux procédé ne doit pas être complètement abandonné. Il peut être utile dans certains cas.

On a proposé d'ouvrir largement et de détruire la paroi interne du kyste avec la teinture d'iode, le nitrate d'argent, l'alcool pur, l'eau oxygénée. Je préfère employer la solution concentrée de résorcine, et j'imite la pratique d'Horteloup pour la fistule anale, consistant à introduire chaque jour l'index enduit de vaseline dans la fistule pour rompre les adhérences, ou je laisse à demeure un gros tampon d'ouate imbibé de solution de résorcine.

Le traitement des chronicites peut être pratiqué en cathétérisant le canal excréteur et en faisant tous les jours des *injections* dans le kyste avec le permanganate de potasse, l'eau oxygénée ou les solutions de nitrate d'argent. Par ce procédé, on peut obtenir la guérison sans intervention sanglante. Consultez sur ce point la très intéressante thèse de G. Bertrand.

Je ne fais que mentionner la *cautérisation* qui consiste à ouvrir largement la poche et à détruire sa paroi interne avec la potasse caustique ou le cautère.

On a aussi proposé la résection partielle de la glande qui peut donner de bons résultats.

L'ablation totale doit être réservée à un certain nombre de cas. La malade devra être chloroformisée ou rachicocaïnisée, l'insensibilité qu'on peut obtenir par les injections de cocaïne étant insuffisante.

Il faut savoir que cette opération expose à des hémorragies sérieuses et parfois inquiétantes, du fait de la blessure du bulbe. On a proposé d'inciser la grande lèvre et même de tracer un lambeau à concavité supérieure pour extraire la glande sans atteindre le bulbe. Le meilleur procédé me paraît être de faire une incision le long de la gouttière nympho-hyménéale. Mais bien souvent le lieu de l'incision est indiqué par le maximum de saillie de la tumeur. Pour faciliter l'énucléation, Rille injecte de l'eau, et Pozzi du blanc de baleine dans la glande, qui, devenue solide et plus résistante, est extirpée plus commodément.

L'ablation est une opération qui donne de bons résultats et aboutit à une cicatrice régulière; mais, je le répète, c'est un moyen qui ne doit pas être considéré comme une méthode générale du traitement des bartholinites. Nous pouvons obtenir autant d'une intervention beaucoup plus simple.

Il me reste à parler d'un dernier procédé auquel j'accorde toutes mes préférences : c'est la *méthode sclérogène*. Inaugurée par Lannelongue dans le traitement des lésions tuberculeuses, où elle a fourni d'excellents résultats, cette méthode consiste à injecter quelques gouttes (un cinquième à un sixième de seringue de Pravaz) d'une solution aqueuse de chlorure de zinc au dixième, en piquant directement sur le corps de la glande à une profondeur d'un centimètre environ. Il se produit une atrophie rapide du tissu glandulaire, et au bout de quelques semaines il ne reste qu'une petite masse dure de tissu sclérosé qui diminue de volume de plus en plus et finit par disparaître en ne laissant qu'une trace faible. Ces heureux résultats sont consignés dans la thèse de mon élève, M. Migot.

Quelques auteurs se sont adressés à d'autres substances sclérogènes. Cordier injecte un demi à un centimètre cube d'une solution alcoolique saturée d'acide salicylique. Chéron a employé ici même la solution saturée d'acide picrique. Les résultats obtenus par eux ont été également très satisfaisants.

J'ai à cœur, par ces moyens, de vous mettre à même d'éviter très souvent l'extirpation et de mesurer l'importance de votre intervention à la gravité des désordres locaux et généraux que vous aurez à combattre.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(24 juin 1902)

M. Kermorgant a donné lecture d'un rapport très étendu sur l'**administration sanitaire à Madagascar**. Ce document est d'un grand intérêt. Il ne saurait être analysé en quelques mots; il mérite mieux qu'un simple résumé. L'académie, d'ailleurs, y reviendra après qu'il aura été publié. Retenons, en aujourd'hui ce fait que, d'après les détails donnés par M. Kermorgant, rien n'a été omis dans l'administration sanitaire de Madagascar. Les mesures les plus sages et les plus rigoureuses ont été prises et exécutées contre les maladies contagieuses, les maladies vénériennes, la lèpre, l'alcoolisme, etc.

Tout le long de ce rapport, ce n'est qu'éloges mérités adressés à M. le général Galliéni.

M. Laveran a fait une communication sur le **mycétome** qu'il a pu étudier sur une pièce qui lui a été adressée par M. Bouffard; cette pièce anatomique provenait d'un jeune Soudanais de vingt-deux ans dont voici l'histoire en quelques mots :

Il y a deux variétés de mycétome : le mycétome à grains pâles et le mycétome à grains noirs. C'est de ce dernier qu'il s'agissait dans le cas de ce malade; il se présenta à l'hôpital de Djibouti avec une tumeur ulcérée faisant saillie sur la plante du pied gauche et offrant plusieurs fistules par lesquelles s'écoulaient du pus et des grains noirs; ce malade refusa toute intervention chirurgicale et quitta l'hôpital. Il y revint quelques jours après, son état s'étant singulièrement aggravé; on fit l'amputation malheureusement trop tard et le malade succomba quelques heures après.

Le pied amputé fut conservé dans une solution de formol et envoyé à M. Laveran qui fait connaître à l'Académie les résultats de ses recherches sur cette pièce. Le pied portait deux tumeurs, l'une superficielle sur le métatarse, l'autre sur la plante du pied; cette dernière ne communiquait pas avec l'extérieur. La pathogénie de cette affection est encore inconnue. Certains observateurs l'ont considérée comme étant d'origine bactérienne. M. Laveran n'a pas porté son

examen seulement sur les grains noirs provenant de la tumeur; il a fait l'examen microscopique des parois de cette tumeur, et il y a découvert l'existence d'un champignon infiltrant tous les tissus malades. La tumeur entière est produite par ces champignons et M. Laveran conclut de ses recherches que le mycétome à grains noirs est toujours produit par ces champignons. Quels sont-ils? C'est ce qui restait à déterminer.

M. Laveran pense qu'il s'agit d'un streptothrix. Cette affection est désignée sous le nom impropre de pied de madura.

Parmi les présentations, nous signalerons le **tracteur mécanique et automatique pour les tractions rythmées de la langue** présenté par M. Laborde.

Il y a deux modèles de tracteur automatique, l'un à système d'horlogerie, l'autre à moteur électrique. Ce dernier porte avec lui ses deux accumulateurs qui, chargés, peuvent marcher pendant six heures avec toutes les conditions exigibles de force, de rythme et de vitesse; il est disposé, en même temps, de façon à être adapté directement à une source motrice d'électricité quelconque (secteur, ou machine à proximité).

Pour faire fonctionner ces appareils, on les place sur un support des plus simples, aux branches duquel ils sont accrochés, aux deux extrémités de la boîte; la partie supérieure du cadavre posé, selon les circonstances, sur un lit, sur une table, ou par terre (en cas d'éloignement d'un poste ou des maisons), est placée entre les branches du support, de façon à mettre l'appareil vis-à-vis la face et l'ouverture de la bouche, la tête étant maintenue soulevée par derrière, au moyen d'un support quelconque.

Les mâchoires sont ouvertes, et maintenues écartées, à l'aide d'un écarteur spécial.

On saisit la langue, on l'attire au dehors de la bouche, et on y place bien solidement, en l'enfonçant au delà de la pointe, la pince à traction.

Le tout étant bien disposé de façon à ce que la tige à traction ne présente pas de relâchement sur son trajet, et qu'elle soit placée en ligne légèrement oblique, avec la langue, en face et au centre de la bouche, on met l'appareil en fonction.

Qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre modèle, la présence constante, sans interruption d'un seul instant, d'un témoin ou assistant est nécessaire : pour surveiller le parfait fonctionnement de l'appareil; et, en ce qui concerne le tracteur à horlogerie, pour opérer le remontage toutes les demi-heures; pour observer les effets soit négatifs, soit positifs de la traction; et dans ce dernier cas, c'est-à-dire dans le cas du rappel des mouvements respiratoires, opérer l'arrêt de l'appareil, pour assurer que ces mouvements s'accomplissent, désormais, spontanément et que la résurrection vitale est réalisée.

Les premiers signes de ce rappel sont : une certaine résistance de la langue, et le retour progressif de sa coloration rosée; et une première et bruyante inspiration (hoquet inspiratoire du docteur Laborde).

Le tracteur mécanique ou automatique peut être nécessité par les deux conditions suivantes : la prolongation, pendant plusieurs heures, des tractions linguales, chez un asphyxié en état de mort apparente, pour le ramener à la vie (ce rappel pouvant s'effectuer après trois heures de traction); la recherche de la certitude de la mort, pour éviter l'inhumation prématurée ou vivante; recherche pouvant être suivie, en même temps, simultanément, du rappel à la vie, lorsque la mort n'est pas achevée, définitive.

Dans le premier cas, le tracteur automatique devra fonctionner sur le cadavre apparent durant trois heures, au moins.

Dans le second cas, durant six heures, au moins, afin d'assurer la certitude.

Profitant de cette occasion, M. Laborde communique un nouveau cas de retour à la vie par les tractions rythmées de la langue au cours d'uue anesthésie chloroformique, qui lui a été communiqué par M. Paul Delbet. Ce qu'il faut retenir de cette observation, c'est l'importance qu'il y a à saisir la langue, non par sa pointe, mais en la saisissant aussi près que possible de la base. C'est en agissant ainsi que M. Paul Delbet a été assez heureux pour faire sortir sa malade d'une syncope qui durait déjà depuis plus de cinq minutes. M. Laborde a souvent insisté, dans des communications antérieures, sur cette nécessité de saisir la langue aussi loin que possible de sa pointe.

M. Courtade a donné lecture d'une **étude sur la respiration du rhino-pharynx.**

MÉDECINE PRATIQUE

Emploi de la capsule surrénale comme hémostatique (1).

A mesure que se précise l'emploi de la capsule surrénale, son usage se répand chaque jour davantage, je crois donc utile de donner quelques renseignements nouveaux sur son mode d'emploi ou ses applications. C'est ainsi qu'il est bon de savoir qu'indépendamment de l'extrait soluble et du principe défini, l'adrénaline, que j'ai signalés dans un précédent article, la capsule surrénale se trouve actuellement dans le commerce parisien sous forme d'extrait sec, poudre jaunâtre, insoluble dans l'eau, d'une odeur particulière, qu'il suffit de faire bouillir en petite quantité, dans deux ou trois centimètres cubes d'eau, pour l'utiliser en badigeonnages (2), par exemple, quand on veut favoriser l'action de la cocaïne, ou dans tout autre but.

L'adrénaline, ou le chlorure d'adrénaline (chlorid of adreline) constitue le principe actif dont une solution à 1/5000 agirait à peu près comme une solution aqueuse de capsule surrénale desséchée à 1/15.

Ce produit, comme du reste les solutions d'extrait, aurait l'inconvénient de s'altérer très rapidement, ne se conservant que difficilement au contact de l'air (flacon débouché ou exposé à la lumière).

Aussi Ingals, auteur d'un article où je puise ces renseignements, conseille-t-il de l'associer à divers agents conservateurs, combinés dans une formule de ce genre :

300 grammes d'eau contenant chlorure d'adrénaline.......		0g06 centigr.
Ajouter :		
Acide borique..................		0g60 —
Eau camphrée............	} *ââ*	8 grammes
Eau de cannelle...........	}	
Eau distillée................		16 —

(1) Voir *Gaz. des hôpit.* du 11 janvier 1902. — On trouvera dans cet article, note 3, mention d'une solution d'extrait à 5 p. 100; c'est une erreur; c'est une solution aqueuse d'extrait à 50 p. 100 que j'avais employée.

(2) TAPTAS. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1902, p. 340.

Le même auteur conserve l'extrait sec en solution stable obtenue après macération et filtration par adjonction des mêmes ingrédients associés de la façon suivante, en chiffres simplifiés :

Capsule surrénale desséchée...	4	grammes
Acide borique........	1	—
Eau de cannelle........	15	—
Eau camphrée........	30	—
Glycérine........	5	—
Eau distillée........ q. s. p. f.	60	—

Comme il résulte de l'analyse que je fais plus loin des tentatives de Flœrsheim et Adam, que l'extrait sec peut être administré à l'intérieur à des doses fractionnées formant un total de 1 à 3 grammes (maximum par vingt-quatre heures), il semble que l'on soit en droit de conclure de ce qui précède, que le chlorure d'adrénaline puisse l'être à la dose de 0gr01 à 0gr06 centigrammes par vingt-quatre heures, dose qui doit être fractionnée ; il serait prudent de débuter par des doses inférieures.

Ces chiffres de comparaison sont peut-être moins importants qu'on ne pourrait le supposer à première vue, car, à l'heure actuelle, je ne sais si les produits que l'on peut trouver dans le commerce sont d'une composition bien fixe et le plus sûr me paraît être de prendre l'extrait sec comme étalon et de s'en servir pour base de comparaison du titre à employer de toute solution ou produit dérivé des capsules surrénales quel qu'il soit.

Je termine en résumant les résultats obtenus avec ce produit administré à l'intérieur par quelques auteurs dans le cas d'hémorragies :

Flœrsheim (de New-York) publie une statistique de 45 cas d'hémorragie traités par l'administration interne de capsule surrénale pulvérisée. La dose ordinairement employée, au début, était de 0,3 décigrammes de médicament, administrée sans eau ; quelquefois cette administration provoquait des nausées ou des vomissements. La dose était renouvelée, si besoin était, à six heures d'intervalle. Des 21 cas d'hémoptysie, 23 cas d'hémorragie utérine et un cas d'hématémèse ainsi traités, tous auraient bénéficié de ce traitement (1). Dans un autre article (2) sur le même sujet, Adam conseille l'emploi de capsule surrénale, dans le traitement de l'hématémèse, en lavements à la dose de 0,6 décigrammes renouvelée, si besoin est, toutes les deux, puis toutes les quatre heures. Il évite ainsi les vomissements que l'ingestion du médicament peut provoquer et qui doivent être particulièrement évités en pareil cas.

W. T. Thomas (3) l'a employé avec succès chez deux blessés hémophiles dont un enfant de treize mois. Il eut l'idée de panser les plaies dont les hémorragies se répétaient avec de la gaze saupoudrée d'extrait sec de capsule surrénale, en même temps qu'il leur faisait prendre à l'intérieur une dose répétée toutes les quatre heures de 6 centigrammes d'extrait pour l'enfant, de 3 décigrammes pour l'autre malade adulte.

P. VIOLLET.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

A propos du cyto-diagnostic. — Nous sommes encore peu renseignés sur les diverses origines des globules blancs. Tout le monde est d'accord sur le rôle que jouent les ganglions lymphatiques dans leur production, mais l'opinion est moins éclairée quand il s'agit de décider s'ils ne proviennent pas également de cellules fixes des tissus desquamées et dégénérées; quelle part revient à l'inflammation locale des tissus, quelle part à la diapédèse?

En France, les recherches de Ranvier, de M. Retterer surtout, qui s'est fait un peu une spécialité de l'étude des organes lymphatiques, tendent à faire jouer un rôle important aux cellules fixes des tissus dans la genèse des globules blancs et par suite dans l'inflammation.

Le professeur Vincenzo Patella a eu l'heureuse idée d'examiner, à ce point de vue, les épanchements pathologiques des cavités séreuses.

Le rôle important que semble être appelé à jouer le cyto-diagnostic, depuis les récents travaux de M. Widal et de ses élèves, dans le diagnostic de ces affections, doublait l'intérêt de ces recherches. Si les résultats auxquels arrive le docteur V. Patella sont confirmés, il faudrait admettre que les lymphocytes qui se rencontrent dans les épanchements peuvent ne représenter qu'un stade ultime de la dégénérescence des cellules endothéliales desquamées des cavités séreuses; leur dimension, les caractères de leur noyau, l'étude des stades intermédiaires permettraient de saisir les principaux caractères de cette transformation qui se produirait presque infailliblement toutes les fois que l'épanchement est un peu ancien. Le docteur Patella dit avoir reproduit cette transformation *in vitro*; pour lui, les caractères d'un épanchement seraient d'autant plus caractéristiques qu'on l'examinerait à une date plus rapprochée de son point de départ. Si l'expérimentation et la clinique confirment ces données, il est possible que l'on puisse en tirer des indications nouvelles pour l'interprétation d'un certain nombre de cyto-diagnostics; peut-être faudra-t-il voir surtout, dans la lymphocytose, un caractère d'ancienneté de l'épanchement plutôt qu'un caractère spécifique particulier permettant d'affirmer, par exemple, un diagnostic de tuberculose? Quelques faits, analysés antérieurement dans ce journal, semblaient plaider déjà dans ce sens (1). (*Deutsch. medic. Wochens.*, 1902, n° 16, p. 288.) P. V.

CHIRURGIE

Hémorragies intestinales dans les hernies étranglées. — D'après M. Sokolov, ces hémorragies peuvent s'observer aussi bien après réduction simple ou sanglante d'une hernie étranglée, qu'en cas de hernie complètement étranglée. Dans ce dernier cas, elles sont dues à la stase et à l'épanchement du sang accumulé dans une anse située au-dessous de l'étranglement.

Les hémorragies consécutives à la réduction peuvent être primitives et secondaires. Les premières ou précoces surviennent dans les vingt-quatre heures qui suivent l'intervention, tandis que les hémorragies secondaires ou tardives ne surviennent que quelques jours plus tard. Les hémorragies précoces sont dues à des infarctus développés dans l'anse intestinale, par suite de la stase veineuse, tandis que les hémorragies tardives doivent être expliquées par la nécrose et l'exulcération de la muqueuse, sous l'influence de troubles graves de la circulation et des altérations inflammatoires. L'âge avancé des malades, les altérations des vaisseaux et l'affaiblissement de l'activité cardiaque doivent être considérés comme des causes prédisposantes. Les manœuvres employées pour la réduction des anses étranglées peuvent, dans certaines conditions, servir à la fois de cause prédisposante et de cause déterminante de l'hémorragie intestinale. (*Arch. russ. de chir.*, in *Wratch. Gazet.*, 1902, n° 12.) S. B.

(1) Flœrsheim. *New-York med. News*, 1902, d'après le *Centralbl. f. Inn. Med.*, 1902.

(2) Adam. *Brit. med. Journ.*, 1902, d'après le *Centralbl. f. Inn. Med.*, 1902.

(3) W. T. Thomas. *Brit. med. Journ.*, nov. 1901, d'après le *Centralbl. f. Chir.*, 1902.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 12, p. 112.

THÉRAPEUTIQUE

La bronchite adénoïdienne. — L'inflammation du naso-pharynx qui existe chez les adénoïdiens peut se répandre, descendre dans les bronches, donner lieu à des bronchites bruyantes, tenaces, s'accompagner de signes d'emphysème. Parfois de véritables crises d'asthme se produisent.

Le traitement curatif consiste dans l'ablation des végétations adénoïdes. M. Méry conseille en outre les médications suivantes :

Au début, une potion expectorante :

Sirop d'ipéca...............	10 grammes.
Benzoate de soude.........	1 —
Bicarbonate de soude.......	0g50 centigr.
Sirop de polygala..........	20 grammes.
Décoction de polygala.....,	130 —

Une cuillerée toutes les heures.

On appliquera des cataplasmes sinapisés autour du thorax; on administrera des infusions chaudes.

Dans les narines sera introduit, avec l'extrémité d'une cuiller, un petit tampon de la pommade suivante, matin et soir :

Acide borique impalpable....	4 grammes.
Résorcine..................	0g20 centigr.
Vaseline....................	30 grammes.

On ferme la bouche de l'enfant; celui-ci en respirant par le nez aspire la pommade.

Au lieu de pommade on pourra encore utiliser l'huile mentholée à 1 p. 100, quelques gouttes étant injectées par une seringue.

Plus tard, au lieu d'expectorants, ce sera au tour des dessicateurs bronchiques d'entrer en scène; la terpine aux doses de 25 à 50 centigr. rendra des services.

Dans la période de convalescence, on prescrira le miel soufré :

Miel........................	80 grammes.
Fleur de soufre..............	10 —

1 à 2 cuillerées à café le matin.

Les périodes intercalaires aux poussées bronchitiques seront remplies par la prescription du sirop iodo-tannique. (*Revue génér. de clin. et de thérapeut.*, 14 juin 1902.) S. F.

PRATIQUE MÉDICALE

A l'hôpital du Perpétuel-Secours à Levallois-Perret, l'antipyrine a échoué entre les mains de Paulesco dans le traitement de la chorée, par contre il s'est beaucoup loué de l'aspirine. Une jeune fille qui, le jour de son entrée à l'hôpital, était agitée de mouvements extrêmement désordonnés des membres, de la tête, de la face, était calmée en moins d'une huitaine sous l'influence unique de l'aspirine.

Les doses de l'aspirine sont les mêmes que celles de l'antipyrine : 3 grammes en moyenne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour les places d'assistant d'oto-rhino-laryngologie s'est terminé par les nominations suivantes : assistants titulaires, MM. Caboche, Bourgeois, *ex æquo*; assistant adjoint, M. Guisez.

Hospice de Brévannes et Sanatorium d'Hendaye. — Le concours pour les places d'interne en médecine vient de se terminer par les nominations suivantes :

Hospice de Brévannes. — MM. Le Jemtel, Giroux et Hendelsmann.

Sanatorium d'Hendaye. — MM. Castex et Rauzy.

Écoles de médecine. — *Clermont.* — M. le docteur Dionis du Séjour, professeur suppléant, est chargé du cours de pathologie externe et de médecine opératoire pendant la durée du congé accordé à M. Bide.

Distinctions honorifiques. — M. Bouchard, médecin-major de première classe de l'armée territoriale, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Une lettre de félicitations, pour actes de courage et de dévouement, a été décernée à M. Gouriou, étudiant en médecine à Brest.

Contre le cancer. — Du *Rappel* :

« Copenhague, 22 juin. — Une des illustrations de la Faculté de Copenhague, M. le professeur Howitz, prétend avoir découvert une nouvelle méthode de traitement, avec laquelle on obtiendrait la guérison radicale du cancer.

Son procédé est très simple. On injecte de l'éthyle de chlore ou de l'anéthyle dans la partie affectée; l'injection produit une action réfrigérante. La température peut être abaissée jusqu'à 60 degrés au-dessous de zéro, et ce froid tue l'élément pathogénique.

Jusqu'ici, le procédé a été employé dans 34 cas, et toujours le résultat a été excellent. »

Un cas de responsabilité. — La première chambre du Tribunal civil de la Seine vient de statuer sur une affaire de responsabilité engagée dans les termes de l'article 1382 du Code civil, qui mérite d'être signalée.

Voci l'espèce :

Un docteur, qui soignait depuis longtemps une femme, mariée récemment, fournit à cette dernière deux certificats qui lui permirent d'introduire une demande en divorce.

La quatrième chambre décida, sur le vu desdits certificats, que le mari s'était livré sur sa femme aux plus graves et aux plus honteux sévices. Très irrité, celui-ci attendit sa femme à la sortie de l'audience et la frappa.

Puis, il interjeta appel. La Cour maintint le divorce pour les coups donnés, mais infirma sur les motifs tirés des certificats.

Alors, le mari poursuivit en dommages-intérêts le médecin pour avoir légèrement fourni les deux certificats qui avaient été produits.

Après plaidoiries de Me Comby père pour le demandeur, et de Me Gatineau, pour le médecin, le tribunal, présidé par M. Béhenne, a condamné celui-ci à payer 1500 francs de dommages-intérêts.

Du jugement découle en substance cette doctrine que le médecin, qui délivre un certificat à une cliente, commet une faute quand, au lieu de se borner à ses constatations matérielles, il formule des conclusions erronées au point de vue scientifique et qui ne résultent pas des constatations par lui faites.

Il aggrave cette faute, en oubliant la réserve que son rôle lui impose et en se faisant presque le *negotiorum gestor* de sa cliente. (*Gazette du palais.*)

La maladie du roi d'Angleterre. — Le roi d'Angleterre, atteint d'appendicite, a été opéré à la suite d'une consultation des docteurs Lister, Thomas Smith, Francis Laking, Thomas Barlow et Frederic Treves.

Princes médecins. — Le duc Charles-Théodore de Bavière, l'ophtalmologiste bien connu, vient de pratiquer sa quatre millième opération de cataracte.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dheilly, ancien professeur à l'École de médecine d'Amiens.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 72. — SAMEDI 28 JUIN 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 28 JUIN 1902. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

De la cholécystectomie dans la lithiase biliaire.

Par M. le docteur Henri MILHIET (de Bourges),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La chirurgie des voies biliaires, née il y a peu d'années encore, s'est développée avec une rapidité surprenante, et le temps n'est pas encore bien éloigné où les lithiasiques biliaires relevaient exclusivement de la médecine; c'est que, à la faveur des méthodes nouvelles, cette chirurgie a donné de bonne heure d'heureux résultats, encourageant les malades et les médecins.

La cholécystectomie fut faite pour la première fois chez l'homme par Langenbuch en 1882; mais ce n'est qu'en 1887 que Péan la fit en France. Après lui viennent Michaux et Terrier en 1889-1890. Calot dans sa thèse en 1890 en fit une étude des plus complètes. Depuis, de nombreux travaux ont paru sur la chirurgie des voies biliaires, plusieurs discussions à la Société de chirurgie, surtout en 1896, ont précisé les indications des diverses interventions, mais aucune étude spéciale n'a été consacrée à la cholécystectomie dans la lithiase biliaire.

Cette question de thérapeutique chirurgicale est d'autant plus importante que la pathogénie de la lithiase biliaire s'est presque complètement transformée depuis quelques années. L'étude des infections biliaires, celle du microbisme des calculs, la reproduction expérimentale de ces derniers, ont établi d'une façon certaine l'origine microbienne des calculs biliaires. On a démontré l'origine muqueuse de la cholestérine et de la chaux, mais à la faveur d'une lésion, d'une desquamation épithéliale de la muqueuse des voies biliaires, rapportée à l'existence d'une angio-cholécystite infectieuse, qui met en liberté dans la bile les éléments constitutifs des calculs.

Ceux-ci se forment généralement dans la vésicule; la lithiase intra-hépatique est très rare chez l'homme et les calculs que l'on trouve dans les canaux biliaires sont des calculs migrateurs.

La vésicule est le foyer d'élection de la lithiase, le plus grand nombre des calculs s'y forment, d'autres nés plus haut s'y accroissent, la plupart y séjournent.

Ces calculs peuvent ne provoquer aucun accident, mais il n'en est pas toujours ainsi et la lithiase une fois constituée peut évoluer vers l'expulsion des calculs ou entraîner des complications graves, nécessitant une intervention d'urgence; telles sont : l'infection secondaire des voies biliaires, la cholécystite suppurée, avec accidents du côté du foie, les accidents dus à l'absence de migration, ou à une migration incomplète, coliques vésiculaires répétées, hydropisie de la vésicule, oblitération des canaux biliaires et surtout du canal cholédoque. Mentionnons aussi les adhérences péri-vésiculaires, les perforations et ruptures de la vésicule.

La vésicule calculeuse pouvant être l'origine d'accidents dont quelques-uns très graves, on s'est demandé dès longtemps s'il y aurait inconvénient à l'enlever; la question est résolue par ce fait que les malades cholécystectomisés se portent bien, et que la vésicule manque dans certains cas chez l'homme, et normalement dans certaines espèces animales.

Cela ne veut pas dire que la vésicule biliaire normale soit inutile, mais lorsqu'elle est altérée elle devient non seulement inutile mais dangereuse; l'enlever dans ces cas n'est donc pas une opération antiphysiologique comme on l'a prétendu, mais une opération nécessaire, sinon urgente. Il faut actuellement bien se persuader que, si les lithiasiques biliaires sont des malades médicaux, ils rentrent à une certaine période dans le domaine chirurgical, et comme en médecine mieux vaut prévenir que guérir, ces malades ne devront pas être confiés trop tard au chirurgien.

Voyons donc le traitement à opposer aux accidents de la lithiase biliaire, nous en déduirons les indications de la cholécystectomie et terminerons par l'exposé de sa technique opératoire.

I

Traitement des accidents de la lithiase biliaire. — Nous n'avons pas à nous étendre sur le traitement médical, nous le croyons efficace dans un certain nombre de cas; M. le professeur Gilbert a récemment préconisé un régime spécial, qui consiste à nourrir le malade exclusivement avec du lait écrémé pris par petites fractions souvent répétées et à le condamner au repos absolu au lit. Par ce traitement qui donne d'excellents résultats, on se propose, non pas d'expulser les calculs, ni de les dissoudre, mais de rendre la vésicule tolérante pour les calculs. C'est d'ailleurs selon ce mode que les lithiasiques guérissent presque toujours. Ce visant on ne fait donc que suivre la voie indiquée par la nature.

Malheureusement, certains malades ne veulent pas se

soumettre à un traitement long et astreignant, à un régime sévère, d'autres ne le peuvent pas, d'autres enfin, en dépit du traitement le mieux dirigé, continuent à souffrir. Ce sont ces trois catégories de malades qui sont susceptibles de devenir, à un moment donné, des malades chirurgicaux.

Les opérations proposées pour la cure chirurgicale de la lithiase biliaire ont été très nombreuses ; actuellement elles se réduisent aux suivantes : la cholécystotomie, la cholécystostomie, la cholécystectomie, la cholédocotomie, la cholécystentérostomie. Cette dernière a vu diminuer ses indications à cause des dangers d'infection auxquels elle expose, ce n'est plus guère qu'une opération palliative dans l'obstruction non lithiasique du cholédoque.

La cholédocotomie s'adresse à l'occlusion calculeuse du cholédoque ; c'est une excellente opération, qui peut être évitée dans un certain nombre de cas, ainsi que nous le verrons plus loin.

Restent donc la cholécystotomie, la cholécystostomie et la cholécystectomie, auxquelles il faut ajouter certaines manœuvres d'exploration qui ne sont pas des opérations proprement dites, telles que l'*exploration digitale* des voies biliaires et surtout du cholédoque, le *cathétérisme* des voies biliaires, le broiement des calculs à travers leurs parois ; toutes manœuvres qui peuvent rendre des services au cours des interventions précédentes.

La *cholécystotomie* consiste à ouvrir la vésicule et à la vider de son contenu, puis, si les parois ne sont pas altérées, à suturer l'incision et à rentrer la vésicule dans le ventre ; c'est la cholécystotomie idéale, qui de l'aveu de ses partisans est une opération d'exception. Si au contraire les parois sont très altérées, et la vésicule impossible à enlever, ou à fixer à la paroi, on se contente de la drainer, c'est une opération de nécessité que l'on fait.

Les deux opérations courantes sont la *cholécystostomie* et la *cholécystectomie* ; la première a été très en faveur pendant longtemps, mais il semble que depuis quelques années les chirurgiens deviennent plus radicaux en fait de lithiase vésiculaire et que la cholécystectomie gagne du terrain.

La cholécystostomie a des indications absolues, indiscutables ; elle en a de relatives qui lui sont communes avec la cholécystectomie, et souvent, c'est affaire d'habitude ou de préférence personnelle qui fait choisir l'une ou l'autre. Il ne doit pas en être ainsi, car le choix d'une opération doit être dicté par des raisons sérieuses et logiques. La cholécystostomie est l'opération de choix dans les angiocholites et dans dans les angiocholécystites calculeuses, dans la cholécystite aiguë suppurée ; dans tous ces cas, il y a une infection plus ou moins grave des voies biliaires, avec fièvre et phénomènes généraux ; la cholécystostomie opère le drainage des voies biliaires ; détournant momentanément le cours de la bile, elle agit en désinfectant les voies biliaires. Cependant, il faut s'entendre sur l'infection des voies biliaires au point de vue chirurgical, et distinguer l'infection primitive dont les calculs sont fonction, et l'infection secondaire dont les calculs sont une puissante cause d'appel : c'est seulement dans ce second groupe que la cholécystostomie est indiquée.

Cette opération trouve encore une indication, quand après extraction de calculs de la vésicule et du cystique, il en reste dans le cholédoque.

M. Lejars en 1896, dans un excellent travail publié dans la *Revue de chirurgie*, se montre très partisan de la cholécystostomie, parce que c'est une opération qui réalise le drainage de la vésicule et des voies biliaires, permet le cathétérisme ultérieur des voies biliaires et réserve l'avenir.

Sa simplicité opératoire ne peut être mise en doute, cependant il est des cas où la vésicule est petite, très altérée, très adhérente, et où il sera au moins aussi difficile de la suturer à la paroi que de l'extirper.

Malgré tous ces avantages qui l'ont fait préférer pendant longtemps à la cholécystectomie, on est un peu revenu des jugements sévères portés contre cette dernière opération grâce aux travaux de Michaux, Terrier, Calot, Routier, Schwartz, Kehr, etc.

Tout en admettant que la cholécystectomie soit un peu plus difficile, surtout quand il y a des adhérences, elle permet d'explorer plus complètement les voies biliaires, et elle est plus radicale que la cholécystostomie ; quant à la gravité des deux opérations, elle est sensiblement la même.

Les grands reproches faits à la cholécystostomie sont : la persistance d'une fistule biliaire ou muco-purulente, la formation d'adhérences douloureuses nécessitant souvent une intervention nouvelle ; de plus, ce n'est pas une opération radicale et, la fistule une fois fermée, de nouveaux calculs peuvent se former dans la vésicule.

La fistule persistante ou longue à guérir est un accident assez fréquent et, si quelques chirurgiens comme M. Tuffier ont été assez heureux pour n'avoir pas eu à compter avec lui, il n'en est pas de même pour tous ; nous voyons en effet dans la thèse de Morin que dans 20 cas sur 46 cholécystostomies on a eu à compter avec la fistule. Nous avons pu réunir un certain nombre d'observations dans lesquelles la fistule a nécessité une cholécystectomie secondaire.

Les fistules biliaires persistantes sont dues à l'obstruction des voies biliaires profondes (cholédoque) ou à des lésions anatomiques de ces voies, à la sténose post-opératoire du cholédoque.

Les fistules muco-purulentes indiquent qu'il reste une vésicule à parois altérées, avec oblitération du cystique. Ces fistules, moins graves que les précédentes, se ferment parfois, pour s'ouvrir de nouveau et laisser couler un peu de liquide muco-purulent.

Ces fistules persistantes peuvent être le point de départ d'une infection des voies biliaires malgré les précautions prises lors des pansements ; on ne laisse pas impunément les voies biliaires profondes communiquer avec l'extérieur par une fistule, il y a là un danger réel sur lequel on n'a peut-être pas assez insisté.

Les adhérences douloureuses consécutives à la cholécystostomie sont très fréquentes, elles sont parfois tellement pénibles que les malades disent souffrir plus qu'avant l'opération, elles peuvent les empêcher de travailler et faire croire à de nouvelles crises de coliques hépatiques. Elles s'expliquent d'ailleurs facilement par l'union d'un organe contractile, la vésicule, à la paroi abdominale mobile, d'où tiraillements douloureux incessants, qui obligent à une nouvelle intervention, libération des adhérences ou cholécystectomie.

Dernier argument, la cholécystostomie n'est pas une opération radicale et, comme le dit Michaux, « la lithiase étant toujours primitivement vésiculaire, se borner à ouvrir la vésicule, c'est ou bien laisser persister un foyer inflammatoire mal éteint, ou bien conserver un réservoir capable de reproduire des calculs, ou enfin s'exposer à un écoulement bilieux persistant pendant un temps plus ou moins long. » Au contraire en supprimant la vésicule, on supprime du même coup le mal et son siège de production, les pierres

la carrière, suivant l'heureuse expression de Langenbuch.

La cholécystostomie n'est en somme qu'un pis-aller thérapeutique, c'est une opération palliative réservée aux cas d'urgence, et lorsqu'on la pratique on doit au moins avoir l'excuse d'y être obligé. L'infection des voies biliaires, l'obstruction incurable des voies biliaires profondes, cancer, calcul impossible à enlever, compression des voies biliaires, telles sont les indications de la cholécystostomie. Dans tous les autres cas, elle doit céder la place à la cholécystectomie, à la cholédocotomie, à la cholécystotomie idéale.

On a reproché à la cholécystectomie d'exposer aux hémorragies, à la péritonite; ces complications observées dans quelques cas sont faciles à éviter si l'on opère suivant la technique que nous indiquerons plus loin. Nous verrons aussi que l'écoulement bilieux, très fréquent après la cholécystectomie n'est pas durable et ne présente pas les inconvénients qu'on lui a attribués.

II

Indications de la cholécystectomie. — Les indications de l'extirpation de la vésicule sont assez difficiles à établir, attendu qu'en chirurgie biliaire, très souvent le tableau clinique décidera non pas telle opération, mais une laparotomie exploratrice, et ce n'est qu'après avoir constaté l'état des voies biliaires qu'on choisira l'opération. Il faudra donc se baser sur les symptômes observés, voir ce qu'ils traduisent dans la majorité des cas, décider une intervention exploratrice et au cours de celle-ci pratiquer l'opération la meilleure.

Nous allons examiner les conditions dans lesquelles on sera amené à pratiquer l'extirpation de la vésicule biliaire :

1° Dans la lithiase de la vésicule et du cystique;

2° Dans la lithiase des canaux biliaires (surtout cholédoque);

3° Dans les fistules spontanées ou consécutives à la cholécystostomie.

1° Dans la lithiase de la vésicule et du cystique. — Il est actuellement bien établi que la lithiase vésiculaire a une existence clinique à part, se traduisant par des phénomènes variables suivant le nombre et le volume des calculs, les altérations de la vésicule, sa tolérance, l'occlusion du canal cystique, les adhérences péri-vésiculaires. Mais, on ne peut séparer la lithiase de la vésicule de celle du cystique, dans lequel des calculs sont souvent engagés.

En dehors de ces cas aigus d'angiocholécystite calculeuse que nous laissons de côté et qui nécessitent une intervention d'urgence, les malades atteints de lithiase vésiculaire se présentent sous des aspects tellement différents qu'il est impossible d'étiqueter chaque état et de diviser en groupes les divers accidents de la lithiase vésiculaire; ce serait une division factice et partant peu clinique.

Si nous restons dans le domaine de la clinique nous voyons que les malades arrivent au chirurgien, soit pour des *phénomènes douloureux* qui se présentent sous diverses formes, soit pour une *tumeur* de l'hyponcondre droit, avec ou sans douleur.

Souvent s'y ajoutent des troubles de l'état général, des phénomènes dyspeptiques, de l'amaigrissement et dans certains cas un peu d'ictère ou de subictère.

Tels sont les divers symptômes devant lesquels se pose le problème de l'intervention chirurgicale; nous allons tâcher de voir à quoi répondent ces symptômes, les lésions qu'ils traduisent, et les indications qu'ils comportent.

A. *Phénomènes douloureux.* — Les douleurs les plus nettes se présentent dans la *colique hépatique* ordinaire, banale, que nous ne décrirons pas; elle est typique et facilement reconnaissable.

L'accès de colique hépatique n'est qu'un accident bénin, heureux pourrait-on dire, puisqu'il aboutit à l'expulsion des calculs; mais d'autres peuvent rester dans la vésicule et le cystique et donner lieu à de nouvelles crises. On voit en effet des malades avec des crises répétées, subintrantes, souffrant terriblement, constamment, car, dans l'intervalle des crises, restent une douleur sourde, un endolorissement de toute la région. L'ictère n'apparaît pas toujours, mais l'état général s'altère, des troubles digestifs surviennent, les malades maigrissent et sont menacés des accidents lithiasiques les plus graves. La vie leur devient impossible dans ces conditions, et ils sont les premiers à réclamer une intervention, découragés qu'ils sont de toutes les thérapeutiques médicamenteuses et hydrominérales qui ne les ont pas guéris, ni même quelquefois sensiblement améliorés.

Dans ces cas, une laparotomie exploratrice s'impose, et sans retard; elle sera faite dans l'intervalle de deux crises, et ce n'est que le ventre ouvert, après s'être rendu compte de l'état de la vésicule et des voies biliaires, qu'on se décidera pour telle opération.

Nous n'hésitons pas à dire que dans ces cas la cholécystectomie est l'opération de choix, parce qu'on trouve le plus souvent une vésicule malade, contenant des calculs en plus ou moins grand nombre, reliée aux organes voisins pour des adhérences; le cystique peut aussi contenir des calculs enclavés ou en voie de migration, de même le cholédoque; à moins d'infection sérieuse, il faut débarrasser ces malades de leur vésicule; on les voit alors revenir rapidement à la santé, ils ne souffrent plus, engraissent et peuvent reprendre leurs occupations ordinaires.

Mais la colique hépatique n'est que l'expression de la migration calculeuse; la présence des calculs dans la vésicule et le cystique peut également donner lieu à des phénomènes douloureux, mais moins intenses et très différents, suivant qu'il y a altération de la vésicule et adhérences péri-vésiculaires.

La simple présence des calculs dans la vésicule peut se révéler par une sensation de pesanteur, de tension dans l'hypocondre, et donner lieu à des accès douloureux, à de véritables coliques que Gilbert et L. Fournier ont désignées sous le nom de *coliques vésiculaires*.

Il s'agit d'accès répétés, d'une violence modérée, ou bien d'un véritable état de mal durant plusieurs semaines, avec phases d'accalmie. L'ictère manque et l'on ne trouve pas de calculs dans les selles. A la longue s'éveillent des réactions nerveuses plus accusées que dans la colique franche.

Dans ces cas, la vésicule contient peu de calculs, mais ceux-ci sont trop volumineux pour migrer; ils font des tentatives qui correspondent aux accès douloureux. La vésicule n'est pas très altérée, elle est encore contractile.

Toutes différentes sont les douleurs observées dans les cas d'altérations graves de la vésicule, dans la cholécystite calculeuse chronique; la vésicule est tantôt petite, rétractée sur les calculs, tantôt augmentée de volume; presque toujours il y a de la péricholécystite. Il s'agit d'infection ancienne de la vésicule, d'une cholécystite aiguë plus ou moins

intense passée à l'état chronique; de temps à autre, des phénomènes aigus peuvent se greffer sur cet état chronique.

Duret, dans une étude sur les *lithiases biliaires latentes*, appelle l'attention sur les cas où il n'y a ni ictère, ni tumeur dans la région vésiculaire, ni le cortège symptomatique ordinaire de la lithiase biliaire et où les douleurs et les troubles généraux sont cependant intenses et conduisent les malades à un état d'adynamie et d'amaigrissement qui les amène à demander une opération.

Ces lithiases seraient causées le plus souvent par un ou plusieurs calculs ovalaires dans la vésicule hypertrophiée sans qu'elle soit distendue par du liquide; souvent, au contraire, elle est rétractée et, au moment de l'opération, doit être recherchée au milieu d'un magma fibreux d'où on la dégage avec peine.

Cette cholécystite scléreuse, souvent accompagnée de péricholécystite, a une double origine : l'irritation des calculs et l'infection chronique des microbes pathogènes. Il se fait dans ces circonstances des poussées inflammatoires successives qui s'étendent plus ou moins loin et déterminent les hypertrophies, les scléroses vésiculaires, les adhérences avec les parties voisines. Mais la condition primordiale paraît être l'enclavement des calculs, leur multiplicité, le rétrécissement et les déformations du canal cystique, toutes causes qui s'opposent à leur migration.

L'altération de la vésicule avec arrêt d'un calcul dans le cystique n'est pas le seul élément qu'il faille faire entrer en ligne de compte dans la production de la douleur, il faut attribuer une large part aux adhérences contractées par un organe mobile avec les organes voisins, c'est-à-dire à la péricholécystite plus ou moins intense. Ces adhérences ont une très grande importance, et il est des cas où, ayant pris naissance au moment d'une poussée aiguë de cholécystite, puis les calculs ayant été expulsés lors d'une crise de coliques, elles suffisent à provoquer des douleurs parfois très violentes. Elles sont à rapprocher des adhérences consécutives à la cholécystostomie que nous avons étudiées précédemment. Il existe des observations où la simple libération de ces adhérences (qu'il s'agisse de cholécystite calculeuse ou non) a suffi à guérir les malades; c'est la meilleure preuve qu'on puisse donner de la réalité des douleurs dues aux adhérences péricystiques.

Ces phénomènes douloureux observés dans la cholécystite calculeuse chronique sont caractérisés non pas tant par leur intensité que par leur persistance et leur répétition; ils ne s'accompagnent ni d'ictère, ni de fièvre.

Ces douleurs siègent dans l'hypocondre droit, en un point qui n'est pas toujours le point cystique; elles présentent des irradiations vers l'épigastre et l'ombilic. Les malades accusent de la gêne, des tiraillements au niveau du foie ou de l'estomac, des crampes pénibles. Ces douleurs sont réveillées par les efforts, la toux, les travaux pénibles, la marche, les mouvements de flexion du corps, le travail de la digestion, les vomissements. Leur siège est fréquent à l'épigastre, et comme elles surviennent souvent après les repas et s'accompagnent de troubles digestifs, on les met sur le compte d'une affection d'estomac.

Ces douleurs ne sont pas continues; elles disparaissent parfois pour un temps plus ou moins long; dans d'autres cas, elles s'accentuent et se présentent sous forme de crises rappelant la colique hépatique.

Au bout d'un certain temps, les crises douloureuses se rapprochent, laissant dans leur intervalle une sensation de pesanteur dans l'hypocondre droit, très pénible pour les malades; celles-ci, car il s'agit le plus souvent de femmes, font de la neurasthénie, de l'hystérie.

La fièvre et l'ictère font défaut; cependant, après des crises plus fortes, on trouve parfois un peu de subictère; il faudra donc toujours rechercher ce signe et faire l'examen des urines.

Lorsque les symptômes douloureux et les troubles digestifs constituent à eux seuls le tableau clinique, le diagnostic est très délicat; l'examen complet du malade, ses antécédents, les caractères des douleurs pourront aider, mais souvent le diagnostic restera en suspens et ne sera précisé qu'au cours d'une laparotomie exploratrice.

En face d'une malade présentant ces douleurs, telles que nous venons de les décrire, même en l'absence de tumeur, lorsque les divers traitements médicaux n'ont amené aucune amélioration, le devoir du chirurgien est de faire une laparotomie exploratrice, qui deviendra curatrice le plus souvent.

Dans ces cas, en effet, on tombe sur ces vésicules calculeuses alterées, adhérentes et comme toujours ou presque toujours dans ces cas la lithiase est limitée à la vésicule et au cystique, c'est à la cholécystectomie qu'on aura recours, si la malade n'a pas de fièvre.

C'est dans ces formes de lithiase que cette opération donne les meilleurs résultats; ces malades qui souffrent depuis des années (depuis plus de vingt ans dans certaines observations) sont véritablement transformés et commencent, leur semble-t-il, une vie nouvelle, suivant l'expression d'une de nos malades, ce qui a permis à M. Michaux de dire : « Je ne connais pas pour ma part d'opérés plus reconnaissants que les opérés d'extirpation de vésicule biliaire. »

B. *Tumeur*. — C'est le second symptôme qui amène les malades au chirurgien, tantôt seul, tantôt associé aux douleurs. Ce symptôme est beaucoup moins fréquent que les phénomènes douloureux et pour plusieurs raisons. En effet, il est des vésicules calculeuses très petites, rétractées, cachées sous le foie et qu'on a peine à trouver une fois l'abdomen ouvert : dans ces cas, on ne trouve jamais de tumeur.

Dans les cas de vésicule volumineuse, formant tumeur, celle-ci peut ne pas être perçue, soit du fait de l'épaisseur de la paroi abdominale qui gêne l'exploration, soit parce que la région étant douloureuse, la palpation, réveillant la douleur, provoque de la défense musculaire qui empêche de sentir quoi que ce soit. Mais la défense musculaire est un signe important, elle indique un processus inflammatoire sous-jacent, ici tout comme dans l'appendicite; on devra en tenir grand compte pour le diagnostic, car elle permet de deviner une tumeur sous cette paroi qui se tend.

Lorsque la tumeur n'est pas douloureuse, elle est parfois découverte par hasard, par le malade ou son médecin.

Ses caractères sont d'ailleurs des plus variables, ce qui s'explique par la variété même des états anatomiques auxquels elle correspond.

Chez les femmes maigres, on peut arriver à sentir la vésicule bourrée de calculs nombreux ou volumineux. Parfois la vésicule, augmentée de volume, entraîne la portion de foie sous laquelle elle est cachée, formant ce que Riedel a appelé l'appendicite linguiforme du foie.

Lorsqu'il s'agit de malades à parois épaisses, on ne sent rien, on note simplement de la défense musculaire que

provoque la palpation et qui fait penser à une tumeur au-dessous de la paroi.

Dans d'autres cas, la tumeur se présente sous une forme diffuse et ne siège pas exactement dans la région vésiculaire, mais un peu plus bas et plus près de la ligne médiane; elle est due alors à un paquet d'adhérences épiploïques collées à la vésicule et formant une masse parfois très volumineuse. Nous avons opéré une malade qui présentait à son entrée à l'hôpital Necker une masse volumineuse au voisinage de l'ombilic; cette tumeur diminua un peu après quelques jours de repos et à l'opération nous avons trouvé, outre des adhérences au foie et à l'angle du côlon, un gros paquet d'adhérences épiploïques dont quelques-unes plus anciennes furent difficiles à libérer.

Dans la cholécystite calculeuse chronique la tumeur que l'on perçoit présente les caractères suivants. L'hypocondre droit est plus saillant, soulevé par la tumeur située sous le muscle droit, qu'elle dépasse parfois. Le plus souvent, c'est le palper seul qui révèle la tumeur; celle-ci, grosse comme une noix, une mandarine, une tête de fœtus, est plus ou moins profondément située, sous le muscle droit en général, parfois plus en dedans vers la ligne médiane; elle est arrondie ou piriforme, généralement bien circonscrite, de consistance dure. S'il n'y a pas d'adhérences trop étendues, elle est mobile et suit la glande hépatique pendant les mouvements respiratoires; on peut la mobiliser dans différents sens, sauf de haut en bas; elle n'est ni réductible, ni dépressible, on peut la repousser en arrière, mais lorsqu'on cherche à la refouler par en haut, on ne peut en obtenir la réduction. Cette tumeur est mate à la percussion et sa matité se continue avec celle du foie, ou bien en est séparée par une zone de sonorité.

Lorsqu'il y a des adhérences, la tumeur est généralement plus volumineuse, plus douloureuse, plus étendue par en bas, moins mobilisable.

Lorsque après oblitération du cystique, la vésicule est distendue par du liquide séro-muqueux (*hydropisie de la vésicule*), la palpation permet de reconnaître une tumeur en forme de poire à grosse extrémité dirigée en bas, semblant se rattacher au foie par un pédicule plus ou moins allongé; rénitente, dure, élastique, quelquefois fluctuante, cette tumeur paraît lisse, elle est très mobile.

Une palpation méthodique fera presque toujours reconnaître la tumeur, mais il ne sera pas toujours facile d'en diagnostiquer la nature, surtout lorsque les antécédents lithiasiques feront défaut.

Douleur et tumeur, voici donc les deux grands symptômes qui décident l'intervention; séparés l'un de l'autre, ils ne sont pas toujours suffisamment caractérisés pour permettre un diagnostic précis; réunis, au contraire, ils acquièrent plus de valeur, surtout lorsqu'on retrouve des antécédents lithiasiques, colique hépatique, colique vésiculaire, ictère avec troubles digestifs et modification de l'état général.

Même dans ces cas où l'origine lithiasique des accidents sera à peu près certaine, les lésions anatomiques dont ils sont le résultat ne seront pas aisées à déterminer; d'ailleurs il ne faut pas vouloir préciser trop le diagnostic, l'essentiel est de reconnaître l'origine des accidents et de poser l'indication opératoire, car ce n'est le plus souvent qu'après une laparotomie exploratrice qu'on pourra se rendre compte des lésions et agir en conséquence.

C'est ici, pensons-nous, que la cholécystectomie trouve ses véritables indications; il s'agit en effet d'une vésicule à parois altérées, inutile puisqu'elle ne se contracte plus, dangereuse parce qu'elle peut se rompre, engendrant des douleurs et des troubles digestifs, souvent exclue des voies biliaires par oblitération du col ou du cystique, n'est-ce pas le cas, puisque tout se passe dans la vésicule qui n'a plus aucun rôle physiologique, d'être vraiment radical et de la supprimer?

Il n'est pas douteux que, dans la lithiase biliaire arrivée à cette période, il n'y a plus de traitement médical; souvent même les malades ne s'y sont que trop attardés. La chirurgie seule peut les débarrasser d'une affection chronique dangereuse et cela par une opération dont la gravité n'est certainement pas très grande.

2° Dans la lithiase du cholédoque. — La lithiase des gros canaux biliaires, celle du cholédoque en particulier, est une lithiase secondaire; les calculs trouvés dans le cholédoque sont des calculs migrateurs venant de la vésicule; en général la lithiase du cholédoque est accompagnée de lithiase de la vésicule et du cystique, ce qui est important au point de vue chirurgical.

La lithiase du canal cholédoque peut ne se révéler par aucun symptôme; c'est ainsi qu'au cours d'une intervention sur la vésicule on trouve dans le cholédoque un ou plusieurs calculs qui n'ont donné lieu à aucun symptôme. C'est que le canal est resté perméable, et la bile pouvant passer, il n'y a pas de signe de rétention biliaire.

Lorsque le canal est complètement obstrué par un calcul enclavé, il en est tout autrement et l'on ne tarde pas à voir apparaître tous les symptômes de la rétention biliaire, dont la gravité est grande; aussi en présence des signes d'obstruction du cholédoque, ne devra-t-on pas s'attarder trop longtemps au traitement médical et intervenir rapidement pour lever l'obstacle. Quelle sera l'intervention?

Les avis sont partagés, les uns vont directement au cholédoque pour lever l'obstacle; les autres se basant sur le fait qu'il y a souvent en même temps des calculs dans la vésicule, commencent par découvrir celle-ci pour l'explorer, l'ouvrir, ce qui permet l'exploration digitale du cholédoque, et, dans certains cas, le refoulement du calcul dans la vésicule, qui peut ensuite être extirpée. Nous verrons plus loin l'avantage de cette méthode pour arriver à bien explorer les voies biliaires; à diverses reprises, M. Routier y a insisté. Dans beaucoup de cas on peut ainsi éviter la cholédocotomie qui est une opération délicate.

Lorsque, au cours d'une intervention sur la vésicule, on trouve un calcul dans le cholédoque, la conduite sera la même que précédemment, on tentera de l'amener dans la vésicule, par refoulement ou par incision prolongée des voies biliaires, ou bien on pourra combiner la cholédocotomie à la cholécystectomie; l'intervention est alors plus grave.

3° Dans les fistules cutanées. — Qu'elles soient spontanées ou consécutives à la cholécystostomie, ces fistules sont souvent très rebelles; elles sont ou muco-purulentes ou biliaires. Ces dernières reconnaissent le plus souvent comme cause une obstruction du cholédoque, et avant toute opération on devra s'assurer de l'état de ce canal. Le cathétérisme des voies biliaires dans ces cas est très difficile et nous croyons plus pratique la manœuvre recommandée par Kehr qui consiste à obturer la fistule avec un fosset bouilli et entouré de coton stérilisé, ce fosset est enfoncé dans la

fistule, retenu à l'extérieur par un fil; on le recouvre d'ouate et de collodion. S'il y a obstruction calculeuse du cholédoque, la tension biliaire augmente et le calcul peut être chassé dans l'intestin; mais s'il est très volumineux, on voit apparaître de la fièvre, de l'ictère et le fosset est bientôt repoussé, laissant couler par la fistule de la bile trouble. S'il n'y a pas de calcul le fosset peut rester sans amener d'accident.

L'obstruction du cholédoque diagnostiquée, il faut aller lever l'obstacle, soit par une cholédocotomie, soit par voie vésiculaire avec cholécystectomie; en enlevant la vésicule on guérit la fistule.

La cholécystectomie est encore l'opération de choix dans les fistules muco-purulentes, indice d'une vésicule altérée.

Doit-on fermer une fistule ou faire la cholécystectomie avant que la bile soit aseptique? On a beaucoup discuté sur ce point qui est assez délicat, surtout pour les fistules consécutives à la cholécystostomie pour angiocholite non calculeuse, où l'on craignait avec raison le retour des accidents infectieux. Il ne semble pas en être de même dans la lithiase, un certain nombre de fistules ont été fermées sans examen de la bile, et l'on n'a pas eu à noter le moindre accident.

Pous nous résumer, nous voyons que l'extirpation de la vésicule biliaire est imposée par deux ordres de symptômes, phénomènes douloureux, tumeur; le premier est le plus important, c'est lui qui amène les malades à réclamer une intervention.

Ces différents états morbides correspondent soit à la lithiase biliaire migratrice : crises de coliques hépatiques violentes, répétées, et de plus en plus fréquentes; soit à la lithiase vésiculaire latente, sans migration calculeuse : coliques vésiculaires, douleurs sourdes, constantes, s'accompagnant à la longue de troubles digestifs et généraux.

Les lésions anatomiques sont représentées par la cholécystite calculeuse sous toutes ses formes : cholécystite catarrhale, cholécystite chronique scléreuse à forme atrophique ou hypertrophique, avec ou sans péricholécystite, hydropisie ou empyème de la vésicule.

Dans la lithiase du cholédoque associée à la lithiase vésiculaire, la cholécystectomie seule ou combinée à la cholédocotomie trouvera également une indication.

Enfin dans les fistules muco-purulentes ou biliaires, dans les cas d'adhérences douloureuses consécutives à la cholécystostomie, l'ablation de la vésicule donne d'excellents résultats.

Comme toute opération, la cholécystectomie présente quelques contre-indications que nous ne devons pas passer sous silence, car elles sont capitales, et l'on ne doit pas inscrire au passif d'une méthode les insuccès observés dans les cas où elle a été appliquée malgré des contre-indications. Celles-ci sont : l'infection des voies biliaires, l'occlusion du canal cholédoque, les adhérences périvésiculaires trop étendues.

Pour l'*infection des voies biliaires*, il n'y a pas de discussion, c'est à la cholécystostomie, qui permet le drainage, qu'il faut s'adresser; mais il faut s'entendre sur l'infection des voies biliaires. Il y a toujours infection puisque l'origine même de la lithiase est microbienne, mais à côté de l'infection secondaire grave avec symptômes généraux, il y a l'infection bénigne, légère, sans fièvre ni phénomènes généraux, qui ne doit pas contre-indiquer une opération radicale, curative; d'ailleurs les faits sont là pour appuyer cette manière de voir.

L'*occlusion du cholédoque* est également une contre-indication formelle à l'extirpation de la vésicule. Pour enlever celle-ci, il faut que le cholédoque soit perméable ou que l'on puisse rétablir sa perméabilité. Il faut donc dans toute intervention sur la vésicule explorer le canal cholédoque et n'enlever la vésicule que si l'on est certain de la perméabilité de ce canal. Tout obstacle infranchissable du cholédoque contre-indique d'une façon absolue la cholécystectomie.

Les *adhérences* trop étendues, en cas de vésicule petite, altérée, friable, contre-indiquent également l'extirpation de la vésicule; il faut se contenter dans ce cas d'ouvrir celle-ci et de la drainer.

Outre ces trois grandes contre-indications, il en est d'autres moins formelles, mais qui ont aussi leur importance et avec lesquelles il faut compter. C'est ainsi que l'âge trop avancé, l'amaigrissement considérable, la cachexie, les altérations graves du foie, des reins, devront rendre très circonspect. Lorsque l'opération pourra être différée, ces malades seront mis en meilleur état de résister au shock, mais si l'intervention est urgente, on devra se contenter de l'opération la plus simple.

III

Technique opératoire de la cholécystectomie. — Malgré un examen minutieux, on arrive assez rarement à faire un diagnostic précis des lésions calculeuses des voies biliaires permettant de prendre le bistouri pour faire telle opération. Ce serait, dans bien des cas, s'exposer à des déceptions et il est beaucoup plus sage d'établir d'abord la nécessité d'une intervention au cours de laquelle on décidera l'opération de choix. C'est donc la laparotomie exploratrice qui permettra de se rendre un compte exact des lésions, et nous croyons, que dans les cas douteux, son innocuité étant parfaitement démontrée, on ne doit pas hésiter à la pratiquer; elle sera le plus souvent le premier temps d'une intervention curatrice. Elle permettra d'explorer la vésicule et les canaux biliaires, de reconnaître leurs altérations et d'agir en connaissance de cause.

Supposons cependant un diagnostic précis indiquant nettement l'extirpation de la vésicule, voyons quelle sera la technique de cette opération actuellement bien réglée et dont les difficultés ne sont certainement pas aussi grandes qu'on l'a dit et écrit, au moins dans la grande majorité des cas.

Les soins préopératoires sont les mêmes que pour toute intervention abdominale. De l'instrumentation nous ne dirons rien, il n'est besoin d'aucun instrument spécial : ceux dont on se sert pour une laparotomie ordinaire sont suffisants. En dehors du chloroformisateur, un seul aide suffira, un second serait plutôt gênant à moins qu'on ne l'utilise simplement pour passer les fils et les compresses.

La région étant préparée, le champ opératoire entouré de compresses stérilisées, l'opération comprend les différents temps suivants :

1° Ouverture de l'abdomen. — Nous ne rappellerons pas les longues discussions sur les diverses variétés d'incision, verticale (latérale ou médiane), oblique, en T, en S; chaque opérateur a ses préférences, chaque incision ses avantages et ses inconvénients. Ce qu'il faut, c'est une incision suffi-

samment grande pour permettre d'y voir clair, car si la vésicule est relativement superficielle, il n'en est plus de même des voies biliaires qui sont très profondes, et chez les femmes à parois épaisses on opère le plus souvent au fond d'une sorte de puits où les manœuvres sont fort délicates.

Nous donnons la préférence à l'incision verticale, latérale, soit sur le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen, soit à travers ce muscle dont on dissocie les fibres après incision de l'aponévrose, parce que nous pensons que dans toute opération sur les voies biliaires, on doit commencer par l'exploration de la vésicule qui servira de guide pour arriver sur les voies biliaires profondes. Si nos préférences vont à cette incision, que nous avons toujours vue suffisante, nous admettons volontiers que l'incision médiane sus-ombilicale est bien pratique pour aborder directement le cholédoque, mais on se prive ainsi d'un point de repère précieux, la vésicule, et si celle-ci doit être enlevée au cours de l'intervention, ce ne sera pas facile par cette voie.

D'ailleurs, nous ne sommes pas exclusif et nous croyons qu'il faudra se laisser guider par les circonstances et chercher surtout à se bien rendre compte de l'état de la région. En cas de tumeur sentie lors de l'examen de la malade ou sous le chloroforme avant l'opération, l'incision verticale, directement sur la tumeur, est encore préférable.

Dans la cholécystectomie pour fistule, le mieux sera de faire une incision circonscrivant l'orifice fistuleux et descendant au-dessous. L'incision sera complétée en bas de la fistule afin d'ouvrir le péritoine en un point où il n'y a pas d'adhérences ; on pourra ainsi libérer les adhérences de la vésicule à la paroi pour ne conserver que le trajet fistuleux que l'on sectionne alors de chaque côté.

2° Recherche et exploration de la vésicule. — Avant toute manœuvre sur la vésicule il faut isoler la cavité péritonéale au moyen de compresses stérilisées; on détache auparavant, si cela est nécessaire, les adhérences de la vésicule à la paroi.

La recherche de la vésicule est parfois des plus pénible, surtout lorsque celle-ci est petite, rétractée, entourée d'adhérences; il faudra donc libérer quelques adhérences, relever le bord du foie pour explorer méthodiquement le réservoir biliaire. Dès ce moment, il faut avec l'index introduit d'avant en arrière, au-dessous de la vésicule, se rendre compte du contenu de la vésicule, de son volume, de ses connexions, de l'épaisseur de ses parois, de l'état du canal cystique et même explorer le canal cholédoque si l'hiatus de Winslow n'est pas fermé par des adhérences; mais, le plus souvent, cette exploration ne peut être bien faite qu'après libération et ouverture de la vésicule.

3° Libération de la vésicule biliaire. — Facile lorsque la vésicule est libre, dans l'hydropisie vésiculaire par exemple, elle devient bien difficile lorsque des adhérences l'unissent aux organes voisins. Il faudra s'efforcer de libérer ces adhérences avec les doigts ; si ce n'est pas possible, on amorcera avec les ciseaux ou le bistouri qui est plus dangereux et dont on doit se passer autant que possible. Le dégagement sera continué avec les doigts très doucement, très prudemment; on pourra au besoin lier et sectionner l'épiploon adhérent pour se donner du jour. On apportera le plus grand soin à la libération de l'intestin adhérent, mieux vaut détacher aux dépens de la vésicule, au risque de l'ouvrir, que d'entamer la paroi intestinale.

Les adhérences une fois détachées, il se produit souvent un suintement sanguin abondant, qui sera vite arrêté par un peu de compression ou quelques ligatures, si cela est nécessaire.

La vésicule étant bien dégagée par en bas, une compresse stérilisée est glissée au-dessous d'elle, et il ne reste plus qu'à la séparer de la fossette hépatique, ce qui n'est pas toujours facile. On amorcera le décollement avec les ciseaux, en incisant plutôt aux dépens de la paroi vésiculaire que du foie, car si l'on entraîne celui-ci, il se produit une hémorragie assez abondante qu'on arrêtera par tamponnement ou par quelques sutures.

Cette libération doit être faite, lorsque cela est possible, avant l'ouverture de la vésicule et poussée jusqu'à l'origine du cystique.

La vésicule est alors amenée dans l'incision en dehors de la plaie pour l'ouvrir, car en général il ne faut pas extirper la vésicule sans l'ouvrir.

4° Ouverture de la vésicule et extracion des calculs. — Une compresse ayant été placée entre la vésicule et la paroi, recouvrant la lèvre externe de l'incision, la vésicule est amenée en dehors et incisée au niveau de son fond ; elle se vide de son contenu, liquide biliaire, parfois magma puriforme, calculs. Les deux lèvres étant repérées, on introduit deux doigts dans l'abdomen en suivant la vésicule afin d'aller jusque sur le col et le canal cystique pour en déloger par expression les calculs qu'ils contiennent. Le moyen le plus simple pour extraire les calculs est de faire un lavage de la vésicule avec de l'eau bouillie sous pression assez forte; les calculs sont entraînés par le courant de liquide, on aide d'ailleurs à leur progression avec les doigts. On peut même en retirer avec une pince ou une petite curette.

5° Exploration des voies biliaires. — C'est à ce moment qu'elle pourra être faite complètement, à moins qu'elle n'ait été possible avant la libération de la vésicule ; néanmoins il sera toujours bon de la compléter.

Le bord inférieur du foie étant relevé par l'aide, on explore avec la main droite la face inférieure du foie et les voies biliaires profondes en tournant le dos à la figure de l'opéré ainsi que le conseille Kehr. La vésicule est précieuse pour guider le doigt, on tire légèrement sur elle, on la suit ainsi que le canal cystique tendu et l'on arrive directement sur le cholédoque que l'on pourra explorer facilement si l'hiatus de Winslow n'est pas fermé par des adhérences : s'il y a des calculs ils seront certainement perçus par le doigt, du moins dans la portion sus-duodénale.

Les portions rétro-duodénale et pancréatique sont plus difficiles à explorer et souvent des calculs y passent inaperçus. Le mieux dans ces cas est de libérer le cystique et tenant en main la vésicule et le canal qui lui fait suite, on arrive sur le cholédoque que l'on peut tendre et explorer; c'est le toucher qui fera reconnaître une induration due à un calcul enclavé dans le cholédoque.

Si le cystique est perméable, on pourra tenter le cathétérisme des voies biliaires, qui dans certains cas donnera d'utiles renseignements. Malheureusement, le cathétérisme des voies biliaires, qui présente souvent de grandes difficultés lorsque les voies biliaires sont normales, sera impossible à pratiquer sur des voies biliaires altérées, rétrécies en

certains points, et ce serait perdre son temps que d'insister. L'exploration digitale lui est bien supérieure; mais, lorsque ce sera possible, ces deux moyens pourront être associés.

Lorsque, après avoir débarrassé la vésicule de son contenu, il reste dans le cystique des calculs enchatonnés dans une dilatation, ou très volumineux, avec rétrécissement du canal au-dessus, ce qui empêche de les faire passer dans la vésicule en les énucléant avec les deux index, on ne pourra les retirer qu'en les broyant ou en incisant le canal, car il ne faut jamais refouler un calcul dans le cholédoque. L'écrasement des calculs avec une pince ne sera jamais pratiqué, tout au plus pourra-t-on tenter d'écraser le calcul avec les doigts, et encore sans trop insister, car on risque de déchirer la paroi déjà altérée. Il est beaucoup plus simple d'inciser directement sur le calcul, de faire une cysticotomie qui permet de l'extraire aisément, ou bien encore de prolonger l'incision de la vésicule jusqu'à ce niveau.

Si l'exploration digitale ou le cathétérisme révèlent un calcul du cholédoque situé dans les parties sus-duodénales (mobile ou enclavé) ou mobile dans les deux dernières portions, les mêmes manœuvres permettront de l'amener dans la vésicule, car il faut bien se garder de refouler un calcul du cholédoque dans le duodénum, car le calcul peut rester dans l'ampoule, sans qu'on s'en aperçoive, et amener des accidents consécutifs.

On devra donc, avec les deux index introduits au delà du calcul et le saisissant, essayer de l'amener dans la vésicule par le canal cystique, « manœuvre d'expulsion par les voies supérieures, » sur laquelle M. Routier a insisté depuis longtemps et que nous avons vu réussir très fréquemment. Ce calcul est pour ainsi dire énucléé comme un noyau de cerise.

Lorsque le calcul est enclavé dans la portion sus-duodénale, si l'on ne peut le déloger, on fera une cholédocotomie suivie de cholécystectomie.

Dans les calculs mobilisables et qu'on peut amener jusqu'à l'embouchure du cystique, on peut pour les extraire prolonger l'incision de la vésicule sur le cystique et même le cholédoque jusqu'au calcul qu'on extrait avec facilité. M. Routier emploie depuis longtemps cette manière de faire. Delagenière l'a décrite en 1899 sous le nom d'*incision de proche en proche des voies biliaires*; la technique en est exposée dans la thèse de son élève Meyer (1900); c'est une excellente méthode qui, dans beaucoup de cas, peut rendre de signalés services.

Delagenière conseille même de faire l'*incision complète* des voies biliaires jusqu'au calcul ou jusqu'à l'ampoule de Water et l'on trouve dans le travail de Meyer des observations où le cholédoque a été incisé dans toute son étendue à travers le pancréas sectionné; le canal fut ensuite suturé et les malades guérirent parfaitement.

Il faut reconnaître que cette manœuvre est délicate, et nous pensons que l'incision prolongée est surtout utile dans les cas où le calcul mobile ne peut passer par le cystique, elle ne va pas au delà de la première portion et son exécution est très facile.

Pour cela, on prolonge l'incision de la vésicule sur le canal cystique, dont les deux lèvres sont repérées avec des pinces une légère traction fait saillir le canal qui fait suite et l'on incise de proche en proche avec prudence, car la veine-porte est tout près en arrière du cholédoque, l'artère hépatique à sa gauche. Cette incision du cholédoque est très facile jusqu'au duodénum, c'est-à-dire sur une étendue de 2 à 2 centimètres et demi, il n'en est pas de même au delà.

Quant à la suture du cholédoque, elle est nécessaire si le canal a été incisé sur une grande étendue, et Delagenière la fait toujours; si l'incision n'a porté que sur la portion sus-duodénale, la suture n'est pas indispensable, on place une ligature sur le cystique, un drain dans l'ouverture du cholédoque qui se ferme rapidement. Il en est ici de même que pour la cholédocotomie, la suture n'est pas indispensable, d'ailleurs elle n'est pas toujours possible, et faite même dans de bonnes conditions elle ne tient pas toujours.

Lorsqu'un calcul siège dans les deux dernières portions du duodénum et y est enclavé, l'extraction devient beaucoup plus complexe, cette partie du cholédoque étant très difficile à aborder. On pourra recourir à l'incision complète comme l'a fait Delagenière ou bien faire une cholédocotomie transduodénale, mais, outre que ces interventions sont plus difficiles, elles ont une gravité beaucoup plus grande.

Ces opérations combinées montrent l'importance qu'il y a à aborder directement la vésicule, dont l'exploration, la libération puis l'incision permettront non seulement l'extraction des calculs de la vésicule et du cystique, mais l'exploration et la désobstruction des voies profondes, soit par refoulement des calculs dans la vésicule, soit par incision directe du conduit ou incision prolongée de la vésicule, mais elles ont une gravité plus grande.

6° Ligature du cystique et excision de la vésicule. — Lorsque la vésicule est ainsi libérée et qu'on est sûr de la perméabilité du cholédoque, on isole le cystique, si cela n'a déjà été fait. Il faut veiller à l'artère cystique, car s'il arrive de la sectionner avant la ligature, il ne sera pas toujours facile de la pincer. Lorsque la ligature du canal porte à l'union du cystique et de la vésicule, l'artère est liée sans être sectionnée auparavant; lorsqu'on isole le cystique pour le lier le plus loin possible, il faut pincer et lier l'artère séparément.

Le cystique est lié au catgut qui est toujours suffisant; la ligature étant souvent difficile à placer à cause de la profondeur, on peut, si l'on n'est pas sûr de sa solidité, en placer une seconde.

On sectionne au thermocautère au-dessus de la ligature et l'on cautérise le moignon.

Le foyer opératoire est alors nettoyé et asséché avec des compresses: s'il y a un peu de suintement sanguin, on tamponne quelques instants ou l'on fait des sutures: les compresses souillées sont enlevées et remplacées par une compresse stérilisée. Lorsque tout est terminé, faut-il drainer ou fermer l'abdomen? Nous n'hésitons pas à conseiller le drainage.

7° Drainage et fermeture de l'abdomen. — La question du drainage a été discutée; les deux méthodes ont donné des succès, mais croyant qu'il vaut mieux pécher par excès de prudence, nous préférons drainer, car nous voyons qu'un certain nombre de morts sont dues à ce fait qu'on a pratiqué la *cholécystectomie dite idéale*.

Nous conseillons de procéder de la façon suivante: on isole le foyer de la cavité péritonéale au moyen d'une compresse de gaze pliée et épaisse, qui va jusqu'au fond de la plaie et sort par l'extrémité inférieure de l'incision; un gros drain ou même deux sont placés sous le moignon cystique et reposent sur la compresse; le reste de l'incision est

fermé par deux ou trois fils de bronze, d'aluminium. Cette suture en un seul plan est très rapide et très solide; nous avons vu nos maîtres, MM. Ricard et Routier, y recourir dans toutes leurs laparotomies et avec les meilleurs résultats.

Il est certain que la cholécystectomie idéale satisfait davantage l'esprit, mais elle est dangereuse parce qu'on n'est jamais sûr que la ligature placée sur le cystique tiendra, et si elle cède, la bile peut se répandre dans le péritoine et déterminer, sinon une péritonite mortelle, du moins des accidents graves. Il n'est donc pas douteux que le drainage est plus sûr, et pour notre part nous préférons mettre un drain inutilement pendant quarante-huit heures, que de négliger cette précaution et risquer de perdre nos malades.

Si le troisième jour il n'y a pas d'écoulement de bile, on peut enlever la mèche de gaze et retirer le drain en même temps ou le lendemain. Les fils seront enlevés du huitième au dixième jour suivant qu'il y aura ou non écoulement de bile. Cet écoulement est assez fréquent, il n'a dailleurs aucune gravité et tarit toujours au bout de quelques jours, il ne persiste pas plus de quinze à vingt jours.

Les suites opératoires sont généralement très simples et ne comportent aucune indication spéciale. La plaie se ferme rapidement et les malades peuvent sortir vers le dix-huitième ou le vingtième jour.

Mais ces malades une fois guéris de leurs accidents n'en restent pas moins des infectés biliaires appartenant à la famille biliaire; aussi devront-ils encore se considérer comme des lithiasiques et ne pas enfreindre les règles d'hygiène et d'alimentation prescrites aux lithiasiques de ce genre.

Les résultats de la cholécystectomie dans la lithiase biliaire sont très encourageants. Nous avons pu réunir dans notre thèse 112 observations avec 14 morts; mais celles-ci ne sont pas toutes imputables à l'opération; 5 seulement lui sont attribuables et encore dans deux cas on avait fait la cholécystectomie idéale. De sorte que la mortalité brute qui s'élève à 12,5 p. 100, tombe en réalité à 4,46 p. 100 et si le drainage avait été fait, la proportion eût été encore moindre 2,67 p. 100.

Nous sommes persuadé que si la cholécystectomie était toujours faite avec des indications bien précises, une asepsie minutieuse, une technique rigoureuse, avec drainage, toujours, la mortalité serait moindre encore.

Nous avons pu revoir neuf malades opérées par notre maître M. Routier depuis un laps de temps variant de quelques mois à six ans et plus; toutes sont bien portantes; nous n'avons trouvé chez elles aucun trouble digestif, elles ont au contraire engraissé et leur santé est très florissante. Elles n'ont plus eu de crises ni de douleurs au niveau de la cicatrice, pas la moindre récidive.

Ces résultats, tant immédiats qu'éloignés, sont donc des plus satisfaisant, et nous croyons que la cholécystectomie, lorsqu'elle sera mieux connue de ceux qui l'ignorent encore et qu'elle sera faite suivant les indications et la technique que nous avons exposées, verra son domaine s'étendre beaucoup, au plus grand bien des malades.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(26 juin 1902)

Nous revenons sur la coxa vara. Après quelques observations de M. Broca, M. Kirmisson reprend la parole pour bien spécifier de nouveau que, pour lui, la coxa vara chez les jeunes enfants est toujours liée au rachitisme. L'exemple récemment fourni par M. Maunoury, les propres observations de M. Kirmisson ne peuvent laisser aucun doute à ce sujet. Quant à la coxa vara des adolescents, d'ailleurs très rare, coxa vara dite primitive ou essentielle, sa nature et sa pathogénie en sont encore mal connues.

M. Berger estime qu'il faut en effet distinguer la coxa vara des jeunes enfants, symptomatique du rachitisme, de la coxa vara essentielle, qui est à mettre à côté du genu valgum et qui, comme lui, doit être considérée comme une maladie de surcharge. En effet, chez les jeunes enfants, l'incurvation rachitique du fémur accompagne toujours la coxa vara. La vraie coxa vara de l'adolescent est très rare en France. M. Berger n'en a, jusqu'ici, rencontré qu'un seul cas. Il s'agit d'un jeune homme qui faisant de la gymnastique et venant d'accomplir un saut très étendu sentit, en retombant sur le sol, une douleur vive dans la hanche gauche. Cette douleur persista et bientôt le membre se mit en adduction forcée; l'abduction devint bientôt impossible et le membre présentait un raccourcissement de près de 4 centimètres : ce sont bien là toutes les modifications symptomatiques de la coxa vara d'origine traumatique, ce jeune homme n'offrait absolument aucun signe de rachitisme : comme traitement, M. Berger prescrivit l'extension continue dans un appareil de Hennequin.

M. Kirmisson tient à faire constater l'accord qui existe entre M. Berger et lui sur les rapports étroits de la coxa vara avec le rachitisme chez les jeunes enfants.

On se rappelle l'ingénieux traitement par interposition musculaire proposé par M. Nélaton pour combattre les ankyloses osseuses. Dans les cas de M. Nélaton, il s'agissait de la hanche, M. Quénu a pensé à employer ce procédé pour éviter l'ankylose si souvent consécutive aux résections du coude. Au cours de la résection, il détache le ligament antérieur et le replie au-dessous de la section osseuse humérale. L'humérus se trouve alors recouvert par une partie du brachial antérieur. M. Quénu a eu recours à cette opération sur une jeune femme de vingt ans qui, à seize ans, s'était fait une fracture du coude. Cette fracture fut mal soignée et se termina par une ankylose à peu près complète. Un chirurgien fit la résection du coude et, après cette intervention, l'ankylose fut plus accentuée encore. M. Quénu pratiqua alors une nouvelle résection très large et mit en pratique le procédé dont il vient de parler. Le résultat fut très bon, l'extension et la flexion sont complètes.

M. Routier, dans un cas d'ankylose des hanches avec croisement des jambes, a fait, d'un côté, une résection typique dans laquelle il a réséqué toute la tête fémorale, et de l'autre côté, sur l'avis d'Ollier, une ostéotomie sous-trochantérienne. Les jambes sont droites, mais l'ankylose s'est reproduite et le seul bénéfice qu'ait eu le malade c'est d'être ankylosé dans la rectitude.

Dans un second cas il s'agissait d'une jeune femme dont le coude était ankylosé en flexion. M. Routier fit une résection de ce coude, il y eut un peu de suppuration et il se fit une demi-ankylose. Le nerf cubital se trouva comprimé, il en résulta des troubles trophiques; une nouvelle intervention fut faite pour libérer le nerf cubital, nouvelle résection très large, mobilisation précoce et, malgré tout, nouvelle ankylose complète. A l'avenir M. Routier se propose de recourir à l'interposition musculaire proposée par M. Nélaton.

M. Delbet, dans un cas d'ankylose du coude d'origine blennorragique fit une large résection, il y eut récidive d'ankylose aussi étroite qu'auparavant. Dans une seconde opération M. Delbet enleva une bien plus grande quantité d'os; le résultat obtenu cette fois-ci fut assez satisfaisant. Mais il faut reconnaître que la plupart du temps on observe des réankyloses après ces résections. La maladie la plus ankylosante est le rhumatisme blennorragique. L'interposition musculaire proposée par M. Nélaton constitue un progrès.

M. Championnière trouve que la discussion a dévié. M. Nélaton a parlé de cas dans lesquels il y avait tout avantage à ménager le squelette. Sa proposition d'interposition musculaire est absolument logique dans les cas où il s'agit de la hanche. Pour le coude, il n'en est plus de même. Si la résection est très large et la mobilisation très précoce, il n'y a plus besoin du supplément d'opération proposé par M. Quénu. M. Championnière cite des exemples à l'appui de son dire.

M. Routier fait observer qu'il y a des exceptions à la règle formulée par M. Championnière. Il y a des cas où la résection la plus large n'empêche pas l'ankylose.

M. Quénu se défend du reproche qui lui est adressé par M. Championnière d'avoir fait dévier la discussion. C'est une méthode générale qu'a proposée M. Nélaton, et il n'a fait que produire un cas d'application de cette méthode générale. Il est bien certain qu'il y a des cas dans lesquels la résection la plus large et la mobilisation la plus précoce ne parviennent pas à empêcher l'ankylose.

M. Tuffier, dans un cas, s'est appliqué à conserver le cartilage. A cela, M. Poirier fait remarquer que M. Tuffier a dû avoir affaire à une ankylose bien complaisante.

M. Walther revient sur la question des **coudures et des brides de l'intestin** soulevée par MM. Terrier et Quénu. Il cite plusieurs cas dans lesquels à la suite d'appendicites chroniques, d'épiploïtes consécutives, la laparotomie a permis de constater l'existence de brides fibreuses multiples, enserrant l'intestin et étant notamment la cause des troubles dyspeptiques et des pseudo-obstructions présentées par les malades; ces troubles d'ailleurs disparaissent après la section de ces brides.

Mais M. Walther n'a jamais constaté de coudures vraies comme celle qu'a observée M. Terrier. Peut-être, d'ailleurs, dans ce cas, y avait-il aussi une ou plusieurs brides.

M. Terrier ne saurait le dire, n'ayant pu arriver jusqu'au sommet de l'angle formé par le côlon transverse et le côlon descendant. Peut-être, en effet, y avait-il une bride. Dans tous les cas, l'indication qu'il a remplie était la même : instituer un chemin de traverse entre le côlon transverse et le côlon descendant.

M. Routier rappelle que la section des brides épiploïques consécutives à certaines laparotomies est une notion généralement bien connue. Il apporte à la discussion un fait un peu particulier dans lequel il s'agissait d'un malade, sans passé abdominal appréciable, qui a été pris d'occlusion intestinale. La laparotomie ne montre rien. Les phénomènes d'obstruction persistent. Le malade meurt et, à l'autopsie, on trouve un énorme cancer massif du foie.

M. Quénu n'a pas eu la prétention d'apprendre à ses collègues qu'il existe des brides épiploïques comme cause de rétrécissement de l'intestin. Il a voulu surtout insister sur l'existence de brides méconnues rencontrées chez des malades ne présentant aucun passé abdominal.

Parmi les présentations, citons un cas de **calcul vésical**, avec une épingle à cheveux comme point de départ, trouvée par M. Maunoury dans la vessie d'une jeune fille de dix-huit ans, grâce à la radiographie.

M. Potherat présente un **kyste dermoïde** du plancher de la bouche.

M. Bazy cite un cas d'**hydronéphrose infectée** opérée par le drainage, dans lequel la séparation des urines faite par M. Luys a pleinement confirmé la clinique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le service de deux ans. — Le comité de l'Association générale des étudiants a décidé qu'une démarche serait faite par lui auprès du gouvernement et des rapporteurs de la loi militaire au Sénat et à la Chambre, en vue d'obtenir :

1° La faculté pour tous les étudiants inscrits aux Facultés et aux écoles de l'État d'accomplir leur service militaire de dix-huit à vingt-cinq ans, au moment choisi par eux;

2° L'obligation pour l'autorité militaire d'envoyer sur leur demande les étudiants faire leur service dans les villes universitaires;

3° La possibilité pour les étudiants inscrits aux Facultés de l'État de faire des actes de scolarité et de suivre les cours autant que les besoins du service le permettraient pendant leur seconde année de présence sous les drapeaux afin de leur permettre de se présenter aux examens de la session de novembre.

La maladie du roi d'Angleterre. — *L'opération.* — La *Lancet* donne les détails suivants :

« Les chirurgiens en consultation mardi ont été unanimement d'avis que tout retard apporté à l'opération mettrait la vie du roi en danger. Le roi fut donc anesthésié par un spécialiste attaché à Sa Majesté. L'incision fut faite par sir Frederic Treves, et on vit un gros abcès. L'incision avait quatre inch et demi de profondeur, et l'on retira de l'abcès du pus décomposé. Deux tubes de fort calibre servirent à évacuer la cavité. Elle fut ensuite bourrée de gaze iodoformée. Il n'y avait aucun symptôme de nature maligne. »

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Bains de mer de la Méditerranée. Billets d'aller et retour valables 33 jours.* — 1° *Billets individuels.* — Il est délivré, du 1er juin au 15 septembre de chaque année, des billets d'aller et retour de bains de mer, de 1re, 2e et 3e classes, à prix réduits, pour les stations balnéaires suivantes : Agay, Aigues-Mortes, Antibes, Bandol, Beaulieu, Cannes, Golfe-Juan-Vallauris, Hyères, La Ciotat, La Seyne-Tamaris-sur-Mer, Menton, Monaco, Monte-Carlo, Montpellier, Nice, Ollioules-Sanary, Saint-Raphaël-Valescure, Toulon et Villefranche-sur-Mer.

Ces billets sont émis dans toutes les gares du réseau P.-L.-M. et doivent comporter un parcours minimum de 300 kilomètres aller et retour.

2° *Billets collectifs pour familles.* — Il est également délivré, du 15 mai au 1er octobre de chaque année, aux familles d'au moins 2 personnes, des billets d'aller et retour collectifs de bains de mer de 1re, 2e et 3e classes, à prix très réduits, pour les stations balnéaires citées plus haut, ainsi que pour Cette et Juan-les-Pins.

Ces billets, émis dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., doivent comporter un parcours simple minimum de 150 kilomètres.

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de deux billets simples (pour la première personne) le prix d'un billet simple pour la deuxième personne, la moitié de ce prix pour la troisième et chacune des suivantes.

Arrêts facultatifs. Faire la demande de billets quatre jours au moins avant le départ à la gare où le voyage doit être commencé.

Les maladies du cuir chevelu, prophylaxie et traitement, par le docteur Gastou, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-14, cart. (Actualités médicales.) — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Hygiène des constipés, par le docteur Froussard. In-12. — Prix : 1 franc. — Paris, Alex. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 73. — MARDI 1er JUILLET 1902. 75e ANNÉE. MARDI 1er JUILLET 1902. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

HOTEL-DIEU DE LYON. — Professeur A. Poncet.

DEUX ACTINOMYCOSES CERVICO-FACIALES

1° actinomycose temporo-maxillaire droite; 2° actinomycose du plancher de la bouche, avec grosse tumeur anthracoïde sus-hyoïdienne

Par M. L. Thévenot,
Chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon.

Depuis la récente communication de MM. Poncet et Bérard à l'Académie de médecine sur l'*Actinomycose humaine en France, sa fréquence, son pronostic éloigné* (1), deux nouveaux malades, atteints des formes les plus classiques de cette affection, sont entrés ces jours derniers à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. Ils viennent, à leur tour, témoigner de la fréquence de cette maladie, sur la nature de laquelle l'attention, comme on l'a dit bien des fois dans ces dernières années, ne saurait être trop appelée.

Convaincu que les leçons de choses sont toujours les meilleures, nous publions les observations, mais surtout les photographies de ces deux actinomycosiques. Les lésions sont, chez eux, tellement caractéristiques, qu'elles portent, en quelque sorte, avec elles, la signature de l'infection qui les a provoquées. Les signes cliniques sont, dans leur ensemble, si particuliers que nous connaissons peu d'affections chirurgicales, dont le diagnostic soit aussi facile à établir, d'après les seuls caractères locaux.

Voici ces deux observations :

Observation I (2). — *Actinomycose temporo-maxillaire droite. Actinomycose cutanée secondaire angulo-faciale.* — Marie J..., vingt-cinq ans, cultivatrice, demeurant aux Avanchères (Savoie), entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte-Anne, n° 14, le 7 avril 1902, pour des lésions inflammatoires occupant la moitié droite de la face (fig. 1). Elle est envoyée par son médecin, le docteur Laissus (de Moutiers).

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 3 mars 1902.
(2) Cette malade a été présentée par nous à la Société des sciences médicales de Lyon, le 9 avril 1902.

Mariée et mère de deux enfants bien portants, elle n'a rien dans ses antécédents qui puisse nous renseigner sur la nature de l'affection actuelle, qui débuta en 1901, au mois de mars, par une tuméfaction progressive de la joue droite, sans coloration anormale de la peau. Cette tuméfaction,



Fig. 1. — *Actinomycose temporo-maxillaire droite, vue de face, avec gonflement très apparent de la joue correspondante.*

molle, indolore, ne gardant pas l'empreinte du doigt, s'accompagnait de trismus. En présence de ces symptômes, et comme elle avait une molaire supérieure droite cariée, la malade fut traitée pour une fluxion dentaire. Du mois de juin au mois de septembre, le gonflement diminua, le trismus disparut en grande partie. Le traitement n'avait consisté jusqu'alors qu'en frictions iodurées.

Il se reproduisit au mois de septembre, en même temps que la tuméfaction, toujours indolore, allait s'accentuant

progressivement, malgré les pommades iodurées. Au début de janvier 1902, la tumeur commença à s'ulcérer au voisinage du lobule de l'oreille; d'abord à 1 centimètre audessous, puis en d'autres points (fig. 2). La malade ne peut préciser davantage la date de leur apparition. Ces petites plaies furent le point de départ d'un léger écoulement séropurulent, comparé à du petit lait.

En même temps que ces lésions, évoluait une grossesse, qui ne parut pas retentir sur elles, pas plus d'ailleurs que l'accouchement, qui se produisit cinq semaines avant l'entrée de la malade à l'hôpital.

La tuméfaction s'accrut encore et, limitée jusqu'alors à la région massétérine, apparut au-dessus de l'arcade zygomatique, au niveau de la fosse temporale. Le trismus s'accentua également et atteignit le degré que l'on observe maintenant.



Fig. 2. — *Actinomycose temporo-maxillaire droite, vue de profil, avec plaque cutanée actinomycosique angulo-faciale, présentant trois orifices fistuleux.*

Actuellement, il existe, ainsi que le montrent les photographies fig. 1 et 2, une tuméfaction notable de la région temporo-maxillaire droite. Elle commence au bord inférieur du maxillaire, elle est limitée, en arrière, par le bord postérieur de la branche montante de cet os. En haut, elle se termine insensiblement vers les insertions supérieures du temporal; en avant, elle dépasse le bord antérieur du masséter et recouvre le buccinateur.

Toute cette région est empâtée, *très dure*, non douloureuse, soit spontanément, soit à la pression.

La lésion s'étend profondément. Elle infiltre tous les tissus qu'elle soude au périoste, comme si elle avait son point de départ dans celui-ci ou dans l'os même, qui est augmenté de volume.

Sur cette masse indurée, recouverte d'une peau qui a gardé sa coloration normale, il existe, au-dessous de l'oreille, une zone ovalaire à grand axe vertical, au niveau de laquelle les téguments sont amincis et violacés. Par places, on voit, sous l'épiderme, un exsudat blanc jaunâtre, dans lequel on trouve des grains jaunes.

Dans cette zone, on remarque trois petites ulcérations superficielles, recouvertes par une croûte; l'une est audessous du lobule de l'oreille, les deux autres au niveau de l'angle de la mâchoire. La figure 2 indique d'ailleurs suffisamment leur siège.

Ces lésions s'accompagnent d'un *trismus très accentué*, qui ne permet qu'un écartement des dents d'un demi-centimètre, et gêne notablement l'alimentation de la malade. L'infiltration des muscles masticateurs rend compte de son existence.

La malade accuse, en même temps, quelques douleurs d'oreille; elle se plaint parfois aussi de maux de tête.

Tels sont les seuls troubles locaux ou fonctionnels que détermine cette affection.

Signalons, en terminant, avec l'absence de ganglions dans les régions voisines, l'existence d'un léger œdème de la paupière inférieure.

Ces accidents n'ont pas retenti notablement sur l'état général. L'appétit est resté bon; la malade n'a pas maigri, elle a conservé ses forces.

En résumé, nous sommes en présence d'une actinomycose temporo-maxillaire à forme typique. Le parasite a probablement pénétré au niveau des dents cariées. Il est à noter qu'il n'existe dans le pays, au dire de cette femme, ni habitants, ni animaux contaminés.

Chez cette malade, en raison de la diffusion des lésions soit en profondeur, soit en surface, M. Poncet s'abstint systématiquement de toute intervention chirurgicale. Sous l'influence de la médication iodurée à l'intérieur, portée au bout de quelque temps à 6 grammes par jour, une amélioration très appréciable se produisit.

Lorsque, à la fin de mai dernier, Marie J..., obligée de rentrer chez elle pour s'occuper de ses enfants, quitta la Clinique, son état s'était heureusement modifié. Elle partit, promettant de continuer à prendre chez elle de l'iodure de potassium et de nous tenir au courant, si quelque incident survenait.

Obs. II (1). — *Actinomycose du plancher de la bouche, avec grosse tumeur anthracoïde, suppurante, de la région sus-hyoïdienne gauche. Envahissement secondaire de la peau du cou.* — Théodore D..., trente ans, mineur, demeurant à Banne (Ardèche), entre dans le service de M. Poncet (2), le 14 avril 1902, salle Saint-Philippe, nº 16.

Le père de ce malade est mort de pleurésie à cinquante-cinq ans; sa mère a été emportée à cinquante-deux ans par une affection de nature indéterminée. Il a deux frères et une sœur bien portants; un autre frère est mort subitement à trente-deux ans.

Pas de maladie antérieure. Il est marié et a une fillette de cinq ans, bien portante.

Sa dentition est mauvaise; les gencives saignent facilement. Pour enlever les débris d'aliments qui restent dans ses dents cariées, *il a l'habitude de se servir de petits morceaux de bois.*

(1) Nous avons présenté ce malade à la Société des sciences médicales, le 16 avril.

(2) Lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, il avait été reçu dans le service de M. le professeur M. Pollosson, qui a eu l'amabilité de l'envoyer à la Clinique de M. Poncet.

Il ne connaît pas dans son pays d'animaux malades. Les gens qui l'entourent sont bien portants.

Les accidents actuels auraient débuté au mois d'octobre 1901. Pendant les deux mois qui ont précédé leur apparition, le malade se sentait mal à son aise. Il avait une sensation de lassitude très prononcée; il se sentait « les bras et les jambes brisées »; il souffrait des reins, il souffrait des épaules; « il avait mal partout et il n'avait mal nulle part. » Il essaya, malgré cela, de continuer son travail et dut le suspendre momentanément.

Au mois d'octobre, apparurent en même temps :

1° Un abcès autour de la dernière molaire inférieure gauche, avec tuméfaction légère du plancher buccal au voisinage de la dent;

2° De la tuméfaction et de l'induration de la région sous-maxillaire gauche.

La dent malade fut arrachée et l'abcès ouvert; du pus s'en écoula pendant quinze jours, puis la suppuration s'arrêta, mais il semble que, parfois, un peu de pus vienne sourdre encore à ce niveau.

La tuméfaction du plancher buccal continua à s'accroître jusqu'au mois de janvier. La peau devint alors rouge, puis violacée; par places, de petits abcès apparurent, qui furent ouverts par son médecin.

Actuellement, ainsi que le montre la photographie fig. 3, il existe une vaste tuméfaction de la région sus-hyoïdienne. On voit qu'elle commence immédiatement au-dessous du bord inférieur du maxillaire et qu'elle s'étend jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la clavicule et du bord supérieur du sternum. En arrière, elle atteint presque l'angle de la mâchoire; en avant, elle déborde la ligne médiane d'environ deux travers de doigt. Elle occupe tous les plans sous-jacents et soulève à peine la muqueuse du plancher buccal. Le doigt introduit dans la bouche sent, à ce niveau, une induration presque osseuse, qui est complètement indépendante du maxillaire voisin et qui appartient essentiellement à la région sus-hyoïdienne.

L'aspect des lésions est absolument typique et permet, sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'examen microscopique, de déterminer leur nature.

La peau, envahie en totalité, forme une plaque d'un bleu violet, qui surplombe les téguments voisins, dont la coloration est restée normale. Elle est parsemée de petites tuméfactions, dont les plus grosses ont le volume d'un pois. A leur niveau, la peau est encore plus mince qu'ailleurs, elle laisse voir par transparence, au milieu d'un liquide séro-purulent, des grains actinomycosiques blanc grisâtre.

Par places, ces nodules se sont ulcérés ou ont été incisés et sont le point de départ de petites fistules. La tumeur a un aspect anthracoïde (1). Elle exhale une odeur spéciale.

Ce qui contribue à lui donner un aspect des plus irréguliers, c'est une série de sillons, transversaux et parallèles entre eux, bien visibles sur la figure 3, et maintes fois signalés, dans les actinomycoses du cou (cf. *Traité clinique de l'actinomycose humaine* de MM. Poncet et Bérard, page 120, fig. 14).

Non douloureuse à la pression, la masse peut être examinée facilement. *Elle est, dans son ensemble, d'une dureté ligneuse; elle forme un bloc homogène, très dense, et, dans l'espèce, caractéristique.* En quelques points, il existe superficiellement de petites masses fluctuantes qui sont en voie d'ulcération.

Ces lésions n'ont pas retenti sur les organes voisins. Les ganglions de la région ne sont pas engorgés.

Il n'y a pas de trismus, pas de gêne de la déglutition ni de la respiration. Le squelette voisin est indemne. Quant à l'état général de Théodore D..., il laisse beaucoup à désirer. Cet homme, quoique n'ayant pas de fièvre, a maigri; il a perdu ses forces, il est incapable de travailler. La peau de son visage a une coloration jaune sale, terreuse, particulière, d'après M. Poncet, aux actinomycosiques, gravement touchés.

(1) Pourpre. *De l'actinomycose cutanée primitive*, Th. de Lyon, 1901-1902.

Le liquide qui s'écoule des nodules étant très riche en grains jaunes, M. le docteur L. Dor, chef du laboratoire de la Clinique, a eu l'occasion d'en examiner un certain nombre et de les montrer aux élèves de la Clinique. Nous avons eu ainsi, à de nombreuses reprises, la confirmation histologique du diagnostic porté au lit du malade, d'abord par M. Pollosson, puis par M. Poncet.

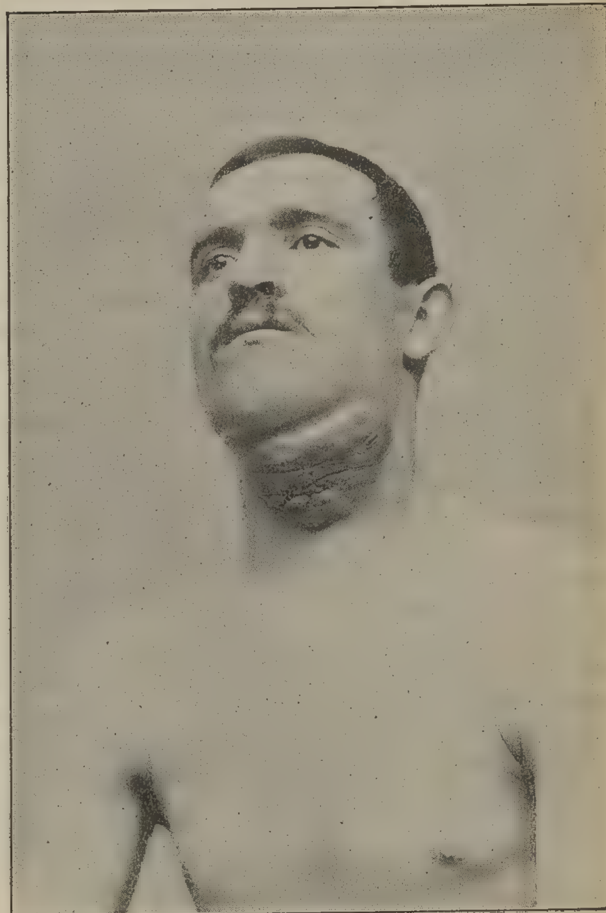


Fig. 3. — *Actinomycose du plancher de la bouche avec gros placard profond et cutané, de la région sus-hyoïdienne gauche. Nombreuses fistules.*

Théodore D... a été soumis, dès son entrée, à un traitement ioduré. Quelques jours après, M. Delore, assistant de M. Poncet, ouvrit par une large incision cruciale cette gangue inflammatoire, d'où il retira des masses, molles, pulpeuses en certains endroits, en d'autres, scléreuses. La large brèche qui suivit fut pansée immédiatement, et dans la suite, à ciel ouvert, avec des chiffons de gaze iodoformée. Sous l'action de ce traitement chirurgical énergique et de la médication iodurée (KI, 6 grammes par jour), la guérison suivit une marche rapide.

Opéré le 5 mai, le malade quittait l'Hôtel-Dieu le 1er juin. L'induration avait disparu. Il ne restait plus qu'une petite plaie superficielle, insignifiante.

Nous nous abstiendrions volontiers de tout commentaire, en présence de ces actinomycoses, dont nous nous proposons avant tout, ainsi que nous l'avons dit déjà, de vulgariser les signes objectifs, pour permettre un diagnostic facile.

Il est, cependant, certaines particularités que nous désirons signaler en passant. C'est ainsi que, chez notre deuxième malade, nous voyons une période d'incubation de près de deux mois, précéder l'éclosion locale des accidents infectieux. Pendant cette période prémonitoire, le malade se sentait, dit-il, mal à son aise, sans entrain au travail; il avait perdu ses forces; en même temps survenaient des douleurs erratiques paraissant se localiser plus volontiers à la région cervicale et aux deux articulations de l'épaule. Nous pensons, d'après d'autres faits du même genre observés déjà par M. Poncet, que le champignon rayonné peut, avant de révéler sa présence par des accidents locaux à marche plus ou moins aiguë, agir sur l'état général du sujet, et très probablement, suivant la virulence du parasite, donner lieu à une véritable toxémie d'incubation, se révélant uniquement par une altération de ce même état général. Le fait n'a, du reste, rien que de très naturel, si l'on songe que nombre d'infections, en particulier des tuberculoses viscérales ou locales, sont fréquemment annoncées par de l'amaigrissement, de la pâleur de la face, la perte des forces, etc., qui sont déjà le résultat d'une intoxication de l'organisme.

Le facies d'un actinomycosique avéré, avec suppurations, cavitaires, étendues, a, dans la suite, quelque chose de spécial, qui le différencie de celui d'autres infectés. La peau du visage est sèche, d'un jaune pigmentaire terreux, qui s'accentue avec les progrès de la *cachexie actinomycosique*. Quant à l'odeur du pus et des liquides qui s'écoulent des fistules, elle est parfois, *sui generis*. C'est alors, suivant la comparaison de M. Poncet, une *odeur nauséabonde, mélange de levain et de putréfaction sébacée*. Cette odeur a une valeur diagnostique. Elle a permis plusieurs fois à M. Poncet de soupçonner l'actinomycose, avant tout autre examen.

Nous dirons aussi un mot du traitement qui, suivant les circonstances, n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire.

Si, en effet, le traitement mixte ou médico-chirurgical, qui consiste dans l'administration, à doses progressives et élevées, de l'iodure de potassium, et dans une intervention chirurgicale directe : ouverture des abcès, incision des tissus malades, curetage, etc., est le traitement, la plupart du temps, de mise, il est telle circonstance où cette association thérapeutique peut être funeste.

Lorsque les lésions actinomycosiques sont *osseuses*, *cavitaires*, *diffuses*, lorsque, en un mot, il n'est pas possible d'aborder franchement et complètement les foyers pathologiques, l'intervention sanglante avec grattage, curetage, manœuvres, toujours en pareil cas, plus ou moins aveugles, offre des dangers. Non seulement elle court le risque de disséminer le parasite, mais encore d'accroître la gravité des lésions, par des associations microbiennes.

Avant de transformer un actinomycome fermé en actinomycome ouvert, il est préférable, si l'on n'a pas la main forcée par des collections purulentes superficielles ou profondes, par des foyers de ramollissement qu'il importe d'évacuer (cas dans lesquels on se contentera alors de les ouvrir et de les drainer largement), de recourir simplement à la médication iodurée. C'est la conduite qu'a suivie M. Poncet chez la première des malades porteur d'une actinomycose temporo-maxillaire ancienne et profonde, que des curetages, que des interventions incomplètes n'auraient fait qu'aggraver, ainsi que l'expérience le lui a montré.

Chez le second malade, au contraire, les lésions occupant uniquement les parties molles, une large incision de l'actinomycome, avec abrasion des tissus pathologiques, le tout suivi de pansements modificateurs et à ciel ouvert, a été très utile, en lui adjoignant, cela va sans dire, le traitement ioduré.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

27 juin 1902

M. Soupault, dans un travail très documenté, mais dont les conclusions ne sont pas adoptées sans discussion par les membres de la Société, étudie un syndrome clinique assez particulier qui simule le **rétrécissement de l'œsophage**, syndrome dû à la rétraction atrophique de l'estomac. Voici en quoi il consiste :

Des malades, après avoir souffert pendant une période de temps plus ou moins longue de troubles gastriques assez mal caractérisés, présentent des troubles de la déglutition qui s'exagèrent rapidement et aboutissent à une dysphagie très marquée. D'abord les solides passent difficilement, puis les aliments semi-liquides et enfin les aliments liquides.

A la période d'état, le tableau ressemble étrangement à celui du rétrécissement de la partie inférieure de l'œsophage. Les aliments déglutis lentement et à petites gorgées sont assez souvent gardés, s'ils sont pris en quantité minime. Mais si la déglutition en est trop rapide ou si la quantité en est tant soit peu importante, alors se produisent des nausées, des régurgitations ou des vomissements véritables. Il n'est pas rare de trouver dans les substances rejetées non seulement ce qui vient d'être dégluti, mais des résidus des prises alimentaires antérieures. D'ailleurs, le rejet des aliments ingérés ne se fait pas en une seule fois, mais par une série d'efforts plus ou moins violents et se reproduisent à des intervalles variables. Les malades ne ressentent pas de véritables douleurs, ni la sensation d'arrêt qu'ils accusent souvent dans les rétrécissements spasmodiques ou organiques. Ils se plaignent plutôt d'une sorte de pesanteur épigastrique avec sensation de plénitude. Sous l'influence de cette dysphagie, l'inanition survient rapidement. Les malades maigrissent, se cachectisent et arrivent à un état de maigreur effrayant. Si on pratique le cathétérisme, on est tout surpris de voir que l'œsophage est perméable dans toute sa longueur et que l'on peut le franchir avec les sondes les plus volumineuses comme avec les plus fines. Or, dans ces cas, qui se ressemblent au point de vue clinique, M. Soupault a trouvé la même lésion anatomique consistant en une réduction extrêmement marquée de la capacité gastrique due à la rétraction et à l'épaississement des parois du viscère.

A signaler, au courant de la discussion qui a suivi cette présentation, discussion à laquelle prennent part MM. Mathieu, Béclère, Bruhl, Moutard-Martin, Lion, l'**utilisation de la radioscopie au diagnostic du rétrécissement de l'œsophage**. M. Béclère insiste sur ce point. Il suffit de donner au malade un cachet de bismuth. L'image de cette substance apparaît sur l'écran radioscopique sous la forme d'une ombre extrêmement accusée. On peut suivre le passage du médicament et constater ainsi : l'existence ou l'absence du rétrécissement œsophagien, le siège, le degré du rétrécissement et les contractions de l'œsophage.

MM. Thoinot et Delamare présentent un malade de quarante-quatre ans qui présente une **ostéo-arthropathie hypertrophiante des plus nettes.** Ce qu'il y a de plus curieux chez

cet homme, c'est qu'il n'a ni toussé, ni craché, et que l'examen minutieux de la poitrine ne donne aucun renseignement intéressant. Il doit exister — c'est la radioscopie qui permet de le penser — un kyste hydatique du poumon, dont le syndrome ostéo-articulaire se trouve être l'unique manifestation.

M. Simonin étudie les **rapports de la scarlatine et de la tuberculose**. Après avoir rappelé les idées anciennes de Rilliet et Barthez sur l'antagonisme de la scarlatine et de la tuberculose, il apporte une série d'observations cliniques, recueillies chez des adultes. Elles montrent nettement les relations variées qui peuvent exister entre les deux infections, et se résument dans les conclusions suivantes :

1° Chez l'adulte, la scarlatine et la tuberculose ne constituent pas des maladies antagonistes; elles sont capables de se succéder, ou de s'associer sous des modes variés;

2° La scarlatine, survenant chez un tuberculeux en évolution, peut garder elle-même un caractère bénin tout en provoquant de nouvelles granulations, en poussées plus ou moins graves, étendues ou durables;

3° La scarlatine, évoluant chez un tuberculeux, peut revêtir d'emblée le caractère malin. Celui-ci paraît résulter dans certains cas, où la tuberculose est ancienne, et parfois même absolument assoupie et latente, de modifications profondes du foie altéré de longue date, dans son parenchyme ou ses vaisseaux, par l'imprégnation tuberculeuse.

La dégénérescence graisseuse des cellules trabéculaires, l'artérite chronique des rameaux de l'artère hépatique, la sclérose secondaire des parois des veines, des conduits biliaires et de la capsule de Glisson sont les lésions qu'on rencontre en pareille occurrence. Le virus scarlatineux provoque aisément, chez de pareils sujets, l'insuffisance aiguë des fonctions antitoxiques du foie, et la mort rapide par une véritable intoxication.

MM. Méry et Hallé rapportent l'observation d'un enfant qui, à la suite d'une scarlatine d'ailleurs normale, fut atteint de **deux poussées de rhumatisme avec gonflement articulaire des poignets et des chevilles**; puis, au niveau de l'avant-bras se produisit une atrophie considérable prédominant au groupe des extenseurs avec paralysie complète donnant le tableau de la paralysie radiale. L'examen électrique permit d'affirmer l'existence d'une névrite périphérique, complication rare au déclin de la scarlatine.

MÉDECINE PRATIQUE

La balnéation des fosses nasales.

La balnéation des fosses nasales est un procédé très simple, très efficace, qui réalise un mode de lavage de ces cavités.

M. Léon Derecq (de Paris) a obtenu, grâce à ce procédé, d'excellents résultats dans les affections aiguës et chroniques de la région rhino-pharyngienne, et il a pu ainsi réaliser dans certains cas une prophylaxie simple et supportable des affections des voies respiratoires (1).

Par ce procédé, on évite l'emploi des instruments usités jusqu'ici, douches de Weber, poires en caoutchouc, injecteurs, seringues, tous instruments qui, faute d'une stérilisation convenable, ne tardent pas à devenir eux-mêmes des agents d'infection.

On peut résumer ainsi la pratique de la balnéation :

1° Un verre à toilette d'une propreté absolue, lavé au dernier moment avec de l'eau bouillie, sera rempli d'une solution boriquée tiède, ou d'une autre solution répondant à des indications thérapeutiques spéciales;

2° Une cuvette sera déposée devant le sujet;

3° D'une main, le verre sera placé et maintenu, en exerçant une légère pression à la base du nez;

4° La tête observera la position verticale, et la respiration ininterrompue se fera par la bouche entr'ouverte;

5° Le fond du verre sera élevé lentement, posément, et l'immersion de la pointe du nez se fera progressivement;

6° Si la pénétration nasale du liquide n'a pas lieu, la tête sera imperceptiblement inclinée en arrière, un court espace de temps;

7° Dès que le liquide aura atteint l'orifice postérieur des fosses nasales — ce que le sujet reconnaîtra aisément — le verre sera écarté, afin de laisser retomber dans la cuvette, l'eau évacuant le nez;

8° Selon que la balnéation devra être plus ou moins prolongée, pour atteindre un but curatif ou purement prophylactique, il faudra un plus ou moins grand nombre de reprises, pour employer une quantité de liquide déterminée;

9° Entre les reprises le sujet mouchera *très doucement*, expulsant dans une compresse les matières muqueuses ou les corps étrangers que la balnéation aura rendus mobiles.

(1) *La balnéation des fosses nasales*, par le docteur Léon Derecq. Une brochure. — Mâcon, imprimerie X. Perroux, 1902.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 7 au 12 juillet 1902)

Examens de doctorat.

Lundi 7 juillet, à une heure. — 5e (chirurgie, 2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Hayem, Gaucher et Bezançon; — (2e série) : MM. Brissaud, Teissier et Legry; — M. Sébileau, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Desgrez, suppléant.

Mardi 8 juillet, à une heure. — 4e : MM. Brouardel, Proust et Thoinot; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Dieulafoy, Raymond et Dupré; — (2e série) : MM. Joffroy, Hutinel et Méry; — M. Thiroloix, suppléant.

Mercredi 9 juillet, à une heure. — 1er (sages-femmes de première classe), *Salle Nélaton* : MM. Sébileau, Lepage et Potocki.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Salle Charcot* : MM. Hayem, Legry et Bezançon.

4e, *Salle Thouret* : MM. Landouzy, Wurtz et Widal; — M. Cunéo, suppléant.

2e (sages-femmes de première classe), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes et Wallich; — M. Retterer, suppléant.

Jeudi 10 juillet, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Salle Richet* : MM. de Lapersonne, Berger et Bonnaire; — M. Rieffel, suppléant.

Vendredi 11 juillet, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Salle Corvisart* : MM. Lannelongue, Mauclaire et Wallich; — M. Broca (Aug.), suppléant.

5e (2e partie) : *Necker* : MM. Hayem, Gaucher et Teissier; — M. Bezançon, suppléant.

Samedi 12 juillet, à une heure. — 1er (sages-femmes de deuxième classe), *Salle Richet* : MM. Rémy, Demelin et Potocki.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Salle Corvisart* : MM. Cornil, Renon et Gouget; — M. Launois, suppléant.

5e (chirurgie, 2e partie), *Beaujon* : MM. Hutinel, Chantemesse et Achard; — M. Jeanselme, suppléant.

5e (sages-femmes de deuxième classe), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Ribemont-Dessaignes et Bonnaire; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Inauguration des nouveaux services de la Maternité.* — Nous apprenons que de nouveaux services viennent d'être inaugurés à la Maternité. Ils sont, paraît-il, fort remarquables, mais nous ne le savons que par les journaux politiques auxquels l'administration a limité ses invitations.

— Un pavillon pour maladies des voies urinaires à Necker sera prochainement construit. Ce pavillon de chirurgie, réservé spécialement aux malades des voies urinaires, n'aura qu'un rez-de-chaussée et un étage; on le construira économiquement en briques et en fer, mais on le dotera, bien entendu, de l'électricité, du chauffage à air chaud, etc. Il coûtera 49 000 francs environ, qu'on se propose de demander — avec l'autorisation de l'État — aux fonds du pari mutuel.

Écoles de médecine. — *Angers.* — Un crédit vient d'être voté par le conseil municipal de cette ville, pour la création d'une chaire de clinique ophtalmologique à l'École de médecine. Il est probable que la nomination du titulaire se fera prochainement, sur l'examen des titres des candidats.

Académie de médecine. — Sur une demande du ministre de l'Intérieur priant l'Académie de lui prêter son concours pour dresser la liste des médicaments qui peuvent être prescrits dans les infirmeries des maisons centrales et les pénitenciers agricoles, une commission composée de MM. Kelsch, Chauvel, du Castel, Champetier de Ribes, Josias et Bourquelot a été nommée par l'Académie dans sa dernière séance.

Société de médecine de Toulouse. — *Programme des prix pour* 1903. — Prix J. Naudin : « Tumeurs malignes d'origine congénitale. » — Valeur du prix : 500 francs.

Prix de Mme Gaussail : « Etude botanique, chimique et pharmacologique de l'ergot de seigle. » — Valeur du prix : 600 francs.

Prix Couseran : Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Société sur la pharmacie ou les sciences accessoires. — Les auteurs doivent être Français et étudiants en pharmacie et avoir quatre années de stage officinal, dont deux au moins dans la même officine. — Valeur du prix : 500 francs.

Programme des prix pour 1904. — Prix de Mme Gaussail : « Malformation congénitale des organes génito-urinaires et de l'anus au point de vue chirurgical. » — Valeur du prix : 600 francs.

Médailles d'encouragement. — Indépendamment des prix cidessus, la Société peut décerner chaque année quatre médailles d'encouragement : vermeil, argent ou bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires ou observations, à leur choix, pourvu que ces ouvrages n'aient pas été imprimés ou communiqués à quelque autre Société savante (art. 31 des Statuts).

Conditions générales des concours. — Les mémoires écrits lisiblement, en français, sont seuls admis à concourir; ils devront être adressés franco à M. le secrétaire général, au siège de la Société (hôtel d'Assézat-Clémence-Isaure, à Toulouse), avant le 1er janvier de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise qui sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Les mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient été déjà publiés ou présentés à une compagnie savante ne seront pas admis à concourir.

Les mémoires manuscrits sur sujets divers, destinés au concours des médailles d'encouragement, devront parvenir *franco* à M. le secrétaire général avant le 1er mars de chaque année.

Les membres résidants de la Société ne peuvent pas prendre part aux divers concours.

Les étudiants en médecine y sont admis.

Les manuscrits des mémoires jugés par la Société deviennent sa propriété; toutefois leurs auteurs peuvent en faire prendre copie à leurs frais, sans déplacement, en s'adressant pour cela au secrétaire général.

La séance publique annuelle, dans laquelle sont proclamés les résultats des divers concours, a lieu du 1er au 15 mai.

Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie (VIe session, Grenoble 1902). — Le Congrès de Liège a désigné Grenoble comme siège du futur Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie. Par sa situation exceptionnelle au milieu des Alpes, par le voisinage de nombreuses stations thermales : Aix-les-Bains, Uriage, Allevard, La Motte, Marlioz, Challes, Salins, Brides, etc., le Congrès de Grenoble offrira aux congressistes toutes les ressources d'études qu'ils sont en droit d'en attendre, en même temps qu'ils trouveront tous les agréments d'une région connue pour la beauté et le pittoresque de ses paysages.

Le Congrès ouvrira le 29 septembre 1902.

Les compagnies de chemins de fer français ont bien voulu accorder aux membres du Congrès une réduction de prix de 50 p. 100.

Le Comité central, siégeant à Paris, est composé de MM. les docteurs Albert Robin, membre de l'Académie de médecine, président de l'Association générale des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France, président; Leudet, ancien président de la Société d'hydrologie de Paris, médecin consultant aux Eaux-Bonnes; Fredet, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, ancien secrétaire général du Congrès de Clermont-Ferrand ; Durand-Fardel, secrétaire général de la Société d'hydrologie de Paris, médecin consultant à Vichy; Morice, rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*, médecin consultant à Néris; de Ranse, ancien président du Congrès de Clermont-Ferrand, médecin consultant à Néris ; Sénac-Lagrange, président de la Société d'hydrologie de Paris.

Le Comité local, siégeant à Grenoble, est composé de MM. le docteur Fernand Berlioz, professeur à l'École de médecine de Grenoble, secrétaire général; Kilian, professeur de géologie à la Faculté des sciences de Grenoble; Primat, ingénieur des mines, à Grenoble; Picaud, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Grenoble.

Avis important. — Toutes les communications, demandes d'adhésion, de renseignements, doivent être adressées à M. le docteur Fernand Berlioz, secrétaire général, à l'École de médecine de Grenoble (Isère, France).

Le prix de la cotisation est de 20 francs; les membres souscripteurs recevront gratuitement les rapports et comptes rendus du Congrès.

Les membres du Congrès qui désirent faire des communications sont priés d'en faire connaître le titre, au secrétaire général, avant le 1er août 1902.

Les membres qui désireront profiter de la réduction de 50 p. 100 accordée par les compagnies de chemins de fer devront envoyer leur cotisation avant le 10 septembre, dernier terme de rigueur.

Les femmes des congressistes auront droit à la réduction en payant la cotisation de membre honoraire qui est de 10 francs.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-cinquième semaine, 909 décès, au lieu de 878 pendant la semaine précédente (chiffre identique à la moyenne).

La fièvre typhoïde n'a causé que 1 décès, au lieu de 6 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 7; le nombre des cas nouveaux continue à être faible (26, au lieu de 27 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 45).

La variole a causé 1 décès, comme la semaine précédente, au lieu de la moyenne 4; le nombre des cas signalés par les médecins (15) continue à être sensiblement inférieur à la moyenne 26. A Londres, l'épidémie a causé 29 décès pendant la vingt-quatrième semaine, comme pendant la précédente.

La rougeole, toujours fréquente en cette saison, a causé 32 décès, au lieu de 29 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 26; la scarlatine 2, au lieu de 4 pendant la précé-

dente semaine (chiffre identique à la moyenne); la coqueluche 12 au lieu de 15 pendant la semaine précédente etau lieu de la moyenne 8; la diphtérie 18 décès, au lieu de 11 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 7; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est en diminution légère (105, au lieu de 114 pendant la semaine précédente, mais encore supérieur à la moyenne 68).

La diarrhée infantile a causé 40 décès de 0 à 1 an, au lieu de 27 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 37. En outre, on a attribué 1 décès au choléra nostras; 2 décès d'un à deux ans et 3 au-dessus de deux ans à la diarrhée.

En outre, 25 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 106 décès, au lieu de 103 pendant la semaine précédente et au lieu de 123, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 3 décès (au lieu de la moyenne 9); bronchite chronique, 13 (au lieu de la moyenne 15); pneumonie, 31 (chiffre identique à la moyenne); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 59 (au lieu de la moyenne 68), dont 17 sont dus à la congestion pulmonaire et 32 à la broncho-pneumonie. En outre, 3 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 197 décès; la méningite tuberculeuse, 24; la méningite simple, 19; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 18 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 37; les maladies organiques du cœur, 52; le cancer a fait périr 59 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 7 décès; la cirrhose du foie, 13; la néphrite, 27; enfin, 28 vieillards sont morts de débilité sénile.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Voyages internationaux avec itinéraires facultatifs.* — Depuis le 1er juin 1902, toutes les gares P.-L.-M. délivrent toute l'année des livrets de voyages internationaux avec itinéraires au gré des voyageurs sur les réseaux Est, Nord, Ouest et P.-L.-M. et sur les chemins de fer allemands, austro-hongrois, belges, bosniaques, bulgares, danois, finlandais, luxembourgeois, néerlandais, norwégiens, roumains, serbes, suédois, suisses et turcs. Ces voyages, qui peuvent comprendre certains parcours par bateaux à vapeur ou par voiture, doivent, lorsqu'ils sont commencés en France, comporter obligatoirement des parcours à l'étranger.

Pour tous renseignements, s'adresser dans les gares P.-L.-M. ou consulter le livret-guide officiel P.-L.-M. vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares, bureaux de ville et agences de la Compagnie et envoyé contre 8 fr. 85 adressés en timbres-poste au service central de l'exploitation (publicité), 20, boulevard Diderot, Paris (XIIe arrondissement).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 74. — JEUDI 3 JUILLET 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 3 JUILLET 1902. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CYSTOCÈLE CRURALE EXTRA-PÉRITONÉALE

Par M. Salva MERCADÉ,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les hernies de la vessie sont bien connues aujourd'hui et les observations en sont suffisamment nombreuses pour que leur histoire paraisse définitivement établie. Cependant il est une variété de cystocèle dont l'anatomie pathologique et la pathogénie, longtemps discutées, sont encore loin d'être fixées, probablement à cause du petit nombre d'observations publiées : c'est la cystocèle crurale extra-péritonéale.

On a vu la vessie faire hernie à travers l'anneau crural, mais dans la plupart des cas, ce viscère est accompagné d'un sac séreux à contenu variable, ou protégé par un sac péritonéal qui le renferme. Cependant la vessie se présente parfois d'emblée sous le bistouri qui cherche à disséquer le sac et l'organe en contact direct avec le tissu cellulo-graisseux environnant est pris pour le sac herniaire et ouvert presque toujours. Aussi n'est-il peut-être pas inutile de publier ces faits où la vessie s'échappe isolée par un orifice naturel de la cavité abdominale, afin que l'esprit s'habitue à y penser et à le prévoir. En effet, la séméiologie de ces hernies est bien peu riche en symptômes, si bien que le diagnostic n'en a été fait jusqu'ici qu'au cours même de l'opération.

La cystocèle crurale extra-péritonéale est rare ; elle n'a encore été signalée que trois fois.

La première observation appartient à Aüe (1), les observations de Verdier, publiées en 1753, n'ayant pas été vérifiées par l'opération (2).

Aüe opérant un homme de hernie crurale droite reconnut la vessie après l'avoir ouverte ; il avait cru ouvrir le sac herniеux. Il ne sutura pas la vessie qui resta longtemps fistuleuse et finit par guérir par granulation.

Schoonen (1) publie en 1893 un deuxième cas de cystocèle crurale extra-péritonéale. La vessie reconnue au cours de l'opération derrière une masse graisseuse fut réduite avec facilité.

Enfin Jaboulay et Villard en 1895 (2) publient un troisième cas dont le diagnostic ne fut fait que quelques heures après l'opération. La vessie avait été ouverte, disséquée comme un sac, puis fermée par un fil de catgut placé circulairement et ce n'est que par l'examen de la pièce qu'on reconnut qu'on avait eu affaire à une hernie crurale extra-péritonéale de la vessie.

Toutes les autres observations sont nettement distinctes en ce sens que la vessie ne se présentait pas seule dans la plaie. Tels sont les cas de Gueterbock (3), de Lanz (4) et de Guinard (5). Dans la cystocèle crurale extra-péritonéale, au contraire, la vessie est isolée, le péritoine n'entre pour rien dans la constitution de la hernie.

Ou a expliqué ces cas par la distension vésicale. Nous croyons qu'à cette cause physiologique vient s'ajouter une deuxième cause anatomique. En effet, si la distension vésicale suffisait seule à déterminer la cystocèle extra-péritonéale, les observations se seraient multipliées et on n'en serait plus à les compter.

Notre malade, âgée de cinquante-trois ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Isolement, lit n° 43, pour une petite hernie crurale droite, qui la gêne et dont elle veut, pour cette raison, se faire opérer.

Les antécédents n'offrent rien de particulier. Dans son enfance, elle a eu la rougeole et la fièvre typhoïde. Elle s'est mariée à vingt-sept ans, a eu trois grossesses à trente, trente-trois et trente-huit ans sans aucun accident. Cependant, à partir de la dernière grossesse elle aurait commencé à ressentir, dans l'aine droite, quelques élancements survenant par périodes ; aucun trouble digestif, aucun trouble urinaire, à peine un peu de constipation. A aucun moment elle ne constata de tumeur. Cet état dura cinq ans, se résumant en quelques élancements douloureux dans l'aine droite. A cette époque, elle se décida à consulter un méde-

(1) AÜE. *Centralb. f. chir.*, 1891, n° 12, p. 248.
(2) VERDIER. *Mémoires de l'Acad. roy. de chir.*, 1753, t. II, p. 13.

(1) SCHOONEN. *Revue de chir.*, 1893, p. 331.
(2) JABOULAY et VILLARD. *Lyon méd.*, mars 1895, n° 9.
(3) GUETERBOCK. *Deutsch. Zeitchr. f. Chir.*, 1891, p. 296.
(4) Otto LANZ. *Berlin. klin. Woch.*, 1892.
(5) GUINARD. *Arch. de méd.*, janv. 1896.

cin qui, diagnostiquant une hernie, lui conseilla le port d'un bandage; elle se contenta de porter une ceinture, mais sans aucun bénéfice, les élancements persistant toujours. Aucun autre trouble.

Il y a dix-huit mois, ayant été obligée d'abandonner son métier (elle était couturière) à cause de certains troubles oculaires, elle s'est livrée à des travaux plus pénibles. C'est alors que les douleurs qu'elle ressentait dans la région crurale ont augmenté. De temps à autre, à l'occasion d'efforts, elle avait des crises douloureuses se traduisant de la façon suivante : brusquement, elle ressentait dans l'aine droite de violentes douleurs, s'accompagnant de vomissements; en même temps, elle avait des envies fréquentes d'uriner, mais c'est à peine si ses efforts donnaient lieu à l'émission de quelques gouttes d'urine. Ces symptômes s'accompagnaient de l'apparition dans la région crurale d'une petite tumeur dure atteignant le volume d'une noix. Ces crises duraient une journée ou deux, puis tout rentrait dans l'ordre et, dans l'intervalle des crises, la malade ressentait à peine quelques tiraillements dans l'aine droite. La première crise date de dix-huit mois, la deuxième de six mois, la troisième de trois mois, enfin la dernière date du mois de décembre 1901. Le rapprochement de ces crises inquiète la malade qui rentre à l'hôpital réclamant une intervention.

On fait le diagnostic de hernie épiploïque crurale droite et j'opère la malade le 25 janvier 1902.

Je fais l'incision des téguments parallèle à l'arcade de Fallope sur une longueur de 10 centimètres et à 1 centimètre au-dessous du ligament de Poupart. En disséquant les deux lèvres de la plaie je trouve un amas graisseux assez étendu, condensé au niveau de l'anneau crural en un amas lobulé, mou, d'aspect arrondi, en imposant pour un gros ganglion. Séparant cette petite tumeur lipomateuse, nous arrivons sur un organe légèrement piriforme qui se laisse libérer dans tous les sens et que nous prenons pour le sac. Il répond en avant à l'arcade crurale, en dehors il est assez éloigné de la veine fémorale que nous ne voyons pas, en arrière, il repose sur la crète pectinéale, en dedans nous sommes étonné de ne pas constater la présence du ligament de Gimbernat : à peine quelques trousseaux fibreux le représentent.

Convaincu que nous venons de disséquer le sac herniaire vide pour le moment, j'incise, mais aussitôt une petite quantité de liquide jaune citrin fait issue dans la plaie. Nous venions d'ouvrir la vessie que nous nous mettons en demeure de refermer aussitôt. Un premier surjet au catgut fin affronte les deux lèvres respectant la muqueuse; un deuxième surjet recouvre le premier; un troisième forme un dernier plan de suture. Je recherche alors du côté externe s'il existe un sac péritonéal, mais sans succès; nous étions donc en présence d'une hernie extra-péritonéale de la vessie. Je referme alors l'anneau crural comme pour une cure radicale de hernie crurale, en suturant l'aponévrose du pectiné à l'arcade de Fallope. Je laisse un drain au-devant de ce plan de suture et je fais la suture de la peau. Une sonde à demeure est placée dans la vessie. Un écoulement de quelques gouttes d'urine teintée en rouge, nous prouve bien que nous avons lésé la vessie.

Le drain est enlevé au bout de quarante-huit heures. Je laisse la sonde à demeure en place pendant sept jours. A aucun moment, il n'y a eu filtration d'urine dans la plaie. Mais la guérison est retardée par une petite suppuration tardive de l'angle inférieur de la plaie. Néanmoins la malade sort complètement guérie le 28 mars.

LA BRONCHO-PNEUMONIE PSEUDO-LOBAIRE CONTINUE

D'après M. le docteur G. Rosenthal (1).

Dans son travail, M. Rosenthal se propose de présenter une étude clinique et bactériologique de quatre cas de broncho-pneumonie continue, qui représente la forme la mieux différenciée de l'entérococcie pulmonaire. Ces broncho-pneumonies sont surtout difficiles à différencier bactériologiquement des pneumonies vraies à cause de l'aspect presque identique de l'entérocoque et du pneumocoque et ce diagnostic doit surtout reposer sur la longévité du premier de ces agents microbiens. Le pneumocoque, cultivé sur gélose, a une faible vitalité, de même le streptocoque pyogène. L'entérocoque, au contraire, est presque indéfiniment repiquable. « Si on veut éviter la confusion avec le pneumocoque, il sera indispensable et souvent suffisant de faire l'épreuve de la longévité du germe étudié; chaque fois que l'examen d'une humeur aura montré des diplocoques lancéolé, capsulés ou auréolés prenant le Gram, poussant en gouttelettes de rosée et tuant la souris de septicémie rapide, il faudra se rappeler que ce sont là les caractères communs aux deux germes étudiés dans les organismes infectés. Ils sont par conséquent insuffisants pour faire le diagnostic bactériologique de pneumocoque. »

Lorsque l'épreuve de la longévité aura été positive et aura rendu probable le diagnostic d'entérocoque, on vérifiera la possibilité de la culture au-dessous de 26 degrés, en ayant soin de faire cette épreuve sur différents milieux et non uniquement sur gélatine. Puis il faudra vérifier la croissance dans les milieux pauvres, la culture sur les milieux vaccinés contre le pneumocoque, la résistance progressive aux acides et aux antiseptiques, caractère de premier ordre, impossible à obtenir avec le pneumocoque ou le streptocoque, si sensibles aux moindres traces d'antiseptiques. Le polymorphisme précoce, le chimisme de l'entérocoque conservé, de celui du bacterium coli (Coyon) compléteront le diagnostic.

Il existe bien, à la vérité, de nombreux termes de passage entre l'entérocoque et le pneumocoque, mais ceux-ci ne permettent pas plus de réunir l'entérocoque au pneumocoque qu'au streptocoque, dont le diagnostic bactériologique repose surtout sur les trois caractères suivants : présence de capsule ou d'aréole dans l'organisme, chaînettes courtes dans les cultures jeunes, mort des souris par septicémie. Néanmoins, à cause de l'existence de très nombreux types de passage, il faut considérer l'entérocoque, le pneumocoque et le streptocoque comme trois espèces d'un même genre, le genre diplococcus.

Cliniquement, la broncho-pneumonie décrite par M. G. Rosenthal présente des caractères assez nets et voici son expression habituelle : un homme d'âge moyen est pris de fatigue, de courbature généralisée, de céphalée; en même temps, il commence à tousser et à expectorer des crachats muqueux légèrement visqueux. L'appétit faiblit et l'on constate quelques légers troubles gastro-intestinaux, constipation ou diarrhée. Mais ces phénomènes sont peu intenses et le malade hésite à prendre le lit ou ne le garde que quelques jours; il lui semble que la légère douleur thoracique

(1) *Revue de méd.*, n° 6, 10 juin 1902, p. 552.

qu'il ressent est due à la fatigue et qu'un peu de repos ne suffise à assurer la guérison. Il n'en est rien, la fièvre augmente, la toux devient pénible, l'expectoration muco-purulente; un point de côté remplace les vagues douleurs thoraciques.

Lors de l'entrée du malade à l'hôpital, la dénutrition, l'abattement, la céphalalgie, la spléno et l'hépatomégalie, l'albuminurie, d'ailleurs légère, font penser à une infection générale. Les troubles intestinaux, la diarrhée quelquefois intense confirment encore ce diagnostic. Le malade n'attire que peu l'attention sur ses douleurs thoraciques. L'auscultation établit l'existence d'une bronchite généralisée, compliquée de foyers de broncho-pneumonie, foyers siégeant aux bases, au sommet ou dans l'aisselle. L'examen des autres viscères est négatif. Telle est la première phase de la maladie; la fièvre varie entre 38°5 et 39, le pouls bat à 100 par minute. Sous l'influence du repos et de la médication classique, les signes sthétoscopiques s'amendent, la fièvre baisse, la dyspnée diminue, la toux devient moins pénible, l'appétit revient. Cependant l'aspect général du malade dément l'espoir d'une guérison prochaine. Amaigri, fatigué, il donne l'impression d'un organisme profondément atteint; à l'auscultation on trouve que l'un des poumons est revenu à l'état physiologique, l'autre fait entendre des ronchus sibilants et quelques râles sous-crépitants assez gros disséminés dans toute son étendue. De plus, au niveau d'un foyer primitif, à la base atteinte au début ou au sommet ou dans l'aisselle, siège d'une lésion qui paraissait n'avoir rien de spécial, on continue à percevoir un souffle tubaire et des râles sus-crépitants ou sous-crépitants. A ce niveau, existent de la matité, de l'exagération des vibrations, de la bronchophonie, en un mot tous les signes d'une hépatisation pulmonaire limitée à un lobe, ou mieux à une zone du poumon. Dès lors, la maladie est entrée dans sa période d'état. Elle durera des semaines et des mois : ce sera la broncho-pneumonie pseudo-lobaire continue.

La température oscille autour de 38 degrés; elle est irrégulière avec légères rémittences matinales et maxima vespéraux; le pouls reste ordinairement assez élevé. Quelquefois la courbe thermique est polycyclique, d'autres fois elle revient et se maintient à la normale sans que le pronostic en soit en rien amélioré. L'albuminurie est légère, la rate est sensible à la percussion. Malgré la diarrhée persistante, le malade demande à manger, mais il ne semble tirer aucun bénéfice de cette alimentation : il maigrit de jour en jour, les masses musculaires deviennent flasques, les fosses temporales se creusent, les joues s'émacient et le malade prend l'aspect d'un phtisique.

Comme points de détails, M. Rosenthal signale les suivants : la dyspnée reste faible, la mensuration du périmètre thoracique montre une ampliation assez marquée du côté malade; par contre la ligne ombilico-mamelonnaire ne varie pas; la matité est complète. L'expectoration reste muco-purulente, elle est abondante et facile. Mais le souffle augmente d'intensité : de tubaire il devient cavitaire, puis ce souffle cavitaire disparaît « et le médecin non prévenu trouve une respiration bronchique ou même l'absence de tout bruit ou souffle dans une zone considérable, et ainsi de suite, sans que ces variations correspondent à une variation favorable ou défavorable de l'état du malade ». Les râles n'ont pas plus de fixité : sous-crépitants en bulles fines ou moyennes, ils sont de temps en temps couverts par des frottements qui indiquent la participation de la plèvre au processus.

A la dernière période, le plus souvent la cachexie atteint ses dernières limites, la maigreur devient effrayante, le malade demeure prostré dans son lit sans avoir même la force de s'y asseoir, des signes de congestion envahissent le deuxième poumon, et la mort survient par épuisement progressif, ou par gangrène. Quelquefois au contraire la disparition des signes d'auscultation, la diminution de l'expectoration, qui devient muqueuse, la diurèse, l'amélioration du facies, mais surtout le retour des forces marquent une évolution favorable, mais la convalescence est toujours lente et pénible.

Anatomo-pathologiquement, on constate que les lésions sont peu intenses : la surface pleurale est dépolie, le parenchyme surnage ou tombe lentement au fond, les lésions prédominent autour des bronches, mais l'alvéole est rempli de globules rouges, de polynucléaires et de cellules endothéliales desquamées. Pas ou peu d'exsudat fibrineux.

La formule bactériologique est simple. Dans tous les cas on trouve l'entérocoque pur ou associé au cocco-bacille hémophile, véritable bactérium coli de la flore des voies respiratoires.

Le pronostic de l'affection est grave. Quant au diagnostic il est à faire avec la fièvre typhoïde et la tuberculose. Dans la première le séro-diagnostic est positif. Dans la seconde, on trouve des bacilles de Koch, bacilles qu'on ne trouve jamais dans l'expectoration de la broncho-pneumonie continue.

En résumé, l'entérococcie pulmonaire peut se traduire par une forme spéciale de bronchopneumonie dont les principaux traits sont :

a. Le début par une phase de bronchopneumonie banale, avec phénomènes ordinaires;

b. La régression des lésions qui se cantonnent en un foyer pseudo-lobaire;

c. La longue durée de l'affection qui cadre bien avec la vitalité considérable de l'entérocoque;

d. La prédominance des phénomènes généraux, l'hyperthermie légère, l'atténuation des signes fonctionnels de la localisation pulmonaire, la cachexie pulmonaire simulant la tuberculose pulmonaire.

La connaissance de cette forme grave de l'entérococcie pulmonaire doit nous engager encore à chercher une médication spécifique contre l'entérocoque, un sérum antientérococcique qu'il faudra employer *seul* ou *uni* au sérum non trouvé du coccobacille hémophile. L. B.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(1er JUILLET 1902)

Dans l'une des dernières séances, M. Laborde, on se le rappelle, au nom de la commission de l'alcoolisme, avait prononcé un réquisitoire des plus sévères contre toutes les liqueurs dites apéritives et les essences qui les composent. Il ne demandait rien moins que la peine de mort pour toutes les accusées. C'est-à-dire une loi défendant leur fabrication et leur vente ailleurs que dans les pharmacies. M. Vallin, en ouvrant la discussion sur ce sujet, commence par déclarer que, comme toute l'Académie, il partage le sentiment de M. Laborde; mais son désir même d'arriver à une solution pratique et efficace lui fait craindre les conséquences d'un

vote comme celui que M. Laborde a proposé. Qui trop demande n'obtient rien et c'est précisément pour obtenir quelque chose que M. Vallin cherche à sauver quelques-unes des accusées, c'est-à-dire quelques petites liqueurs de table, celles que M. Laborde à lui-même qualifiées de familiales. En effet, la prohibition de toutes les liqueurs lui paraîtrait exagérée pour ne pas dire impossible. C'est pourquoi M. Vallin demande le renvoi du rapport de M. Laborde à la commission.

M. Laborde est tout disposé à faire tout ce qu'on voudra pourvu que l'Académie soit saisie de la question, la discute, fasse connaître son opinion et ne reste pas plus longtemps indifférente devant ce fléau social, dont nous mourons, devant l'alcoolisme. Jusqu'ici la commission de l'alcoolisme n'a rien fait; son rapporteur général, l'un des membres les plus honorables et les plus sympathiques de l'Académie, sans doute effrayé de sa tâche, n'a encore présenté aucun rapport et s'obstine à rester silencieux. M. Laborde, également membre de la commission, mais moins patient, moins disposé au silence que son collègue et ami le rapporteur général, n'a pu garder plus longtemps pour lui les résultats des expériences qu'il a faites sur les animaux avec ces liqueurs dites apéritives et il a cherché à soulever par tous les moyens possibles l'indignation de l'Académie. Aussi est-il tout prêt à chercher l'entente et la conciliation et, sur les observations très justes de M. Vallin, il propose de nouvelles conclusions qui, pour le moment, ne viseraient plus que l'absinthe, le vermouth et le bitter. C'est, comme on le voit, un fort amendement qu'apporte M. Laborde lui-même à ses premières propositions. Bien convaincu que l'Académie est suffisamment éclairée et édifiée, il ne lui demande que de s'occuper de cette terrible question de l'alcoolisme et de faire entendre aux pouvoirs publics sa voix autorisée pour combattre le plus grand des périls sociaux.

Avouons-le : c'est une tâche bien ingrate que M. Laborde demande à l'Académie d'accomplir. Plus que personne, nous admirons la générosité des sentiments et l'ardeur des convictions de M. Laborde, mais nous restons des plus sceptiques à l'égard du succès de ses propositions.

L'Académie allait accepter la proposition de M. Vallin et renvoyer le rapport de M. Laborde à la commission, c'est-à-dire, peut-être, aux calendes grecques, quand M. Pouchet a demandé la parole pour s'opposer à ce renvoi, pour appuyer de toutes ses forces les première conclusions de M. Laborde et s'opposer au départ que M. Vallin propose d'établir entre les liqueurs. Elles sont toutes également nuisibles et doivent toutes être également prohibées. C'est aussi l'avis de M. Lanceraux et de bien d'autres.

M. Pinard s'étonne de la contradiction qui existe entre les premières et les nouvelles conclusions de M. Laborde. Il demande qu'on recherche surtout une solution pratique et logique.

M. Gautier fait entendre une timide protestation en faveur du vermouth qui, selon lui, ne mérite pas les sévérités de la commission, et comme cela se passait à la fin de la séance et qu'il faisait très chaud, un de nos collègues de la Presse est venu nous proposer d'aller en prendre un. Nous avons refusé.

Comme tous les ans, à pareille époque, M. Proust est venu faire connaître à l'Académie le bilan de notre état sanitaire au point de vue de la **peste** et de la **fièvre jaune**. Il estime que les pratiques religieuses des musulmans peuvent avoir une influence sur les épidémies de peste. Dans l'Inde, les cadavres sont brûlés. Chez les Parsis, les cadavres déposés dans la tour du Silence sont exposés en proie à des vautours. M. Haffkine dit que les vautours sont réfractaires à la peste, mais peut-être le bacille se trouve-t-il dans les selles. Les autorités publiques semblent actuellement découragées devant la peste et ne prennent pas des mesures très effectives.

MM. Laveran et Nocard appellent l'attention de l'Académie sur les mesures à prendre contre les **maladies à trypanosome**. C'est surtout à l'occasion d'une épizootie de l'île Maurice que MM. Laveran et Nocard croient devoir saisir l'Académie de cette question. M. Texon a constaté chez les animaux atteints l'existence du trypanosome. Cette épidémie menace Madagascar et d'autres colonies comme la Réunion, où on a observé un cas chez une vache.

Il importe que le diagnostic soit vite porté pour abattre les animaux malades et protéger les autres contre les piqûres des mouches.

A la suite de cette communication, l'Académie, sur la proposition de M. Laveran, émet le vœu que l'importation, en France ou dans les colonies françaises, d'animaux provenant de pays où règnent le surra, le nagana ou d'autres maladies à trypanosomes, soit interdite ou sévèrement réglementée.

M. Franck analyse un travail de MM. Jonnesco et Floresco (de Bucarest) sur les phénomènes consécutifs à la **résection du sympathique cervical chez l'homme**. Ces auteurs ont examiné huit opérés du quatre-vingtième jour à six ans et demi après la résection du sympathique cervical.

Les troubles persistants sont le resserrement de la pupille, la chute de la paupière supérieure, la congestion de la conjonctive palpébrale et bulbaire, celle des gencives et surtout du cerveau; on voit les troubles congestifs se maintenir même trois ans après l'opération.

D'autre part, la diminution de la tension oculaire, la suppression de la fonction sudorale, la gêne dans la mastication et dans la déglutition, l'influence nutritive et l'hyperesthésie tendent à disparaître ou disparaissent complètement après des temps variables.

La résection du sympathique cervical ne donne lieu à aucun trouble trophique dans sa sphère d'action.

Le développement, tant physique qu'intellectuel de l'opéré, quel que soit son âge, n'est nullement influencé par la résection du sympathique cervical.

M. Brunon (de Rouen) fait une intéressante communication sur la **diphtérie** dans cette ville. Des faits relevés par M. Brunon il semblerait que la diphtérie procède par épidémies successives. Tout à coup la morbidité et la mortalité prennent une marche presque verticalement ascendante. En deux ou trois ans, elle atteint son maximum. Puis la chute se fait en *lysis*, graduellement, et moins rapide que la montée. La mortalité descendue au minimum reste stationnaire jusqu'à ce qu'une nouvelle ascension recommence avec une nouvelle épidémie.

Une question se rattache à ce caractère épidémique de la diphtérie. La thérapeutique, le sérum antidiphtérique a-t-il une influence sur la morbidité, c'est-à-dire sur le nombre des diphtériques?

Les faits que nous avons rapportés, dit M. Brunon, répondent négativement. Le point culminant de la courbe des cas de diphtérie, à Rouen, correspond à l'année 1895, pendant laquelle le sérum a été employé couramment. Or, c'est pré-

cisément pendant cette année que les cas de diphtérie ont été les plus nombreux.

On ne peut pas rendre le sérum responsable de ces faits. Avec le mode d'administration actuel, le sérum ne peut pas avoir d'action sur une épidémie. Son action est purement individuelle.

Une épidémie ne pourra être enrayée que si la pratique des injections préventives se généralise. Alors son action thérapeutique deviendra *collective*.

Avant l'emploi du sérum, de 1882 à 1894, la proportion de guérisons oscille entre 34 p. 100, chiffre minimum, et 58 p. 100, chiffre maximum.

En 1895, la proportion s'élève tout à coup et oscille entre 74 p. 100, chiffre minimum, et 87 p. 100, chiffre maximum.

La plupart des enfants apportés à l'hôpital arrivent aux troisième, quatrième, sixième jours de l'angine. Aucun traitement n'a été appliqué. L'inoculation est donc beaucoup trop tardive. Les faits de tous les jours prouvent que l'efficacité du sérum est d'autant plus marquée que l'inoculation est précoce.

Les bains chauds, ajoute M. Brunon, ont paru être les adjuvants les plus puissants du sérum dans les cas où les toxines se sont fixées sur les éléments de l'organisme. A tous les enfants présentant la moindre élévation de température, nous faisons prendre un bain chaud à 35 degrés, toutes les trois heures le jour et toutes les quatre heures la nuit. Entre les bains, nous faisons faire des applications froides sur le thorax.

La balnéation peut donner des résultats absolument inattendus dans les cas où le sérum a été injecté trop tard et où l'intoxication est déjà très marquée.

Les tubages ont été commencés à Rouen en 1896. Ils ont à peu près complètement remplacé la trachéotomie.

Signalons enfin une communication de M. Lomanti (de Limoges) sur le **sevrage des chiens**.

REVUE DE LA PRESSE

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Un cas d'infection par la tuberculose bovine chez l'homme. — Presque au moment où M. le docteur Garnault essayait à Paris sur lui-même l'inoculation de la tuberculose bovine, M. P. Krause publiait, en Allemagne (*Muenchener med. Woch.*, 24 juin 1902), un cas très probant qui infirme nettement la théorie proclamée au dernier Congrès de la tuberculose à Londres, par le professeur R. Koch (1).

Il s'agit d'un homme âgé de trente ans, de constitution robuste, sans antécédents familiaux tuberculeux, ayant toujours joui d'une santé parfaite et travaillant dans un abattoir. Il y a trois ans, s'étant enfoncé un éclat de bois dans le pouce droit, cet homme fut obligé, aussitôt après l'accident, d'enlever la peau d'une vache pommelière. Au bout de quelques jours, le bras droit commença à se tuméfier, l'enflure progressant lentement jusqu'à la fosse axillaire. Puis des abcès se formèrent qui s'ouvrirent spontanément. Par la suite, le malade fut traité par plusieurs médecins qui, tous, admirent chez lui l'existence de lymphangite et d'adénites tuberculeuses; on dut inciser une série d'abcès froids au bras droit. L'examen microscopique d'un ganglion et d'un fragment de peau ulcérée, pris sur le malade dans le service de M. Mathner, à l'hôpital Béthanie, à Breslau, confirma le diagnostic de la nature tuberculeuse des lésions.

Enfin, le malade fut examiné à la clinique médicale de M. le professeur Kast, à Breslau. Les poumons et tous les autres viscères furent trouvés indemnes. Dans le creux axillaire droit, la palpation révélait l'existence d'une petite induration en forme de bride mince; au-dessous se trouvaient quelques ganglions indolents, du volume d'un haricot. Au bord interne du muscle biceps siégeait un ganglion, gros comme une amande, qui fut extirpé et soumis à l'examen microscopique : il contenait des bacilles tuberculeux et des cellules géantes. Le bras droit présentait plusieurs cicatrices opératoires, longues de 8 à 17 centimètres, mobiles, non adhérentes aux tissus sous-jacents.

On ne saurait vraiment mettre en doute, dans ce cas, une contamination par la tuberculose bovine. (*Bull. méd.*, 28 juin 1902.)

L. G.

CHIRURGIE

Fractures des cartilages semi-lunaires du genou et corps étrangers articulaires. — M. Robson a pratiqué sur le genou une série de 33 opérations se décomposant de la façon suivante : 21 pour fractures des cartilages semi-lunaires, 4 pour luxations de ces cartilages et 8 pour corps étrangers de l'articulation. Chez 7 de ces derniers malades, il n'y avait aucun commémoratif de traumatisme; M. Robson pense que, dans la plupart des cas de ce genre, il s'agit de fractures des cartilages semi-lunaires et que, malgré la fréquence d'une entorse ou d'une contusion dans les commémoratifs, l'affection peut survenir sans traumatisme proprement dit. Elle se produit notamment lorsqu'une flexion forcée de la jambe sur la cuisse est suivie d'une extension brusque. Dans les cas récents, l'auteur conseille la réduction du cartilage ou du fragment de cartilage, l'immobilisation pendant un mois ou six semaines, comme s'il s'agissait d'une fracture osseuse. Si après ce traitement le genou reste impotent et qu'il y a tendance au déplacement, on doit opérer sans hésiter; de même dans les cas où le traitement précédent n'a pas été essayé. On pratique, en commençant à la partie inféro-interne de la rotule, une incision oblique en bas et en arrière, mettant à nu l'interligne articulaire, sans entamer le tendon rotulien ni le ligament latéral interne. On fléchit alors le genou et les cartilages sont mis en évidence; on résèque la partie plus ou moins complètement brisée; s'il y a luxation du cartilage, on le suture solidement soit au ligament latéral interne, soit à la tête du tibia. Il est inutile et dangereux d'introduire le doigt dans la jointure ou d'y faire un lavage. L'excision du cartilage n'offre pas d'inconvénient et le fonctionnement du genou redevient normal. (*Brit. med. Journ.*, 12 avril 1902.)

A. H.

RHINOLOGIE

Accidents pouvant résulter de l'emploi de la paraffine comme moyen de prothèse. — Il n'est pas sans intérêt de signaler les accidents possibles qui peuvent résulter d'une méthode aujourd'hui très répandue, que nous avons signalée en temps voulu dans ce journal (1).

Leiser vient de communiquer à la réunion des médecins de Hambourg (2) un cas d'amaurose d'un œil survenue à la suite d'une injection de paraffine pratiquée dans un but de prothèse nasale chez un homme de trente-cinq ans. Il s'agissait d'une déformation en selle provoquée par une chute sur le visage à l'âge de deux ans; la base du nez atteignait le niveau du rebord orbitaire inférieur.

Les 16, 21 et 24 janvier 1902, l'auteur injecte sous la peau du nez environ 4 grammes et demi de paraffine; lors de la troisième injection, survient un violent collapsus qui nécessite la respiration artificielle et les injections d'éther;

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, août 1901, n° 94, p. 901.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 91, p. 882.

(2) Cf. in *Deuts. med. Wochens.*, 1902, n° 5, p. 262.

il est suivi de vomissements qui durent plusieurs heures et au réveil le patient s'aperçoit qu'il est complètement aveugle de l'œil droit, atteint seulement d'astigmatisme prononcé auparavant.

Le docteur Rischmüller (d'Harburg), qui examina à plusieurs reprises l'œil de ce malade pendant un mois, ne put que constater l'intégrité à peu près complète de la papille et des milieux de l'œil; l'amaurose persista entière.

Leiser pense que l'injection de paraffine a provoqué une thrombose de la veine ophtalmique, à laquelle se rend la veine dorsale du nez ; il fait remarquer que le processus de thrombose aurait pu s'étendre à l'autre œil; une cécité complète aurait pu être ainsi le résultat d'une injection dont le danger réside dans le fait que, pour lui, la pénétration dans une veine ne peut pas être à coup sûr évitée.

Kümmel rappelle à ce propos que des cas de mort ont déjà été signalés à la suite d'injections de paraffine, causés par des embolies pulmonaires (1).

Ajoutons que, dans un article récent de Brindel ayant trait au traitement de l'ozène par les injections interstitielles de paraffine, l'auteur dit avoir observé deux fois une phlébite de la veine faciale, sans conséquence d'ailleurs, ajoute-t-il, sur un total de dix malades ainsi traités (2).

En résumé, la méthode prothétique des injections de paraffine, simple et pratique, n'est cependant pas exempte de danger, ainsi que le lecteur a pu s'en rendre compte par les quelques faits que nous venons d'exposer. Il semble donc prudent d'avertir les personnes qui ont recours à ce procédé dans un but de pure esthetique des quelques risques auxquels elles sont exposées; peut-être ainsi, l'abus que seraient, paraît-il, tentées d'en faire quelques femmes du monde, aurait-il quelque chance d'être amoindri. Nous ne pensons pas cependant que les quelques accidents signalés jusqu'ici doivent faire rejeter complètement une méthode qui, réservée aux cas purement médicaux (c'est-à-dire les cas de prothèse utiles ou nécessaires), est appelée à rendre des services vraiment importants ; nous avons eu nous-même l'occasion de l'employer dans un cas de prothèse nasale, pour remédier à une déformation causée par un lupus, et nous nous en sommes bien trouvé.

En prenant la précaution d'introduire l'aiguille seule à l'endroit voulu avant de pousser l'injection, il semble qu'on puisse éviter la pénétration dans une veine, comme le fait s'est vraisemblablement produit dans le cas de Leiser.

M. le docteur Baratoux (*loc. cit.*) attribue la cause de l'embolie pulmonaire observée par Pfannenstiel à ce que ce dernier avait pratiqué l'injection immédiatement après une opération, en plein tissu musculaire, d'où diffusion possible, dans le système circulatoire, de la vaseline non maintenue au point injecté jusqu'à son complet refroidissement.

M. le docteur Baratoux attribue à la paraffine pure l'avantage sur la vaseline de se refroidir rapidement à cause de son point de fusion relativement élevé et par conséquent de rester en place là où on l'a injectée, si on a eu soin de l'y maintenir par une pression exercée sur la région ou en évitant la contraction des muscles; aussi emploie-t-il, au lieu du mélange de Gersuny, l'auteur de la méthode, une paraffine fusible à 92 ou 97 degrés, stérilisée. P. VIOLLET.

(1) Kümmel fait sans doute allusion au cas qu'a publié Pfannenstiel (de Breslau). [Voir BARATOUX. Des injections de paraffine, *Progrès méd.*, 17 mai 1902.]

(2) *Presse méd.*; 1902, n° 46, p. 547.

THÉRAPEUTIQUE

A quelle dose doit-on donner les purgatifs? — M. SOULIER a fait à la Société des sciences médicales de Lyon une communication sur les doses auxquelles doivent être administrés les purgatifs. On les donne souvent à dose trop élevée. Ainsi l'huile de ricin est suffisamment purgative à la dose de 10 grammes, si elle est administrée à peu près pure ou additionnée seulement d'un égal volume de bouillon ou de thé. Il ne faut administrer d'autres liquides qu'après la première selle. Les purgatifs salins purgent à la dose de 10 grammes en général s'ils sont délayés seulement dans 40 grammes d'eau. L'eau-de-vie allemande peut se donner à la dose de 5 grammes dans 15 grammes de sirop de nerprun ; les doses de 10 à 20 grammes ne sont pas nécessaires.

Dans l'entérite muco-membraneuse, M. Soulier emploie de préférence à l'huile de ricin l'eau de Châtel-Guyon ; il ne donne pas de l'huile de ricin dans la constipation habituelle. (*Lyon méd.*, 1er juillet 1902.) L. G.

FORMULAIRE

Lotions sur l'eczéma des parties génitales.

Chlorate de potasse.....	1gr50
Vin d'opium...........	3 grammes.
Eau simple.............	250 —

Pour faire des lotions et des fomentations. (Lutaud.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Inauguration des nouveaux services de l'hôpital Cochin.* — Les nouveaux pavillons de médecine *Claude-Bernard* et *Potain* seront inaugurés demain jeudi, 3 juillet 1902, à quatre heures et demie du soir, à l'hôpital Cochin.

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — A la suite du concours qui vient de se terminer, M. Gallavardin a été nommé médecin des hôpitaux.

Facultés de médecine. — *Bordeaux.* — M. le docteur Rocher est nommé chef de clinique chirurgicale des enfants.

Écoles de médecine. — *Marseille.* — Deux concours s'ouvriront, le 6 janvier 1903, devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, pour : 1° un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales ; 2° un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales, à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Guerre. — Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin-inspecteur Madamet, directeur du service de santé du 18e corps d'armée, est placé dans la 2e section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs.

— MM. les médecins-majors de deuxième classe Sadoul, Castueil, Ascornet, et M. le médecin-major de première classe Roubaud, ont été désignés pour servir à la Guyanne.

Intérêts professionnels. — *Syndicats des médecins du Rhône.* — Un conflit existe actuellement entre les trois médecins de Miribel (Ain) et les deux sociétés de secours mutuels de cette localité. Les médecins poursuivent le but, but qui est du reste celui de tous les syndicats médicaux de France, de substituer le tarif de la visite au tarif de l'abonnement qui aboutit souvent à un prix de visite dérisoire. Les médecins de Miribel proposent aux mutualistes une réduction de 50 p. 100 sur le tarif habituel de la ville, soit 1 fr. 50 par visite.

Nous mettons tous nos confrères en garde contre les propositions qui pourraient leur être faites de s'établir à Miribel où le nombre des médecins est plus que suffisant pour assurer le service médical.

Cours de vacances. — Du lundi 6 au samedi 25 octobre, des cours élémentaires et des démonstrations pratiques seront faits à l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente, Paris.

Liste des cours : Ophtalmologie, M. Rochon-Duvignaud ; Maladies de l'estomac, M. Soupault; Oto-rhino-laryngologie, MM. Laurens et Boulay; Maladies des voies urinaires, M. Nogués;

Massage, M. Marchais; Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, M. Leredde; Gynécologie et accouchements, M. Jayle; Electrothérapie, M. Zimmern; Chirurgie pratique, M. Souligoux; Art de formules, M. Joanin; Maladies mentales, M. A. Marie.

Chaque cours comprendra, en moyenne, neuf leçons. Le prix de chacune est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant.

Le programme collectif et détaillé des cours et démonstrations sera envoyé sur demande.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser à M. le docteur Marchais, 10, rue La Bruyère, Paris, IXe arr.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Raïchline Azriel, de Bobruisk (Russie), médecin consultant à Contrexéville, décédé à Paris; et de MM. Pierre Batier et Jean Carrié, étudiants en médecine à Montpellier.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Relations directes entre Paris et l'Italie (viâ Mont-Cenis).* — Billets d'aller et retour de Paris à Turin, à Milan, à Gênes et à Venise (viâ Dijon, Mâcon, Aix-les-Bains, Modane). — Prix des billets : Turin, 1re classe, 148 fr. 10; 2e classe, 106 fr. 45. — Milan. 1re classe, 166 fr. 55; 2e classe, 121 fr. 70. — Gênes, 1re classe, 168 fr. 40; 2e classe, 120 fr. 05. — Venise, 1re classe, 218 fr. 95; 2e classe, 155 fr. 80. — Validité : 30 jours.

Ces billets sont délivrés toute l'année à la gare de Paris-Lyon-Méditerranée et dans les bureaux-succursales.

La validité des billets d'aller et retour Paris-Turin est portée gratuitement à 60 jours lorsque les voyageurs justifient avoir pris à Paris ou en Italie un billet de voyage circulaire intérieur italien.

D'autre part, la durée de validité des billets d'aller et retour Paris-Turin peut être prolongée d'une période unique de 15 jours, moyennant le paiement d'un supplément de 14 fr. 80 en 1re classe et de 10 fr. 65 en 2e classe.

Arrêts facultatifs à toutes les gares du parcours. — Franchise de 30 kilogs de bagages sur le parcours P.-L.-M.

Il est également délivré à Paris des billets d'aller et retour Turin-Palerme conjointement avec les billets d'aller et retour Paris-Turin ci-dessus. La durée de validité des billets d'aller et retour Turin-Palerme est de 60 jours et les prix de ces billets sont les suivants : 317 fr. 30 en 1re classe et 222 fr. 60 en 2e classe.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS - IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17

Nº 75. — SAMEDI 5 JUILLET 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 5 JUILLET 1902. — Nº 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

De la cyphose hystéro-traumatique (maladie de Brodie).

Par le docteur DELÉARDE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

L'hystérie peut localiser ses effets à toutes les parties de l'organisme et simuler les affections les plus graves. Limitant notre étude à ses manifestations du côté du rachis, nous rappellerons que de nombreux auteurs ont signalé la rachialgie et les déformations de la colonne vertébrale, de nature purement psychique.

En ce qui concerne la rachialgie décrite par Hoffmann en 1833, par Sydenham, elle fut surtout bien étudiée par Brodie qui attira l'attention sur la fréquence de ce symptôme, pris souvent pour un signe de mal de Pott (*Lectures illust. of cutan local affection*; *Pathological and surgical observ. on diseases of the joint*, — traduction Aigre, *Progrès médical*, 1880), par Beaujolin (Th. de Paris, 1873) et par Merlin (Th. de Paris, 1889).

Les déformations hystériques de la colonne vertébrale, en particulier la scoliose, ont inspiré également de nombreux travaux. Nous citerons parmi ceux-ci les thèses de Landois (Paris, 1889), Vic (Paris, 1892), Roux (Paris, 1897), Houeix de la Brousse (Bordeaux, 1898), les articles d'Audry (*Lyon médical*, 1887) et les *Leçons du mardi* de Charcot.

Dans cet ensemble de travaux, il n'est fait mention que d'un seul cas de cyphose, c'est-à-dire de flexion antéro-postérieure de la colonne vertébrale relevant de l'hystérie (Observation de Duret, in thèse de Vic).

Deux autres observations de Moty (*Bulletin de la Société centrale de médecine du Nord*, 1901) et un cas que nous venons de rencontrer forment toute la littérature médicale se rattachant à cette déformation particulière du rachis.

Les malades atteints de cyphose hystérique présentent une symptomatologie telle que l'on croit d'abord à une fracture, à une luxation ou à un affaissement du rachis. C'est ce qui a fait donner à cette affection le nom de pseudo-fracture de la colonne vertébrale ou encore de maladie de Brodie, bien que cet auteur, qui a décrit dans ses ouvrages les manifestations articulaires de l'hystérie, passe sous silence la cyphose névropathique.

I

ÉTIOLOGIE. — Comme tous les symptômes de l'hystérie, la cyphose peut survenir spontanément ou bien à la suite d'un traumatisme. Ce dernier cas est certes le plus intéressant, le plus fréquent et le plus difficile à diagnostiquer, car l'impotence fonctionnelle qui succède immédiatement à l'accident fait penser à une lésion profonde : fracture, luxation ou entorse des ligaments intervertébraux. Les conséquences de l'infirmité qui résulte de la position vicieuse prise par le malade deviennent alors sérieuses, comme nous le verrons dans la suite de ce travail.

Pour le malade de Duret, on ne trouve aucun traumatisme. C'est un jeune homme de vingt-trois ans, fils d'une mère névropathe. Après un séjour dans un endroit humide, il commença à se plaindre en 1885 d'une sciatique double. En octobre 1886, il fut atteint de paralysie vésicale et rectale, avec anesthésie du périnée, qui guérit après l'application d'une ceinture de gros sous autour du ventre. En mai 1888, il rentre à l'hôpital avec une cyphose lombaire suffisamment caractérisée pour simuler un mal de Pott.

Les deux malades de Moty sont, au contraire, deux types nets d'hystéro-traumatisme. L'un, gendarme, fait en décembre 1900 une chute dans un escalier, l'autre, artilleur, tombe de cheval.

Notre malade, C..., ouvrier monteur mécanicien, reçoit sur la région lombaire une pièce de bois volumineuse avec laquelle il tombe d'une hauteur de 2 mètres environ.

L'hystérie frappant indistinctement les enfants, les adultes ou les vieillards, les hommes comme les femmes, il n'y a pas lieu de s'appesantir sur l'âge ni sur le sexe des malades. Néanmoins, comme les hommes sont plus exposés que les femmes à subir l'influence de l'agent provocateur, le traumatisme, il y a tout lieu de croire que la maladie de Brodie se rencontrera plus fréquemment chez les premiers que chez les dernières.

II

PATHOGÉNIE. — La pathogénie de la maladie de Brodie est celle de tous les cas d'hystéro-traumatisme. Sans entrer dans de longues dissertations sur la production des accidents de la névrose traumatique, nous nous contenterons de

rappeler les différentes théories proposées pour en expliquer le mode d'apparition.

La première hypothèse a été celle d'une lésion superficielle, mais diffuse, des centres nerveux.

Pour Erichsen, Erb, Leyden, la cause unique des phénomènes serait l'inflammation de la moelle et de ses enveloppes, la présence des troubles cérébraux indiquerait l'extension de l'inflammation au cerveau et aux méninges encéphaliques.

Leudet met tout sur le compte de la congestion médullaire.

Benedickt prétend qu'il y a décollement du tissu cellulaire lâche du système nerveux causé par la commotion mécanique.

Lacassagne dit que les paralysies et les anesthésies, quand il y en a, sont dues à une lésion médullaire (myélite diffuse ou transverse).

Grasset a créé la théorie de l'hystérie traumatique distincte de l'hystérie vulgaire. Il fait une place à part à l'hystérie traumatique dans la famille des névroses.

Quelques observateurs, parmi lesquels Combs, Knapp, semblent admettre qu'il s'agit d'un état pathologique complexe, impossible à délimiter au point de vue nosologique.

Vibert reconnaît dans certains cas l'action directe du traumatisme sur l'écorce cérébrale où il produirait des altérations diffuses, mais peu profondes ; dans d'autres cas, et ce sont les plus nombreux, ces altérations matérielles feraient défaut.

Charcot a repris, complété et démontré la théorie américaine de Walton et Putman qui, les premiers, ont parlé d'hystérie à propos des troubles fonctionnels du système nerveux survenus après les accidents de chemin de fer. C'est le « railway spine » des Américains.

D'après Charcot, ce serait par auto-suggestion que se développeraient la paralysie ou la contracture hystéro-traumatique; ces accidents dépendraient exclusivement d'un état mental particulier. Aucune modification pathologique des centres nerveux n'existe dans l'hystérie traumatique, c'est un ensemble de symptômes *sine materia* et la preuve réside d'une façon indiscutable dans la possibilité de produire, pendant le sommeil hypnotique, des paralysies et des contractures absolument identiques à celles que l'on rencontre après un traumatisme. C'est la démonstration évidente que l'auto-suggestion provoquée par un choc nerveux peut à elle seule susciter l'apparition des phénomènes hystériques.

L'émotion morale violente éprouvée au moment de l'accident reste la cause principale de l'hystéro-traumatisme.

Dans les observations de pseudo-fractures de la colonne vertébrale, les chutes survenues chez les malades se sont faites dans des circonstances suffisamment graves pour frapper vivement leur imagination. En ce qui concerne le cas de C... l'accident paraissait au premier abord gros de conséquence puisqu'il fut relevé sans connaissance par ses camarades.

III

Symptômes. — Ce qui frappe avant tout chez les malades atteints, de cyphose hystérique, c'est l'allure spéciale qu'ils présentent. Ils sont courbés en deux, le tronc plus ou moins fortement fléchi sur les membres inférieurs. Le sommet de l'angle de flexion se trouve au niveau de la région lombaire. La mobilité des jambes est conservée intacte, les malades marchent assez difficilement toutefois à cause de la position vicieuse du tronc, qui les fait pencher en avant et les rend moins stables.

Les douleurs spontanées sont vagues, mal localisées, embrassant la région lombaire, irradiant parfois vers les membres inférieurs. La pression sur les apophyses épineuses de la gibbosité lombaire ne réveille aucune douleur ; c'est plutôt la région voisine qui est sensible. Notre malade présentait deux bandes d'hyperesthésie cutanée sur chaque aile du sacrum.

La douleur s'exaspère surtout lorsqu'on cherche à redresser la courbure lombaire. On éprouve une difficulté insurmontable à exécuter ce mouvement.

Les deux malades de Moty et le notre n'avaient aucun trouble des réservoirs, celui de Duret allait dificilement à la selle. Il avait présenté, avant l'apparition de la gibbosité, une paralysie de la vessie et du rectum; l'une et l'autre avaient cédé grâce à un traitement purement psychique. Une certaine parésie rectale s'était de nouveau montrée avec la déformation du rachis.

Les réflexes patellaires et plantaires sont normaux ou exagérés; mais il n'y a pas de paraplégie spasmodique. La recherche du signe de Kernig était négative chez notre malade. Tous les signes habituels de l'hystérie peuvent être relevés; tels que le rétrécissement du champ visuel, l'anesthésie pharyngienne et conjonctivale, les zones d'hyperesthésie, etc.

L'état mental est plutôt au-dessous de la moyenne. Le moral est souvent affecté. Les malades réduits à un repos relatif donnent libre carrière à leur imagination; ils se lamentent sur leur sort, se croient invalides pour toujours; ces troubles psychiques sont pour quelque chose dans l'altération de la santé générale.

La caractéristique de l'affection au point de vue symptomatologique est donc une courbure cyphotique très marquée au niveau de la région lombaire, sans les troubles moteurs ou viscéraux qui accompagnent ordinairement les lésions osseuses du rachis et avec des phénomènes sensitifs assez irréguliers dans la région voisine de la déformation.

IV

Physiologie pathologique. — Les muscles contracturés dans la maladie de Brodie sont les psoas iliaques.

Dans les formes pures de cette affection, lorsqu'il n'y a pas de scoliose concomitante, les muscles de la masse sacro-lombaire ne sont ni paralysés ni contracturés. Les mouvements latéraux de la colonne vertébrale restent faciles et non douloureux. Alors que dans la scoliose hystérique on sent très bien la corde formée par la rigidité des muscles de la gouttière vertébrale, on ne constate, dans la maladie que nous étudions, aucun symptôme analogue. Lorsque le malade est dans la position du décubitus dorsal, les membres inférieurs ne peuvent se mettre dans le prolongement exact du tronc, l'angle à concavité antérieure persiste. Si on vient à coucher le sujet sur le ventre, la déviation n'est pas supprimée immédiatement, la flexion en emprosthotonos ne disparaît qu'à la longue, mais pas régulièrement, puisqu'un malade de Moty, maintenu dans cette position, conserva cependant la déviation primitive.

V

Diagnostic. — Lorsqu'on se trouve en présence d'un blessé atteint de la maladie de Brodie et qu'on l'examine

peu de temps après l'accident, la première pensée qui vient à l'esprit est de songer à une fracture du rachis ou à une luxation des vertèbres lombaires. Mais en poursuivant l'examen on abandonne rapidement l'un et l'autre de ces diagnostics devant l'absence des troubles des réservoirs, la conservation de la mobilité normale des membres inférieurs ainsi que de la sensibilité au-dessous de la courbure vertébrale.

Quelle que soit la durée de l'affection, aucun trouble trophique, escare, fessière ou sacrée, ne se produit et devant ce fait peu en rapport avec une compression sérieuse de la moelle par les vertèbres brisées ou luxées, on est bien forcé de rejeter l'hypothèse d'une altération dans la continuité de la colonne vertébrale.

Si on pousse plus loin l'examen du malade, on relève chez lui des plaques d'anesthésie ou d'hyperesthésie disséminées sur le corps, des rétrécissements du champ visuel ou d'autres signes dépendant de l'hystérie, et l'on en arrive à rattacher à la névrose toute la symptomatologie, bizarre il est vrai, mais réelle, de l'affection constatée.

Il peut rester cependant quelques doutes dans certains cas, le malade de Duret avait présenté des troubles de la miction et de la défécation, mais ils avaient cédé à un traitement purement psychique, l'application d'un collier de pièces de monnaie.

On voit donc que la nature de l'affection se reconnaît en somme facilement. Il y a du reste peu de maladies, en dehors d'une fracture ou d'une luxation des vertèbres, qui pourraient être confondues avec le syndrome de Brodie.

Le tétanos, qui est capable de provoquer par la contracture des muscles, une position anormale analogue (emprosthotonos), s'accompagne de fièvre, de trismus, il apparaît plusieurs jours après un traumatisme ayant amené une plaie des téguments, porte d'entrée du microbe spécifique.

Le rhumatisme vertébral n'est jamais consécutif à un traumatisme; la colonne vertébrale est immobilisée en extension et non en flexion. Les mouvements latéraux sont douloureux, le malade conserve l'immobilité pour éviter les souffrances, il est rigide.

La psoïte ou inflammation suivie de suppuration du muscle psoas, qui peut être la conséquence d'un traumatisme, s'accompagne elle aussi de douleur lombaire et de flexion de la cuisse sur le bassin. Mais la flexion du membre inférieur coexiste avec une rotation en dehors. La station debout est très douloureuse, sinon intolérable. La suppuration apparaît aux points d'élection, au pli inguino-crural ou à la région lombaire. Les phénomènes généraux, fièvre, frissons, troubles gastro-intestinaux, ne manquent jamais. Ils sont absents dans la maladie de Brodie.

Le lumbago n'entraîne pas uue déviation très marquée de la colonne vertébrale; il persiste peu de temps, quelques jours au plus, les mouvements, bien que douloureux, sont encore possibles.

Il faut également signaler le mal de Pott qui s'accompagne d'une courbure anguleuse de la colonne vertébrale. Mais dans la tuberculose des vertèbres, la déviation du rachis ne se produit pas en général d'une façon brusque, comme cela arrive dans la maladie de Brodie. La déformation est précédée d'une période de douleurs, l'état général devient mauvais. Lorsque l'affaissement des vertèbres est achevé, la pression sur les apophyses épineuses réveille les souffrances, et les phénomènes de compression médullaire, paraplégie spasmodique, exagération des réflexes, troubles de la sensibilité, ne tardent pas à se montrer. Enfin l'apparition d'un abcès par congestion vient lever tous les doutes. Ces phénomènes manquent dans la maladie de Brodie, la déviation se produit brusquement ou très peu de temps après le traumatisme et reste, pendant tout le temps qu'elle persiste, le seul symptôme local et général important.

C'est donc de l'hystérie seule que dépend la maladie de Brodie. Parmi les autres manifestations de même nature au niveau du rachis, la scoliose hystérique se reconnaîtra aisément par la déviation latérale, la localisation dans la portion dorsale, l'abaissement de l'épaule du côté de la concavité de la courbure et la contracture des muscles périvertébraux que l'on constatera facilement. Le pseudo-mal de Pott hystérique, bien étudié par Beaujolin et par Audry, se rapproche plutôt du mal de Pott tuberculeux que de l'arthralgie névropathique de la colonne vertébrale. C'est la rachialgie souvent excessive qui domine dans cette affection et qui entraîne les contractures des muscles voisins de la région douloureuse. On sait au contraire que, dans la maladie de Brodie, la pression sur les apophyses épineuses ne provoque en général aucune douleur, celle-ci est très irrégulière, sonvent éloignée de la région déformée.

Enfin si, après un examen approfondi du blessé, après avoir conclu de l'ensemble des phénomènes locaux et généraux à la nature psychique des troubles observés, il restait quelque hésitation, on pourrait essayer la suggestion à l'état de veille ou dans le sommeil hypnotique ou mieux encore la chloroformisation. On verrait alors dans l'un ou l'autre de ces états la déviation disparaître, le corps se redresser. Mais il est à craindre qu'au réveil, le malade ne reprenne la position qu'il avait auparavant. Ce sera un nouvel argument pour démontrer d'une façon péremptoire l'absence absolue de lésions matérielles rachidiennes ou médullaires.

La radiographie de la région traumatisée montrera dans tous les cas l'intégrité complète du squelette.

VI

Pronostic. — La maladie de Brodie n'est pas grave si l'on envisage l'absence de lésions matérielles osseuses ou ligamenteuses; elle le devient au contraire si l'on considère sa durée et les récidives auxquelles est exposé le malade. La persistance des douleurs et de la contracture condamne le patient à l'immobilité ou à l'incapacité de travail. L'inaction dans laquelle il est maintenu le rend victime de toutes les fantaisies de son imagination. Il se croit gravement touché, il se désole et désespère de la guérison. Comme tous les accidents de l'hhystéro-traumatisme la maladie de Brodie peut être tenace. Au point de vue médico-légal de pareils malades ne sont pas des simulateurs, ils souffrent véritablement, l'accident dont ils ont été victimes est bien l'origine et la cause de leur impotence; ils ont droit à des indemnités journalières que les tribunaux leur accordent régulièrement.

Mais il ne faut pas se hâter de les déclarer définitivement invalides du travail et de les reconnaître atteints d'une infirmité permanente. Faire allouer rapidement une pension viagère serait sans doute un excellent moyen de guérir d'une façon radicale certains individus, ce serait aussi ouvrir la porte à des abus regrettables. Ce n'est qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique et avoir essayé d'agir fortement sur le moral du blessé que l'on devra renoncer à toute amélioration et faire obtenir à la victime les avantages que lui confère la loi sur les accidents.

Le rôle du médecin expert ne devra pas, en pareille circonstance, se borner à faire remonter les phénomènes présentés par le blessé à l'accident dont il a été victime. Il sera indispensable, en s'appuyant sur l'état du sujet, de porter un pronostic et de bien montrer la gravité ou la bénignité de l'affection. Il en est en effet de la maladie de Brodie comme de toutes les manifestations de l'hystéro-traumatisme. Ou bien elle peut céder à un traitement pour ainsi dire anodin, ou bien elle résiste à toutes les tentatives de la thérapeutique. C'est ici que l'état mental du blessé et les phénomènes psychiques qu'il présente prennent une importance considérable. A-t-on affaire à un individu dont le moral peu affaissé ne s'alarme pas outre mesure de sa situation et ne s'abandonne pas à de longs accès de désespoir en se lamentant toute la journée, dont l'état général reste bon ainsi que l'appétit, qui n'a pas de céphalée, d'insomnie ou de cauchemars, alors le pronostic sera plus favorable et dans ses conclusions l'expert pourra faire espérer la guérison dans un délai plus ou moins rapproché sous l'influence d'une cause souvent fortuite. C'est dans de pareils cas que le blessé ne doit à aucun prix être abandonné à lui-même; il faut le voir souvent, l'encourager, promettre son rétablissement prochain et profiter de la moindre amélioration pour lui montrer les progrès que fait chaque jour la guérison.

Au contraire la situation est des plus graves si les phénomènes d'ordre psychique et cérébral dominent chez le malade. Le désespoir laisse bientôt la place à l'hypocondrie, à la mélancolie même; et si peu que le sujet soit prédisposé héréditairement, aux affections vésaniques, son état mental s'altère profondément d'une façon souvent irrémédiable. L'anorexie, l'amaigrissement conduisent à la cachexie en même temps que tous les symptômes locaux, paralysies, contractures, troubles sensitifs, prennent une acuité extraordinaire. Chez de pareils malades l'incapacité de travail est absolue, ce sont des incurables et si, par hasard, il paraît se produire une légère amélioration à un moment donné, la rechute se reproduit fatalement. Toutes les ressources de la thérapeutique échouent dans ces cas malheureux. Le blessé devient invalide du travail; il est à charge à lui-même, à sa famille, car très souvent les ressources pécuniaires dont il dispose sont insuffisantes à assurer son nécessaire et celui des siens.

VII

Traitement. — Le traitement de la maladie de Brodie ne diffère guère de celui appliqué à toutes les manifestations de l'hystéro-traumatisme. Il faut avant tout qu'il soit précoce, car l'ancienneté de l'affection la rend tenace et rebelle aux efforts du médecin. Comme le moral du malade tient une large part dans la persistance des symptômes c'est d'abord de ce côté qu'il faut intervenir. De pareils sujets ne doivent pas être délaissés, il est indispensable de persuader au blessé qu'il n'est pas atteint d'une maladie grave, qu'il ne conservera aucune infirmité et qu'il pourra reprendre à bref délai ses occupations. Il faut lui promettre que ses intérêts ne sont point lésés et qu'il n'a aucune crainte à avoir sur son avenir.

Le médecin, après avoir conquis la confiance du client et pris sur lui l'autorité nécessaire, emploiera alors tous les moyens mis en œuvre dans la cure des accidents d'hystéro-traumatisme.

L'élément douleur qui est constant dans la maladie de Brodie attirera l'attention. Cette douleur est localisée à la peau de la région traumatisée ou dans son voisinage. C'est elle qui, la plupart du temps, force le malade à conserver l'immobilité et la position vicieuse contractée après l'accident. Il suffit souvent de supprimer la souffrance pour assister au retour des mouvements normaux du rachis. Les moyens ne manquent pas pour combattre la douleur. Les applications de pointes de feu, de vésicatoires volants, les badigeonnages de teinture d'iode, d'éther picriqué, figurent parmi ceux-ci et sont très souvent employés; les pulvérisations de chlorure d'éthyle ou d'une substance anesthésiante ne sont pas à dédaigner.

Parfois il faudra aller plus loin et devant le résultat négatif des pointes de feu et des vésicatoires *loco dolenti*, nous n'avons pas hésité à joindre à la pulvérisation de chlorure d'éthyle l'injection épidurale de deux centimètres cubes d'une solution de cocaïne à 1/100. L'effet obtenu fut merveilleux, le blessé, qui marchait plié en deux depuis onze mois, est parti vingt minutes après complètement redressé, n'éprouvant plus aucune douleur. On sait qu'injectée par cette voie la cocaïne se répand dans tout l'organisme et produit l'analgésie.

Le sommeil hypnotique, quand le blessé consent à s'y abandonner, et l'ordre de se redresser donné d'une voix impérative peuvent amener également la guérison, mais ce moyen est loin de réussir dans chaque cas, car tout le monde ne s'endort pas sous l'influence du regard ou même du miroir.

Au contraire le sommeil chloroformique, poussé jusqu'à la résolution complète, supprimera fatalement la contracture. Avant le réveil le malade est replacé dans son lit et dès qu'il reprend ses sens on termine la cure en lui démontrant qu'il est redressé, qu'il ne souffre plus et que la guérison est définitive.

Le décubitus ventral a été employé par Moty chez ses deux blessés, cette position très pénible à supporter est loin de calmer la douleur. Elle n'a amené qu'une seule guérison.

Enfin l'hydrothérapie sous forme de douches tièdes ou froides, les courants électriques continus, s'adresseront surtout à l'état général qu'il est quelquefois nécessaire de remonter.

Eloigné de son milieu habituel, distrait de l'influence d'un entourage souvent mal conseillé et dont les lamentations ou la pusillanimité ne peuvent qu'affaiblir le moral, le blessé se trouvera bien de l'isolement.

Voici, résumée, l'observation de notre malade :

C..., âgé de dix-neuf ans, monteur mécanicien, reçoit sur la région lombaire, le 21 février 1901, une pièce de bois volumineuse. Il tombe heureusement dans un trou, de sorte que le madrier ne l'écrase pas complètement. Il perd connaissance au moment de l'accident. Ramené à lui il se plaint de douleurs vives au niveau de la région lombaire; au bout de quelques jours il peut marcher, mais il est courbé en deux, il lui est impossible de se redresser ni de faire des mouvements latéraux. Il se fait dans la suite une hydarthrose traumatique du genou droit.

Le médecin chargé de le soigner applique à plusieurs reprises des pointes de feu, des vésicatoires qui restent sans effet. L'incapacité de travail est absolue autant du fait de l'hydarthrose du genou que de la déformation lombaire. Le temps s'écoule sans amélioration notable. C... reste impotent.

Une radiographie de la colonne lombaire permet de penser, d'après l'avis du radiographe, à une lésion du rachis

analogue à celle que l'on rencontre chez les mineurs à la suite des éboulements.

Je vois le malade le 24 janvier 1902. Il marche penché en avant, et se plaint de douleurs dans les reins dès qu'on le touche ou qu'il cherche à se redresser. On relève chez lui les signes suivants d'hystérie : plaque d'hyperesthésie cutanée de chaque côté du sacrum, abolition du réflexe pharyngien, rétrécissement du champ visuel.

Le genou droit est le siège d'un épanchement assez considérable.

Depuis onze mois, C... est au repos, il s'agit de savoir s'il est atteint d'une infirmité permanente qui diminuera son aptitude au travail et nécessitera de la compagnie d'assurances ou de son patron le service d'une rente viagère.

En considérant les signes de nervosisme relevés chez le blessé, l'absence de troubles de la marche, et me rappelant les deux cas de Moty que j'avais vus à la Société de médecine, je pensai à une manifestation de l'hystéro-traumatisme ayant amené la déformation du rachis.

Je proposai le traitement suivant :

Ponction de l'hydarthrose et pansement compressif qui resta appliqué pendant quinze jours.

Pulvérisations de chlorure d'éthyle sur les points rachidiens douloureux, injection épidurale de deux centimètres cubes d'une solution de cocaïne à 1 p. 100.

En ce qui concerne la cyphose ce traitement fut merveilleux. C... sortit de mon cabinet complètement guéri, vingt minutes après l'injection de cocaïne.

L'hydarthrose du genou céda en quinze jours et dans le courant de février 1902 l'ouvrier reprenait intégralement son travail après l'avoir cessé pendant onze mois.

TENSION ARTÉRIO-CAPILLAIRE

SES VARIATIONS SOUS L'INFLUENCE DES CURES HYDRO-MINÉRALES ET DE QUELQUES AUTRES MÉDICATIONS

Par le docteur P. Bouloumié.

L'état de la tension artérielle ou artério-capillaire au cours et sous l'influence des cures hydrominérales n'a guère été étudié systématiquement en France que depuis la publication de mon premier travail. Il l'a été cette année à Aulus et à Dax, par M. Gauchery et par M. Du Pasquier, internes détachés aux eaux minérales, et à Bourbon-Lancy, par le docteur Piatot. Il est pourtant d'un intéret réel de le bien connaître et d'en apprécier les modifications sous l'influence du traitement, tant pour faire donner à celui-ci tout ce qu'il peut donner que pour éviter les inconvénients et parfois les dangers d'une cure hydrominérale.

Depuis longtemps convaincu de l'importance des troubles circulatoires chez les arthritiques, qui constituent à peu près exclusivement ma clientèle, je me suis constamment préoccupé de l'état de la circulation chez tous mes malades et j'ai systématiquement, depuis plus de vingt-cinq ans, examiné chez chacun d'eux l'état du cœur et des vaisseaux.

J'ai successivement cherché à compléter l'examen fait par la percussion et l'auscultation cardio-aortique, par l'emploi du sphygmographe et des divers sphygmomanomètres.

Comme beaucoup de mes confrères, j'avais pensé que les tracés sphygmographiques pourraient me renseigner exactement sur l'état de la tension artérielle, mais j'ai dû reconnaître qu'il n'en est rien et je me suis depuis longtemps rangé à l'opinion de Marey, que je retrouve confirmée par Potain dans son récent ouvrage publié par Teissier : « Les tracés sphygmographiques, comme l'avait dit Marey, n'indiquent pas la valeur absolue de la pression et les renseignements très précieux qu'ils fournissent sont d'un autre ordre. »

Le sphygmographe m'a donné, en effet, des résultats intéressants, mais l'interprétation des tracés, souvent complexe, ne donne pas la mesure exacte de la tension et elle exige, plus encore que celle des résultats sphygmomanométriques, qu'on fasse la part de l'organe central de la circulation aussi bien que des organes périphériques, de l'état anatomique aussi bien que de l'état fonctionnel de l'artère, de la réplétion même du système circulatoire. Aussi ne peut-on appliquer spécialement le sphygmographe à l'étude complète de l'état circulatoire des goutteux, chez qui il importe surtout de saisir à son début le trouble fonctionnel qui, tôt ou tard, doit aboutir à la lésion anatomique contre laquelle, il faut le reconnaître, nous sommes sans grande action malgré les succès (encore bien récents), attribués aux sérums et à quelques autres moyens.

Les sphygmomanomètres des types Potain et Verdin, ne m'ayant pas donné non plus toute satisfaction à ce point de vue, leurs résultats étant toujours assez incertains et difficiles à obtenir avec précision ; ces appareils ne pouvant d'ailleurs me donner l'état de la circulation dans les dernières ramifications de l'arbre circulatoire là où l'élément musculaire prédominant, débute l'artério-spasme qui aboutit à l'hypertension habituelle et finalement à l'artério-sclérose, j'ai entrepris de nouvelles recherches avec le tonomètre de Gartner, qui me paraissait devoir donner, avec une exactitude suffisante, l'état de la tension artério-capillaire.

Ce sont les résultats de ces recherches que j'ai exposés dans un premier travail (1) ; j'y joins ici ceux des observations que j'ai pu faire sur des malades en traitement pendant et après la cure et quelques considérations sur ces résultats et ceux de la cure par le lait et par les sérums inorganiques.

Variations de pression au cours du traitement quotidien. — La partie principale, pour ainsi dire essentielle, du traitement suivi à Vittel consistant dans l'ingestion, le matin à jeun, d'un certain nombre de verres d'eau (3 à 7 et quelquefois 8), de 150 à 300 centimètres cubes, à intervalles réguliers et assez courts (15 minutes habituellement), j'ai tenu à m'assurer par des explorations nombreuses et répétées des effets immédiats de cette pratique sur l'appareil circulatoire et à saisir les indications qu'au point de vue de la direction de la cure, peut donner l'état de la tension artério-capillaire et artérielle. J'ai, dès lors, poursuivi pendant deux saisons successives des recherches qui m'ont toujours conduit aux mêmes résultats cliniques.

L'absorption de l'eau minérale, qui suit de si près son ingestion, que, par un examen attentif, on ne peut quelques minutes après constater sa présence ni dans l'estomac, ni dans l'intestin, entraîne, avant que les mictions nombreuses et abondantes, que provoque son action diurétique, se soient produites, une augmentation de tension artério-capillaire variant de 1 à 2 degrés généralement et parfois de 3 et même 4 degrés et une tension artérielle sensiblement correspondante en général.

La première miction a lieu habituellement après l'ingestion de la troisième dose d'eau, parfois seulement après l'ingestion de la quatrième ; dès lors, les mictions se répè-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1902, nº 65, p. 649.

tent fréquemment et l'urine devient progressivement plus abondante, plus claire et moins dense.

Parfois, cependant, les mictions ne se produisent qu'après l'ingestion de 5, 6 ou 7 doses d'eau ; chez certains sujets même, elles ne s'établissent qu'au moment du repas ou immédiatement après. Il y a dans ces cas évacuation retardante d'ordre pathologique, qu'on ne peut rapporter, comme le font Gilbert et Lereboullet, alors qu'ils l'observent chez des cirrhotiques, à un retard dans l'absorption aqueuse de l'intestin, retard dû à la pléthore portale, car, d'une part, je ne retrouve pas l'eau dans l'intestin par l'exploration la plus minutieuse et, d'autre part, ces éliminations urinaires retardantes, se manifestent en dehors de tout symptôme pouvant faire diagnostiquer un trouble de circulation portale.

Pendant toute la période qui sépare l'ingestion des premières doses d'eau des mictions abondantes, il y a élévation de la tension artério-capillaire, qui souvent s'accompagne d'un peu de céphalalgie et plus souvent de vertiges, mais aussitôt que les mictions s'établissent et mieux encore si, en même temps que ces mictions, il y a des évacuations alvines, laxatives ou purgatives, la tension s'abaisse et arrive au chiffre le plus bas observé chez le sujet (chiffre trouvé au réveil, après une nuit calme), parfois même un peu audessous, chez les hypertendus notamment. Les chiffres que j'ai relevés m'ont montré que généralement ces différences dans les tensions observées dans ces circonstances ont été d'autant plus accusées que la tension initiale était plus éloignée de la normale, alors surtout qu'elle était supérieure à celle-ci.

C'est ainsi que dans les cas de tension allant de 10°5 à 12 degrés, j'ai noté des différences de 1 degré à 1°50 et que dans les cas de tension supérieure à 12 degrés, j'ai trouvé des différences de 1 à 2 degrés généralement et parfois des différences allant jusqu'à 3, une fois jusqu'à 4 degrés. J'ai noté aussi que les tensions s'élevaient d'autant plus que les mictions étaient plus tardives après l'ingestion de l'eau minérale et que ces évacuations retardantes s'observaient dans un certain cas de tension élevée aussi bien que dans certains cas de tension basse. L'élévation de la tension chez les hypotendus ne pouvant être que favorable, je me suis peu préoccupé de celle qui se produisait chez eux, j'ai même cherché à activer la sécrétion urinaire en poussant à l'exagération de cette élévation en quelque sorte physiologique de la tension artério-capillaire, mais je me suis préoccupé de l'hypertension qui se manifestait chez les sujets en tension artério-capillaire déjà hypernormale. J'ai été conduit ainsi à modifier la formule usuelle du traitement et à mettre en usage des moyens accessoires ou adjuvants, absolument différents dans les deux catégories des cas, et je peux dire qu'ils m'ont été d'une réelle utilité. Je suis ainsi arrivé le plus généralement à obtenir assez rapidement une régularisation de la tension artério-capillaire et de l'élimination urinaire et, fait intéressant à signaler, ces résultats une fois produits se sont maintenus, malgré la cessation des moyens adjuvants, pendant le reste de la durée de la cure.

Causes et effets de l'élévation de la tension. — En cherchant à se rendre compte des causes de l'hypertension pour ainsi dire physiologique constatée chez tous les malades au cours du traitement matinal par ingestion d'eau et de l'hypertension que dans certains cas on peut dire pathologique, nous trouvons d'une part la température de l'eau, sa composition chimique et sa quantité, de l'autre l'état du sang et du système cardio-vasculaire du sujet.

L'eau ingérée en certaine quantité et rapidement, à une température de 11 degrés qui est franchement froide et en donne la sensation nette, peut, par cela même, provoquer une hypertension réflexe que je vois, chez certains sujets, se manifester brusquement dès l'ingestion par de la céphalalgie et du vertige.

Sa composition chimique, considérée au point de vue qualitatif ou quantitatif, ne saurait avoir d'effet circulatoire immédiatement après l'ingestion d'une dose, mais il en va tout autrement quand il en a été ingéré une certaine quantité. Il y a lieu dès lors d'envisager en même temps les effets pouvant résulter de la composition de l'eau et des quantités ingérées surtout dans les cas d'élimination retardante.

Quand il a été ingéré en une demie-heure à une heure 700 à 1500 grammes et jusqu'à 2000 grammes d'eau (7 verres de 300 grammes) en une heure et demie, doses élevées que les malades dépassent trop volontiers, surtout quand ils se passent de direction médicale, il faut bien admettre qu'il y a, à des degrés divers et pendant un temps assez court chez certains sujets, assez long chez d'autres, une augmentation appréciable de la masse sanguine qui peut produire de l'hypertension. Cette hypertension est sans doute d'autant plus marquée que l'adaptation vasculaire est moins rapide et moins parfaite en raison de l'état anatomique ou spasmodique des vaisseaux et que les échanges entre le sang et les plasmas sont moins actifs.

Dans les conditions pour ainsi dire physiologiques, conditions habituelles chez les sujets à tension voisine de la normale, cette hypertension est limitée, d'une part, par le fait de la faible minéralisation de l'eau et de la nature de ses constituants minéraux aussi bien que de sa faible densité par rapport à celle du sérum sanguin, d'autre part, par le fonctionnement normal des diverses parties de l'appareil cardio-vasculaire.

Par l'absorption de l'eau minérale, le sang devient, en effet, plus fluide et acquiert des propriétés qui facilitent sa circulation ; en même temps, les échanges entre le sang et les plasmas interstitiels qui contribuent si largement à régulariser la pression intra-vasculaire et à maintenir sa constance, sont activés.

De plus, l'appareil circulatoire étant sain et fonctionnant normalement, l'organisme est protégé contre ces variations excessives de tension par les divers moyens de défense que Wertheimer, F. Franck, Stephani nous ont montrés protégeant si efficacement l'organisme, grâce au balancement entre les circulations centrale et périphérique, aux circulations locales, aux divers réseaux vasculaires qui constituent de véritables réservoirs sanguins, toujours prêts à fournir et à recevoir.

L'hypertension constatée au cours du traitement matinal, se produisant dans ces conditions et restant dans ces limites, est utile en ce qu'elle active la nutrition, favorisant d'une part les échangees nutritifs, la résorption et l'élimination des déchets organiques, la circulation de la lymphe et la résorption des exsudats, et d'autre part les éliminations par les divers émonctoires, les reins en particulier. Elle est donc un élément thérapeutique de valeur, tout particulièrement dans les maladies traitées à Vittel.

Quand, au contraire, l'hypertension existe déjà et quand,

par l'ingestion d'une certaine quantité d'eau, elle s'exagère plus encore qu'elle ne le fait dans le cas de tension normale, il paraît certain que les divers moyens de défense normaux de l'organisme n'entrent pas suffisamment en jeu, par le fait d'un trouble fonctionnel ou d'une modification pathologique dans l'état des vaisseaux et que, dès lors, il y quelque danger à la provoquer, surtout si elle se maintient pendant un temps trop long. Il y a donc lieu, en pareil cas, de la modérer et de la rendre d'aussi courte durée que possible.

Telles sont les diverses constatations et considérations qui m'ont conduit à prescrire, dans les diverses circonstances où j'ai constaté des tensions anormales et dans celles où le traitement ne provoque pas ses effets immédiats habituels, c'est-à-dire une prompte et abondante diurèse, les divers moyens accessoires auxquels j'ai fait allusion.

Ceux auxquels j'ai été amené à donner la préférence, tant par la théorie que par la pratique, sont les suivants :

a. Chez les sujets en état d'hypotension : infusion de maté ou de coca, avec, au besoin, un peu de caféine et de benzoate de soude, un peu de strychnine aux repas, quelques massages généraux spécialement formulés et sauf contre-indications des douches froides. J'ai parfois, mais exceptionnellement, en raison d'incidents ou d'accidents, dû ajouter à ces moyens quelques injections hypodermiques de sérum artificiel ;

b. Chez les sujets en état d'hypertension : infusion chaude de reine des prés avec un peu de benzo-iodhydrine et parfois de théobromine, le matin au lever, adjonction d'un peu d'eau chaude à l'eau minérale prise à la source, massages abdominaux, bains tièdes-chauds et parfois laxatifs, lorsque l'action de l'eau laxative est insuffisante.

L'emploi de ces moyens n'est le plus souvent nécessaire que pendant les premiers jours de la cure et peut être abandonné dès que ses effets se sont fait sentir pendant un jour ou deux. La proportion des cas dans lesquels il m'a paru utile pour l'une ou l'autre des raisons ci-dessus n'est guère inférieure à 10 p. 100.

Abaissement de la tension consécutive à son élévation temporaire. — J'ai constaté et fait observer déjà antérieurement qu'à l'hypertension succédait un abaissement notable de la pression quand l'action diurétique de l'eau s'était largement manifestée. Ayant fait cette année les mêmes constatations, je crois pouvoir dire que l'élévation de la tension artério-capillaire précédant la diurèse et son abaissement succédant à celle-ci constituent la règle.

L'*action du lait* paraît être, à ce point de vue, semblable à celle de l'eau minérale. Chacun sait quelle est la valeur du lait comme diurétique, mais les variations que son ingestion en quantité relativement considérable en un court espace de temps, c'est-à-dire dans des conditions analogues à celles dans lesquelles nous administrons les eaux minérales, sont moins connues. Un travail de C. Colombo (in *Gaz. méd. de Turin*, 1899) fournit à ce sujet des renseignements particulièrement intéressants. D'après les expériences nombreuses qu'il a faites, avec le sphygmomanomètre de Mosso, le lait pris ainsi de quart d'heure en quart d'heure d'abord, puis de demi-heure en demi-heure par doses successives allant de 250 à 150 grammes, provoque une hypertension qui tombe rapidement dès que l'intestin et la vessie se sont vidés. La pression s'abaisse tout d'abord au-dessous de la normale et remonte ensuite à son chiffre physiologique.

Potain et d'autres auteurs ont bien noté l'abaissement de la tension par la diète lactée, mais n'ont pas parlé de l'action hypertensive immédiate de l'ingestion d'une quantité considérable de lait en un temps relativement court que Colombo rapproche du fait de l'élévation de tension par ingestion rapide de liquides abondants, spécialement signalée par Maximovitch et Rieder. L'effet diurétique de la plupart des tisanes n'a pas d'autre cause. On peut donc dire que toute action diurétique produite par des liquides ingérés en certaine quantité, même celle qui est produite par le lait, est précédée d'une exagération de la tension artérielle et artério-capillaire et suivie de son abaissement.

Il ne s'agit plus que de savoir ce que devient la tension par le fait de la continuation ou de la répétition de cette action.

Effets du traitement continué qui constitue la cure. — En ce qui concerne les eaux minérales, je manque de documents me permettant de mettre en parallèle les résultats obtenus ailleurs avec ceux que j'ai constatés à Vittel. Des auteurs que j'ai cités comme s'étant occupés de l'état circulatoire au cours du traitement hydrominéral, l'un, M. Piatot, n'a pas encore publié ses résultats, les autres n'ont fait mention que de l'action du traitement quotidien. M. Gauchery a constaté à Aulus, comme je l'avais déjà fait à Vittel, une hypertension passagère pendant la période d'ingestion de l'eau. La seule différence qui existe dans nos constatations, c'est que l'abaissement consécutif de la tension paraît être plus tardif à Aulus qu'à Vittel, puisqu'il ne l'a noté qu'une heure à deux heures après l'ingestion de la dernière dose d'eau. Cela tient sans doute à une action diurétique peu marquée et lente à se manifester. M. Du Pasquier, observant à Dax, a constaté que, par l'immersion durant dix à douze minutes dans le bain de boue, dont la température va de 38 à 42 degrés, il y a d'abord une vaso-dilatation périphérique qui abaisse la tension et accélère le pouls, puis au sortir du bain une vaso-constriction qui élève la tension et ralentit le pouls.

Rien, on le voit, n'est dit de l'action de la cure, je ne peux donc m'en rapporter qu'à mes seules observations. Quelques mots seulement sur la cure lactée et j'y reviens.

La cure lactée, qui, dans les cardiopathies et artériopathies, agit parfois si favorablement, sans doute par la diminution de tension qu'elle provoque et qui, par la diurèse qui précède celle-ci, débarrasse l'organisme des produits toxiques hypertenseurs, paraît exercer une action analogue à celle que j'ai constatée par l'usage des eaux minérales diurétiques, mais elle semble être moins complète et moins durable. Certains faits d'observation personnelle et certains autres cités par les auteurs justifient cette appréciation. Étant néanmoins un partisan convaincu de la diète lactée absolue et prolongée dans un grand nombre de cas et de la diète lactée intermittente dans certains autres, je conseille fréquemment l'une et l'autre, mais ayant observé assez souvent la fragilité des résultats brillants obtenus par le lait et connaissant l'action moins rapide, mais plus durable, des eaux minérales diurétiques légères sur la circulation, les échanges organiques, les sécrétions et les excrétions, je les conseille soit simultanément, soit plutôt successivement et dans ce cas, c'est généralement la cure lactée que je conseille de faire la première ; les résultats me paraissent ainsi plus rapides, plus favorables et plus durables.

En ce qui concerne la cure de Vittel, j'avais déjà noté l'an dernier que, sous son influence, la tension artério-capillaire s'était abaissée dans 50 p. 100 des cas environ, qu'elle s'était élevée et qu'elle était restée sans changement dans 25 p. 100 des cas environ. Les résultats obtenus cette année ont donné très sensiblement les mêmes proportions et j'ai noté, comme l'an dernier, que l'abaissement de tension s'est produit le plus souvent quand il y avait primitivement hypertension et que l'élévation du chiffre de la tension s'est manifestée surtout dans les cas de tension initiale faible, égale ou inférieure à 10 degrés.

On peut trouver l'interprétation de ces faits en considérant que les tensions élevées se sont rencontrées le plus fréquemment chez les goutteux florides, vigoureux, et des arthritiques à manifestations multiples et chez la femme particulièrement à l'âge de la ménopause. Or dans ces conditions, l'excès d'acide urique et de corps divers de la série xantho-urique est manifeste le plus souvent et peut être considéré comme une des causes principales de l'augmentation de tension. Il est donc naturel de trouver dans un moyen éliminateur de ces substances hypertensives un élément de diminution de tension.

Haig, en 1898, reproduisant ses assertions antérieures sur l'influence vaso-constrictive de l'acide urique, affirme que les hypotenseurs n'agissent qu'en débarrassant le sang de l'acide urique ou en entravant sa production, et ajoute que c'est l'acide urique déposé dans les capillaires qui constitue l'obstacle circulatoire, créateur de l'hypertension. Cette opinion, malgré ses exagérations, renferme évidemment une grande part de vérité, bien que Croftan, dans un important travail sur le rôle des bases alloxuriques dans la production des altérations cardio-vasculaires, montre par les expériences nombreuses que c'est à ces bases et principalement à la xanthine et à l'hypoxanthine qu'il faut attribuer l'augmentation de la tension artérielle, et non à l'acide urique, et qu'à cette hypertension succèdent des lésions de l'endartère d'abord et plus tard de l'endocarde.

Je mentionne ici d'autant plus volontiers ces conclusions qu'elles confirment mon opinion sur la dyscrasie goutteuse dans laquelle, à mon sens, on fait jouer à l'acide urique un rôle trop exclusif par rapport aux autres produits de la désassimilation des tissus et des substances azotées en général.

En ce qui concerne les élévations de tension obtenues dans les cas de tensions basses, chez des hépatiques principalement, c'est à l'élimination des substances hypotensives qu'il faut en partie l'attribuer ; mais il faut faire aussi une part à l'amélioration obtenue du côté de l'état général, car on peut dire avec Chéron, tant qu'il ne s'agit que de tensions exagérées, que « la tension artérielle est le critérium de la vitalité ». On a de nombreux exemples de la vérité de cet aphorisme quand on étudie l'état de la tension dans les diverses maladies et particulièrement dans les maladies infectieuses.

État de la tension artério-capillaire un an après la cure. — J'ai pu, en poursuivant mes recherches, ajouter à la notion des résultats immédiats de la cure hydro-minérale celle des résultats ultérieurs sur un certain nombre de malades vus en 1900 et revus en 1901 : 56 malades dont 40 hommes et 16 femmes ont été observés dans ces conditions.

Sur ces 56 cas, je trouve :

	Chez l'homme.	Chez la femme.
Tension sans changement.	10 cas	6 cas
Tension augmentée......	14 —	6 —
Tension diminuée........	16 —	4 —

En étudiant les divers cas, on voit ici encore que les tensions qui se sont abaissées étaient généralement des tensions élevées et que les tensions augmentées étaient généralement des tensions basses. Le nombre des observations recueillies chez les malades femmes étant encore trop restreint, je ne les envisage qu'à ce point de vue, mais en analysant les constatations faites chez les hommes qui sont représentés par des chiffres assez élevés, je vois que : sur les 14 tensions augmentées, 8 étaient en 1900 au-dessous de 10°50, 3 allaient de 10°50 à 12°50 et 3 allaient de 13 à 14 degrés (13 degrés, 13°10 et 14 degrés). Sur les 16 tensions diminuées, 10 étaient en 1900 au-dessus de 13 degrés (de 13°20 à 17 degrés), 4 allaient de 12 à 13 degrés et 2 étaient déjà basses (10 degrés et 9°50). Quant aux 10 cas de tension restés sans changement, ils se répartissent ainsi : 2 avec des tensions de 14 degrés et 14°50, 1 avec une tension de 13 degrés et 7 avec des tensions allant de 10°50 à 13 degrés.

Si on envisage ces résultats, eu égard à l'âge des sujets, on voit que, sur les 16 cas de tension diminuée, 11 se rapportent à des hommes ayant dépassé soixante ans et 2 à des hommes de cinquante à soixante ans.

Que sur les 14 cas de tension augmentée, 5 sujets seulement avaient dépassé soixante ans et 3 avaient de cinquante à soixante ans ;

Sur les 10 dont la tension n'avait pas varié d'une année à l'autre, 1 avait dépassé soixante ans, 3 avaient de cinquante à soixante ans et 6 avaient moins de cinquante ans.

De ces constatations, on peut conclure à une concordance assez marquée entre les résultats immédiats et les résultats ultérieurs de la cure. On peut dire dès lors avec Huchard, ce que je n'avais osé dire jusqu'à présent : que de même que l'usage habituel d'eaux minérales diurétiques est utile aux artério-scléreux, une cure par ces mêmes eaux peut être faite utilement, non seulement quand il y a hypotension, mais encore quand il y a artério-sclérose.

Je me hâte toutefois d'ajouter que je persiste à penser que, surtout dans les cas d'artério-sclérose avancée, avec ou sans lésion athéromateuse, elle n'est pas sans danger si elle n'est surveillée de près, pendant toute sa durée, et parfois secondée, au moins au début, par des moyens accessoires appropriés. Je dirai de plus qu'en pareil cas, pour obtenir des effets durables et surtout progressifs, le médecin habituel doit s'inspirer, dans ses prescriptions hygiéniques et thérapeutiques, des données fournies par le tonomètre et le sphygmomanomètre.

Sérums et artério-sclérose. — Peut-être y aura-t-il chez certains sujets utilité à employer, pour agir dans le même sens, les injections de sérum. La tendance à la régularisation de la circulation, qui paraît bien être, d'après mes observations, un des effets de la cure de Vittel, et sans doute aussi de la cure par les eaux similaires, établirait, si elle était absolument démontrée, entre l'action de celle-ci et celle de la cure par le sérum, une certaine analogie. Il en serait ainsi si les sérums, que nous voyons, employés à doses assez élevées, remonter la tension artérielle, l'abaissaient, comme on l'a dit, quand ils sont employés pendant longtemps et à petites doses dans certains cas d'hyperten-

sion, notamment chez les vieillards, où elle est souvent, il est vrai, plus apparente que réelle.

Je dis les sérums artificiels, plutôt que tel ou tel d'entre eux, parce que j'admets avec Chéron que l'injection hypodermique d'un liquide quelconque non toxique produit des effets circulatoires immédiats analogues et que la différence dans ces effets ne porte que sur leur intensité, sur la rapidité de leur apparition et sur leur durée; j'en ai souvent fait la remarque lorsque, au cours de coliques néphrétiques et surtout de coliques hépatiques prolongées, avec dépression circulatoire, j'ai utilement, au point de vue de l'adynamie et de la douleur, alterné avec les injections de morphine les injections de sérum ordinaire ou les injections d'eau distillée bouillie que Dieulafoy a préconisées contre les douleurs en général et celles du rhumatisme en particulier.

On peut toutefois se demander si la minéralisation des sérums inorganiques, quoique faible, ne joue pas un rôle dans leur action thérapeutique, quand on voit l'action manifeste d'eaux minérales, qui à l'analyse se montrent si peu minéralisées et minéralisées par des corps en apparence si indifférents qu'on les croirait *a priori* aussi inefficaces qu'inoffensives. On le peut d'autant mieux que ceux-là mêmes, Chéron en particulier, qui admettent l'analogie des effets immédiats des diverses injections hypodermiques, reconnaissent que des doses minimes et répétées de sérum artificiel complet agissent mieux que des injections plus considérables de simple solution de chlorure de sodium.

Il a donc lieu de poursuivre les recherches sur l'action des sérums inorganiques, employés à petites doses répétées, dans l'artério-sclérose et de voir si réellement, comme l'a dit Chéron et comme le dit Trunececk, employés ainsi pour limiter à leur minimum leurs effets hypertenseurs immédiats, ils peuvent, à leur action manifeste sur les phénomènes de la nutrition, joindre une action spéciale sur la nutrition du tissu artériel et s'ils provoquent là des phénomènes de résolution et de résorption analogues à ceux qu'on a signalés dans les exsudats et dans les engorgements lymphatiques. C'est une question qui, malgré tout ce qui a été dit et écrit depuis un an surtout, ne peut encore être résolue. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas oublier, ne serait-ce que pour l'honneur de la médecine française, que longtemps avant Trunececk (de Prague), Chéron (de Paris) écrivait en 1873 (in *Introduction à l'étude des lois de l'hypodermie*, p. 227) : « L'application fréquente que j'ai pu faire des transfusions hypodermiques de sérum artificiel chez des gens âgés m'a démontré que leur usage persévérant, pendant des semaines et des mois, peut modifier l'état des organes, à ce point que les artères devenues dures, comme d'habitude à un âge avancé, s'assouplissent et se laissent aplatir par la pression de l'index ; » et plus loin, parlant de la résistance périphérique opposée à l'impulsion cardiaque et due à la sclérose des artères, il ajoutait : « En pareil cas, les transfusions hypodermiques ne sont pas contre-indiquées. On peut les pratiquer sans aucun inconvénient et on en retirera de très sérieux avantages à la dose quotidienne de 2, 3 et 5 grammes chez les vieillards dont les artères ont largement subi l'influence de l'âge. »

Ces sérums ont-ils une action réelle sur l'artério-sclérose et sur la transformation athéromateuse des artères? Le sérum de Trunececk agit-il mieux que le sérum de Chéron? Je ne suis pas en mesure d'en décider mais il paraît y avoir là une méthode de traitement qu'il ne faut pas dédaigner *a priori*, sans que toutefois il faille lui accorder, d'enthousiasme, le prestige d'une méthode curative. Je tiens en effet de plusieurs de mes confrères que les uns n'en ont rien obtenu et que d'autres ont obtenu du sérum de Trunececk, mis en vogue depuis un an seulement en France, des résultats satisfaisants au point de vue de divers symptômes de l'artério-sclérose, mais non contre les phénomènes de l'hypertension. Il me paraîtrait plus logique d'essayer contre celle-ci ceux des sucs organiques que Livon a constamment vus dans ses expériences agir comme hypotenseurs (sucs de foie, de thymus, de pancréas, de poumon, de testicule, d'ovaire, d'amygdale), ou tout au moins d'en alterner l'usage avec celui du sérum artificiel qui mériterait la préférence.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la syphilis par les injections de cacodylate iodo-hydrargyrique.

MM. Civatte et Fraisse se sont livrés, dans le service de M. Brocq à l'hôpital Pascal-Broca, à une série de très intéressantes recherches sur l'association de l'arsenic au mercure dans le traitement de la syphilis.

On sait que cette association a été préconisée depuis longtemps : de nombreuses formules ont été proposées, les eaux minérales arsénicales ont aussi donné de bons résultats, et bien des cures pénibles, traînantes, ont été rapidement menées à bien, lorsque le malade est allé les terminer à la Bourboule.

Le mercure, mal supporté jusque-là, était dès lors bien toléré, même à des doses considérables, et cette poussée, rebelle à une mercurialisation parfois intense, disparaissait souvent avec une rapidité surprenante, dès qu'au mercure venait s'ajouter l'arsenic.

Ce dernier médicament intervient-il directement, a-t-il une action spécifique analogue à celle du mercure? ou n'agit-il que sur le terrain, en favorisant l'absorption du mercure ou, plus simplement, en tonifiant l'organisme, en exaltant ses moyens naturels de défense?

Cette hypothèse paraît très vraisemblable après les recherches de MM. Civatte et Fraisse.

C'est avec le cacodylate de mercure qu'ont été faites les recherches en question.

Cette préparation offrait plusieurs avantages :

1° Elle renferme l'arsenic sous sa forme la plus usitée aujourd'hui et peut-être la plus active : l'acide cacodylique; 2° elle contient à la fois les deux médicaments à associer; 3° le mercure de ce sel est engagé dans une molécule organique. Or, depuis ces dernières années, on tend de plus en plus à admettre que les matières minérales des tissus y sont à l'état de combinaisons organiques, et, comme corrollaire, on cherche à y introduire les médicaments sous une forme analogue. C'est, d'ailleurs, à cette tendance que répond l'emploi du cacodylate de soude lui-même.

Malheureusement, ce sel est un sel acide et toxique, ses injections devenaient donc douloureuses et très dangereuses. C'est alors que M. Fraisse eut l'idée de neutraliser ce sel par de la soude après mélange avec de l'iodure de sodium. Il obtint ainsi une solution parfaitement limpide, très stable, stérilisable à 120 degrés sans altération, ne se décomposant pas à la lumière, et contenant par centimètre cube : 4 milligrammes 7 de bi-iodure d'hydrargyre, 4 milligrammes 7 d'iodure de sodium, et 3 centigrammes environ de cacodylate de soude.

Les essais furent faits par la voie hypodermique à la dose de 1 centimètre cube. Toujours la dose a été parfaitement tolérée, aussi MM. Civatte et Fraisse pensent qu'on pourrait

sans inconvénient dépasser 2 centimètres cubes chez les hommes vigoureux.

Les injections furent faites sur 60 malades des deux sexes, représentant toutes les formes de la syphilis. Aussi grâce à ce vaste champ d'expériences, les auteurs ont-ils pu formuler les conclusions suivantes :

Le cacodylate de soude doit être associé au mercure dans le traitement de la syphilis :

1° Lorsque le malade est déprimé, neurasthénique, amaigri ; 2° lorsqu'une dermatose est associée à la syphilis ; 3° enfin, dans les cas rebelles, tenaces, les formes acnéiques, les syphilis malignes précoces, contre lesquelles les autres méthodes auraient échoué.

Le cacodylate iodo-hydrargyrique (mélange de biiodure d'hydrargyre, d'iodure de sodium et de cacodylate de soude) présente les avantages suivants :

1° Il est soluble et facilement absorbé par le tissu cellulaire ; 2° il cause moins de douleur que les autres préparations mercurielles ; 3° il simplifie le traitement en faisant absorber, en une fois, les deux médicaments ; ses seules contre-indications se rencontrent chez les sujets vigoureux, excitables peut-être, chez les tuberculeux ayant des tendances aux hémoptysies.

L. G.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Inauguration des nouveaux services de l'hôpital Cochin.* — Hier après-midi, deux nouveaux pavillons de médecine, les pavillons Claude-Bernard et Potain, ont été inaugurés à l'hôpital Cochin, par M. Mourier, directeur de l'Assistance publique.

Le pavillon Claude-Bernard seul est achevé ; il est réservé aux hommes. Il comprend quatre grandes salles percées de baies immenses et contient 64 lits, y compris ceux des nombreuses chambres d'isolement obtenues enfin par les médecins.

Les salles sont vastes, gaies, peintes au ripolin, chauffées à l'eau chaude et éclairées à l'électricité.

Notons en passant un certain nombre d'innovations dues à M. Mourier et qui se recommandent par leur ingéniosité et leur caractère pratique.

C'est d'abord un tabouret formant une sorte de petite table dont M. Mourier a rapporté le modèle d'Angleterre.

Cette table se place sur le lit et permet au malade de manger à l'aise et même d'écrire.

Ce sont ensuite les couteaux, tout en métal, et les cuillères et fourchettes en aluminium qui vont remplacer les anciens couverts d'étain et les couteaux à manche de bois ; puis une installation spéciale pour nettoyer les récipients, une autre pour faire évacuer instantanément le linge sale et, enfin, les fioles et cruches à toxiques sont d'une forme triangulaire et présentent des aspérités qui semblent rendre toute confusion quasiment impossible.

Le pavillon Potain affecté aux femmes est installé de même, seulement une seule salle est actuellement terminée.

Signalons enfin une innovation dont on doit savoir gré à M. Mourier : les deux pavillons qui renferment ensemble 100 lits n'ont coûté que 500 000 francs. C'est peu si l'on songe qu'à Boucicaut le lit est revenu à 25 000 francs.

Les nouveaux services sont attribués à M. le docteur Chauffard, M. le docteur Widal prend le service que quitte M. Chauffard, moins le baraquement n° 3, qui va disparaître.

Faculté de médecine de Paris. — Le conseil des professeurs a pourvu, hier, à la désignation du titulaire de la chaire de clinique des maladies syphilitiques et cutanées, laissée vacante par la retraite du professeur Alfred Fournier.

Les deux concurrents en présence étaient : MM. Hallopeau et Gaucher.

Au premier tour de scrutin, M. Gaucher a été élu par 17 voix contre 16 accordées à M. Hallopeau. Trois membres du conseil étaient absents, et le vote d'un quatrième, adressé par correspondance, n'a pas été admis.

La Société nationale d'encouragement au bien a décerné, à M. le docteur Vigel (de Mars-la-Tour), une médaille d'honneur pour « ses bons et nobles services pendant la guerre de 1870 », en récompense des soins qu'il a donnés pendant les terribles journées d'août 1870, aux blessés français et allemands entassés dans sa maison transformée en ambulance. Les Allemands lui avaient offert, en reconnaissance, la décoration de l'ordre de la Croix de fer, mais il la refusa.

Arrestation du caissier de la Faculté de médecine. — Muni d'un mandat de M. Boucard, juge d'instruction, M. Cochefert, chef de la sûreté, a procédé, 15, rue de l'Amiral-Roussin, à l'arrestation de M. Imauville, caissier de la Faculté de médecine. Le caissier se trouvait, à ce moment, en joyeuse compagnie et faisait ses malles pour partir en villégiature.

L'arrestation de M. Imauville a été opérée à la suite de plusieurs plaintes déposées par les professeurs de la Faculté.

Il y a quelque temps, l'un de ces professeurs était venu réclamer un arriéré de 2000 francs au caissier, qui lui déclara n'avoir pas cette somme en caisse. Informé du fait, M. Pupin, secrétaire de la Faculté, manda M. Imauville qui lui fit savoir qu'il avait employé à son usage personnel une somme de 17000 francs qui lui restait en caisse.

Une vérification de la comptabilité permit d'établir que le déficit était en réalité de 45 000 francs. M. Imauville pria, supplia, demanda du temps pour rembourser, faisant valoir qu'il n'avait plus que deux ans pour obtenir sa retraite. M. Pupin se laissa toucher et combla le déficit.

Or, le mois dernier, plusieurs professeurs ayant réclamé, en même temps, leur arriéré, le vide de la caisse fut de nouveau constaté ; cette fois, les détournements s'élevaient à plus de 80 000 francs. Les professeurs ne voulurent plus s'en remettre à M. Pupin et adressèrent une plante au parquet. M. Boucard, juge d'instruction, fut chargé de l'affaire.

Ce magistrat opéra des perquisitions au domicile de M. Imauville, 15, rue de l'Amiral-Roussin, et chez un ami du caissier, M. P..., notaire, avenue de la République ; certains papiers saisis permirent d'établir que M. Imauville se livrait à des spéculations dangereuses et à des prêts usuraires.

Dans ces conditions, l'arrestation du caissier fut décidée.

M. Imauville, qui a soixante-trois ans, a subi un interrogatoire sommaire. Malgré ses supplications, le juge d'instruction a maintenu son arrestation.

Quant à M. Pupin, rien n'a été relevé qui puisse entacher sa probité, mais le ministre a estimé que l'ancien secrétaire avait fait preuve d'une trop grande négligence et il a maintenu sa révocation. (*Journal des Débats.*)

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-sixième semaine, 868 décès, au lieu de 909 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 878.**

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de 1 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 7 ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est toujours stationnaire (30, au lieu de la moyenne 45).

La variole a causé 1 décès, comme pendant les trois semaines précédentes, au lieu de la moyenne 4 ; le nombre des cas nouveaux est encore en légère diminution (11, au lieu de la moyenne 26). A Londres, l'épidémie est toujours stationnaire ; on a constaté pendant la vingt-cinquième semaine 24 décès, au lieu de 29 pendant chacune des deux précédentes semaines.

La rougeole, toujours fréquente en cette saison, a causé 33 décès, au lieu de 32 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 26 ; la scarlatine (3 décès, au lieu de 2 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 4) ; la coqueluche (11 au lieu de 12 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 8) ; la diphtérie (11 décès, au lieu de 18 pendant la semaine précédente et de la moyenne 7) ; tendent à se rapprocher de la normale. Pour cette dernière affection le nombre des

cas nouveaux (126) est en augmentation légère sur celui de la semaine précédente (105, la moyenne est 68).

La diarrhée infantile a causé 22 décès de 0 à 1 an, au lieu de 40 et de la moyenne 37. Ce chiffre remarquablement faible eu égard à la température chaude que nous traversons, sera malheureusement dépassé de beaucoup avant peu. On ne saurait trop recommander aux familles de veiller avec plus de soin que jamais à la parfaite propreté du lait donné aux enfants, et à celle des vases dans lesquels ce lait leur est présenté.

En outre, 13 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 118 décès, au lieu de 106 pendant la semaine précédente et au lieu de 123, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (au lieu de la moyenne 9); bronchite chronique, 16 (au lieu de la moyenne 15); pneumonie, 22 (au lieu de la moyenne 31); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 74 (au lieu de la moyenne 68), dont 21 sont dus à la congestion pulmonaire et 42 à la broncho-pneumonie. En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 194 décès; la méningite tuberculeuse, 25; la méningite simple, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 59; les maladies organiques du cœur, 46; le cancer a fait périr 56 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 4 décès; la cirrhose du foie, 15; la néphrite, 24; enfin, 23 vieillards sont morts de débilité sénile.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursions à Fontainebleau.* — Des trains de plaisir auront lieu les dimanches 6, 13, 20 et 27 juillet 1902 entre Paris et Fontainebleau.

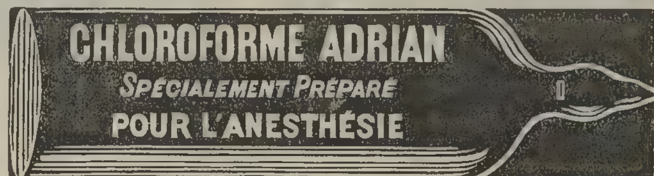
Prix des places, aller et retour : en deuxième classe, 4 fr. 45; en troisième classe, 2 fr. 90.

Départ à 7 h. 34 matin; arrivée à 8 h. 44 matin. Retour par tous les trains du dimanche dans les conditions prévues par les vayageurs ordinaires.

Nombre des places limité. Franchise de 30 kilogs de bagages par place.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17



N° 76. — MARDI 8 JUILLET 1902. 75e ANNÉE. MARDI 8 JUILLET 1902. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

FAITS DE CHIRURGIE D'URGENCE

GROSSESSES TUBAIRES : HÉMORRAGIES INTRA-PÉRITONÉALES

Par M. René TESSON, ancien interne des hôpitaux.

La grossesse tubaire est fréquente ; les diverses modalités sous lesquelles elles se présente, les divers accidents qu'elle entraîne sont bien connus — en particulier les accidents dramatiques des premiers mois de son évolution, ces hémorragies sans tendance à l'enkystement qui « inondent » la cavité péritonéale et sont fatalement mortelles, si le chirurgien, faisant œuvre véritable de sauvetage, n'intervient à temps. C'est d'un diagnostic et d'une décision opératoire rapides que dépend en pareil cas le sort immédiat de la malade. Les quatre observations qui vont suivre en font foi : bien que le sujet soit loin d'être nouveau, bien que la cause de l'intervention hâtive soit depuis longtemps gagnée, il a paru intéressant de les rapporter, après beaucoup d'autres, justement parce que ce sont là faits cliniques de pratique courante.

Ces quatre cas ont été observés à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de mon maître, M. Ricard, qui voulut bien me laisser le soin d'intervenir.

OBSERVATION I. — *Grossesse tubaire droite; rupture au commencement du deuxième mois*; *inondation péritonéale.* — Le 4 mars 1901, on apporte salle Gosselin une femme de trente-cinq ans, Louise M..., dont le facies révèle au premier coup d'œil un état d'anémie extrême : elle est absolument décolorée, elle a les lèvres et les conjonctives blanches, les yeux profondément excavés, le regard presque éteint. Son pouls est à peine perceptible ; c'est tout juste si l'on peut compter les battements, tant ils sont faibles et précipités (140 à 150). La malade répond néanmoins à un interrogatoire sommaire : les accidents ont débuté la veille; elle était en train de déjeuner, lorsqu'elle ressentit tout à coup une très vive douleur dans le bas-ventre du côté droit; elle eut en même temps la sensation qu'elle allait perdre connaissance. Elle se coucha immédiatement, mais les tendances syncopales n'en persistèrent pas moins avec un état nauséeux constant et même quelques vomissements. Elle nous apprend aussi que ses règles ne sont pas venues le mois dernier à l'époque où elle les attendait, c'est-à-dire vers le 15 février : elles sont donc en retard de près de trois semaines.

Ces renseignements rapprochés des signes généraux évidents d'hémorragie abondante, joints à la constatation d'une distension assez prononcée de l'abdomen avec matité dans les points déclives, sensibilité assez vive et demi-contracture généralisée, imposent le diagnostic d'hémorragie profuse intra-abdominale, très vraisemblablement sous la dépendance d'une grossesse extra-utérine.

L'urgence est formelle : la malade est transportée aussitôt à la salle d'opération. Pendant qu'on l'endort (éther), on commence une injection intra-veineuse de deux litres de sérum artificiel. Le péritoine n'est pas encore ouvert, que l'on distingue par transparence la présence du sang dans l'abdomen. Un flot s'écoule; on en accélère l'expulsion, ainsi que des caillots mous qui remplissent le bassin. Après un assèchement rapide, on constate que les annexes gauches sont saines; l'hémorragie provient manifestement de la trompe droite, rompue près du pavillon : les annexes droites sont enlevées. On achève la toilette de la cavité péritonéale; un drain est placé dans le Douglas, la paroi fermée en trois étages.

Le kyste fœtal s'est développé aux dépens de la portion ampullaire de la trompe, tout près du pavillon ; son volume, difficile à apprécier, puisqu'il est rompu, paraît être celui d'un œuf de poule. La rupture s'est faite sur la face libre antéro-supérieure, qui présente comme une perte de substance allongée, à bords déchiquetés et amincis. Dans l'ovaire, se voit un corps jaune dont l'aspect correspond à l'âge de la grossesse.

Les accidents menaçants, qui ont conduit la malade à l'hôpital le 4 mars, ont eu en réalité des prodromes : le 1er mars, vers midi, à l'heure de son repas, étant assise, elle avait été prise subitement d'une vive douleur dans le ventre qui dura quelques heures, puis se calma. Le lendemain, elle ne ressentit rien d'anormal, et travailla comme de coutume; elle constata que sa chemise était tâchée de sang, et crut au retour de ses règles. C'est après un répit de deux jours qu'éclatèrent les phénomènes morbides qui nécessitèrent la laparotomie.

Les suites opératoires furent excellentes : dès le lendemain de l'intervention, la malade avait « une figure de résurrection ». Les injections sous-cutanées de sérum furent continuées pendant quelques jours, le drain laissé en place jusqu'à ce qu'il fût sec, et retiré le quatrième jour. Dès lors, la convalescence marcha absolument régulièrement et la malade quitta l'hôpital le 27 mars en excellent état. Il nous a été impossible d'avoir ultérieurement de ses nouvelles.

Obs. II. — *Grossesse tubaire droite ; avortement abdominal sans rupture, au premier mois ; inondation péritonéale.* — Un mois après, le lundi 1[er] avril 1901, une jeune femme de vingt-sept ans, Eglantine F..., corsetière, était reçue salle Gosselin dans des conditions à peu près identiques : c'est presque le même facies hémorragique, un peu moins accentué pourtant, et avec moins d'angoisse. La malade, en pleine possession d'elle-même, nous raconte, d'une façon très précise, qu'elle est souffrante depuis le mardi de la semaine précédente, c'est-à-dire depuis six jours : ce jour-là, elle ressentit brusquement une vive douleur dans le bas-ventre, mais put néanmoins continuer son travail. Comme ses règles étaient en retard de quelques (?) jours, un pharmacien, consulté le lendemain, lui fit prendre des pilules d'apiol : elle eut dans la journée quelques vomissements, un peu de diarrhée, et constata une petite perte vaginale rouge de peu d'abondance. Les jours suivants, jeudi et vendredi, bien que se sentant faible; elle reste levée et fait son ouvrage; elle continue à perdre un peu. Le dimanche, sont état s'aggrave ; elle doit rester couchée, car, sitôt levée, elle a une sensation de défaillance, elle pâlit et risque de perdre connaissance.

Ajoutons que, mariée depuis peu, elle n'a jamais eu d'enfant, ni de fausse couche, qu'elle fut toujours réglée normalement sans pertes blanches.

Ces anamnestiques, le facies, le pouls à 130, le ventre modérément distendu et un peu douloureux nous font porter le diagnostic d'hémorragie intra-abdominale, par grossesse extra-utérine, et nous pratiquons la laparotomie une heure après.

Le ventre est plein de sang liquide à reflets rouges, mêlé de caillots mous. Après une rapide évacuation, la malade est mise en position inclinée, et l'on découvre aussitôt la source de l'hémorragie : du pavillon de la trompe droite, un filet de sang rouge s'écoule. La trompe est distendue; si on l'exprime par une pression douce, le sang s'échappe par le pavillon, puis elle se remplit à nouveau : c'est donc bien dans cette trompe que « cela saigne ». On l'enlève, en laissant l'ovaire sain en place. Du côté opposé, la trompe est transformée en un kyste séreux à parois minces, gros comme une mandarine : on en fait aussi l'ablation : l'ovaire correspondant, d'aspect normal, est respecté. L'utérus, à peu près gros comme le poing, congestionné, est basculé dans le Douglas.

Après assèchement aussi parfait que possible de la cavité abdominale, un drain est placé dans le cul-de-sac recto-utérin, et la paroi est suturée en un seul plan au fil métallique, suivant la pratique de M. Ricard. — Pendant l'opération, deux litres de sérum intra-veineux.

L'examen des pièces montre que la trompe n'est pas déchirée : l'hémorragie prenait naissance dans sa cavité, au niveau du placenta en partie décollé, et se faisait jour par l'orifice abdominal. La grossesse tubaire s'est donc ici terminée non plus par rupture de la trompe gravide, mais par avortement abdominal. — Du côté opposé, hydrosalpinx, de date déjà ancienne.

La convalescence fut rapide; le drain fut retiré le 5, les fils le 11, et la malade sortit le 24. Nous avons pu la suivre : elle revint en effet à l'hôpital un mois après par « reconnaissance ». Elle se porte à merveille; ses règles sont réapparues la semaine précédente, absolument comme avant l'opération; depuis lors elles se sont faites avec une régularité parfaite. — En avril 1902, cet excellent état ne s'est pas démenti : la malade n'a jamais présenté le moindre trouble. Au toucher, son utérus est normal, en bonne position. A la partie inférieure de la cicatrice, au niveau du drain, existe un petit point faible qui admet la pulpe du petit doigt : cette très légère éventration est réparée facilement.

Cette observation présente un intérêt particulier : la conservation de l'utérus et des ovaires après ablation des deux trompes, a laissé à la malade des fonctions génitales normales, à l'exception bien entendu de la possibilité d'une conception nouvelle — ce qu'elle ignore du reste. Les conditions étaient ici toutes différentes de ce qu'elles sont d'ordinaire lorsqu'on intervient pour annexite; il n'y avait aucune infection ovarienne ou utérine apparente, et la conservation s'imposait. Il était intéressant de constater, un an plus tard, que les suites avaient absolument justifié cette conduite.

Dans les deux observations précédentes, l'hémorragie n'a présenté aucune tendance à l'hémostase spontanée, et la laparotomie a dû être faite d'emblée, dans les jours qui ont immédiatement suivi le début des accidents (le troisième jour Obs. I, le sixième Obs. II). Les choses se sont passées autrement dans les deux autres observations qu'on va lire.

Obs. III. — *Grossesse tubaire droite, rupture, évolution des accidents à un mois d'intervalle en deux actes, coïncidant avec la date des périodes menstruelles absentes. Hématosalpynx, épanchement abdominal moyen.* — Albertine D..., femme de chambre, âgée de vingt-huit ans, a eu deux grossesses normales, l'une il y a dix ans, l'autre il y a sept ans. La dernière période menstruelle dura du 19 au 23 mars 1901, en avril, à la date où devaient venir les règles, le 14, elle fut prise brusquement « d'un violent mal de reins », d'une intensité telle qu'elle dut garder le lit, se sentant incapable de marcher et de rester debout. Cet état dura quelques jours, puis elle reprit son travail. Cependant les règles ne vinrent pas et plus de trois semaines s'écoulèrent. Brusquement, le 8 mai, vers six heures du soir, en marchant, Albertine D... éprouva une douleur très vive dans le bas-ventre du côté droit; la nuit fut mauvaise, elle ne dormit pas, continua à souffrir, et eut quelques vomissements. A la douleur et à l'état nauséeux, qui persistèrent le lendemain et le surlendemain, s'ajouta une sensation de fatigue extrême, accompagnée d'une pâleur très marquée, qui inquiéta son entourage et la décida à entrer à l'hôpital : elle fut reçue salle Gosselin. Elle put monter elle-même dans la salle, où elle arriva juste à temps pour avoir une demi-syncope.

Nous l'examinons le lendemain matin. Son facies indiquait une anémie beaucoup moins considérable que celle des deux précédentes malades, son pouls battait à 110, le ventre était douloureux, très modérément distendu ; au toucher l'utérus se montrait mobile, les culs-de-sac libres. On fit le diagnostic de grossesse extra-utérine, et d'hémorragie abdominale de moyenne abondance, probablement arrêtée. Néanmoins il ne parut pas prudent de compter sur une hémostase incertaine, en tous cas précaire, et d'abandonner la malade aux risques d'un nouvel ictus hémorragique. La laparotomie ne fut pas différée davantage.

L'abdomen renfermait au moins un litre de sang liquide noir, le petit bassin était rempli de caillots noirâtres. Les annexes droites trgnsformées en un kyste hématique brunâtre, gros comme le poing furent extirpées. L'utérus, refoulé en avant, était hérissé de fausses membranes fibrineuses. On fit la toilette du péritoine, un drain fut glissé dans le Douglas, la paroi suturée en un plan.

Au centre du kyste tubaire, fissuré en haut et plein de caillots déjà anciens, on constata une trace à peine distincte d'embryon; dans l'ovaire correspondant deux corps jaunes qui paraissaient contemporains.

L'état général, grâce aux injections sous-cutanées de sérum continuées pendant trois jours, se releva très vite; le drain fut supprimé le quatrième jour, et la malade quitta le service vingt-deux jours après l'intervention.

Les règles reparurent le 2 juin, et, depuis, se sont toujours faites comme auparavant.

Nous l'avons revue en avril 1902 : elle se porte à merveille, sa cicatrice est parfaite.

Il paraît manifeste que, dans cette troisièmu observation, la grossesse fut interrompue à la fin du premier mois par une apoplexie ovulaire qui entraîna la formation d'un hématosalpynx ; à la fin du deuxième mois, une nouvelle poussée hémorragique survint, qui détermina la rupture du sac, et une hémorragie intra-péritonéale sans tendance à l'enkystement. La coïncidence de ces deux phases avec la date de la période menstruelle absente doit être remarquée. — Dans l'observation ci-dessous, un troisième stade caractérisa l'évolution morbide.

Obs. IV. — *Grossesse tubaire droite. Rupture; évolution en trois actes : hématosalpynx, hématocèle rétro-utérine, inondation péritonéale.* — Marie M..., vingt-huit ans, domestique; réglée à quinze ans, toujours normalement et sans douleurs; depuis un an, pertes blanches, un enfant il y a trois ans.

La malade ne se souvient pas de la date de ses dernières règles en avril, mais elle sait qu'elle ne vit rien en mai. Vers le 15 mai, elle fut prise de douleurs abdominales aiguës avec vomissements, elle ne fut pas obligée cependant de garder le lit mais continua à souffrir, et peu à peu s'affaiblit, maigrit. Elle perd un peu en rouge, depuis une huitaine de jours.

Elle vient à pied à l'hôpital le 3 juin : nous constatons, par le toucher, que l'utérus est refoulé en avant par une masse de consistance molle qui remplit le Douglas, sans remonter au-dessus du pubis; nous portons le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine.

Le lendemain, M. Ricard confirme ce diagnostic, et décide de laisser la malade au repos complet, en observation. Tout à coup, pendant la visite, nous sommes rappelés près d'elle : l'infirmière a été frappée de sa pâleur soudaine, en effet elle se décolore à vue d'œil, son pouls devient filant, imperceptible. La situation était menaçante : nous assistions évidemment à une hémorragie abondante. Il n'y avait pas un instant à perdre; la malade est transportée à la salle d'opération, et M. Ricard me charge de l'opérer.

Laparotomie : le ventre est rempli de sang liquide rougeâtre, qui provient de la trompe droite, transformée en une masse noirâtre de la grosseur d'une pomme : j'en fais l'ablation.

Le Douglas est comblé par des caillots anciens et des adhérences déjà solide qui unissent l'intestin et l'épiploon à l'utérus. Ces adhérences sont libérées, les annexes gauches qu'elles englobaient sont mises à l'aise. Après nettoyage du bassin et de l'abdomen, on place un drain derrière l'utérus, et on ferme la paroi en un plan. Pendant l'opération injection intra-veineuse de deux litres de sérum.

Le kyste fœtal est formé aux dépens du tiers externe de la trompe, il est rompu sur sa face antérieure. La place de l'embryon n'est indiquée que par un pédicule très grêle.

Convalescence rapide et régulière.

La malade écrit le 8 avril 1902 que, depuis sa sortie, elle s'est toujours très bien portée; « les règles sont venues cinq mois après l'opération ; quant à ma cicatrice, ce n'est plus qu'une simple raie. »

Cette dernière observation montre combien est fragile l'hémostase spontanée : il a suffi ici d'un examen, pratiqué avec douceur, pour que cette hémorragie, qui s'était d'abord enkystée dans la trompe, puis dans le petit bassin, rompant ses digues, envahit la grande cavité abdominale.

On doit se souvenir, en pareil cas, qu'on peut avoir, d'un instant à l'autre, la main forcée par l'inondation péritonéale massive. Il vaut incontestablement mieux, quand on le peut, par une opération précoce, dès que le diagnostic de grossesse ectopique est posé, prévenir ce redoutable accident; les observations précédentes témoignent néanmoins que, fort heureusement, dans ces conditions même, les malades peuvent encore être sauvées, pourvu que, sans tarder davantage, on intervienne comme il convient.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

5 juillet 1902

MM. Méry et Babonneix présentent une petite malade atteinte de **déformation des membres** (allongement et amincissement des os et des membres) déjà présentée à la Société en 1895 par M. Marfan. Depuis cette époque les déformations ont persisté avec apparition d'une cypho-scoliose très marquée, et récemment de gonflement de l'extrémité supérieure du cubitus gauche, droit et de l'humérus gauche. Des radiographies ont été faites qui montrent d'une façon encore plus nette les caractères cliniques, allongement et amincissement des os, en outre il semble que les cartilages de conjugaison soient plus apparents qu'à l'état normal. Cette affection semble être tout l'opposé de l'achondroplasie; peut-être pourrait-on proposer le nom d'hyperchondroplasie au point de vue étiologique. MM. Méry et Babonneix rappellent que M. Ed. Jourmieu dans sa thèse a signalé des faits un peu analogues dans la syphilis héréditaire. Le traitement spécifique n'a donné aucun résultat net, mais il s'agit peut être d'une influence dystrophique para-syphilitique.

MM. Ch. Gandy et F.-X. Gouraud présentent un malade atteint de **mélanodermie biliaire à type addisonien, avec splénomégalie.** Ce malade présente une mélanodermie généralisée qui rappelle tout à fait celle de la maladie d'Addison. Une asthénie marquée, des vomissements, des douleurs abdominales, des signes d'induration des deux sommets paraissaient compléter le type clinique.

Mais il est porteur d'une splénomégalie considérable, datant de trois ans, accompagnée de crises douloureuses très intenses. Il a eu à plusieurs reprises des poussées d'ictère avec tuméfaction du foie, dont la première remonte à six ans. Enfin le sérum et les urines présentent les réactions des pigments biliaires. Il s'agit donc bien d'un exemple intéressant de mélanodermie d'origine biliaire.

MM. Widal et Lemière étudient la **cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours des poussées congestives de paralysie générale.** Il était intéressant d'étudier la formule cytologique au cours des poussées congestives avec ictus apoplectiforme chez les paralytiques généraux. Au moment de l'ictus chez deux malades, la polynucléose remplaçait la lymphocytose. Le premier malade était un ancien saturnin, ayant depuis trois ans des troubles psychiques. Il fut pris d'un ictus avec Cheyne-Stokes et hémiplégie gauche, au cours duquel on nota cette polynucléose, alors que quelques jours avant il n'y avait que des lymphocytes. A l'autopsie, il y avait des lésions de paralysie générale, une hémorragie capsulaire droite avec inondation ventriculaire et une congestion vasculaire intense.

Le second malade pris d'un ictus avec hémiplégie droite montrait aussi une polynucléose au lieu de la lymphocytose antérieure. Treize jours plus tard, le malade revenu à son état antérieur était redevenu lymphocytique.

Même chose peut se voir au cours de la méningo-myélite syphilitique. Les polynucléaires traduisent une congestion

vasculaire, tandis que les lymphocytes indiquent une irritation méningée.

M. Danlos présente un malade atteint d'**infantilisme du type Lorain**. Il s'agit d'un jeune malade de dix-huit ans et trois mois, pesant 30 kilos, et mesurant 1m27; ce jeune homme paraît n'avoir que dix à douze ans. Il est atteint d'hypospade, d'ectopie testiculaire, d'hypertrophie du cœur avec néphrite. Ces dernières lésions peuvent tenir à l'aplasie artérielle, mais plutôt semblent dues à une intoxication professionnelle par le sulfure de carbone. L'examen radioscopique a montré des épiphyses non soudées; il y a à se demander si on pourrait, malgré les lésions cardio-rénales, instituer le traitement thyroïdien.

M. Jules Renault insiste sur les avantages du **traitement de la syphilis par les injections veineuses de cyanure de mercure**. Ces injections, faites dans une veine du pli du coude avec une solution au centième, à la dose de 1 centimètre cube par jour ou tous les deux jours, sont indolores et ne produisent pas de nodosités. Elles sont surtout utiles dans les syphilis graves nerveuses. Quatorze malades ainsi traités, et tous atteints de syphilis graves, guérirent rapidement. L'action est prompte sur la céphalée, secondaire ou tertiaire; la douleur disparaît après la première ou la seconde injection. Les crises d'épilepsie jacksonienne cessèrent après la première.

M. Alex. Renault n'est pas convaincu des avantages de cette méthode et de sa supériorité sur le traitement par les frictions et l'iodure.

M. Dufour fait observer qu'il a vu un cas de douleurs fulgurantes réveillées chez un tabétique ainsi traité.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(2 juillet 1902)

M. Mignon a présenté plusieurs jeunes militaires qui étaient atteints d'**ectopie testiculaire** et chez lesquels il a fixé les testicules au fond des bourses. Pour obtenir ce résultat, M. Mignon s'est trouvé obligé, dans plusieurs de ces cas, de couper bien des tissus, y compris des vaisseaux. Mais il s'est appliqué à respecter toujours le canal déférent et l'artère déférentielle.

Cette communication de M. Mignon, dont nous ne donnons ici qu'un bien court résumé, mais sur laquelle nous reviendrons, a été le point de départ d'une discussion assez intéressante et qui, d'ailleurs, se poursuivra dans la prochaine séance.

M. Bazy rapproche des faits présentés par M. Mignon le fait suivant : un jeune homme de seize ans lui est présenté, il y a quatre ans, avec un testicule arrêté à l'anneau. M. Bazy le lui fixe au fond de la bourse correspondante. Ce jeune homme présente par la suite des crises de catalepsie ayant pour point de départ une aura partant du testicule opposé. M. Joffroy, consulté, conseille une intervention chirurgicale sur ce testicule. M. Bazy ouvrit le canal inguinal de ce côté, détacha des tractus fibreux et abaissa cet autre testicule dans ce qui lui restait de scrotum de ce côté. Il résulte des renseignements que ce jeune homme a fournis à M. Bazy qu'il jouit d'une certaine puissance.

M. Sebileau soulève quelques objections d'ordre anatomique et physiologique qui ne laissent pas que d'être assez impressionnantes : M. Mignon a dit que si l'on coupe tous les vaisseaux, sauf le canal déférent et l'artère déférentielle, le testicule abaissé au fond des bourses pouvait être suffisamment nourri et ne pas s'atrophier. Or l'artère déférentielle ne se rend pas au testicule. Celui-ci ne saurait donc être nourri si on a coupé tous les autres vaisseaux, et il est voué fatalement à l'atrophie. Il faut savoir que celle-ci est assez longue à se produire. Ainsi chez les animaux bistournés, le testicule ne s'atrophie pas du jour au lendemain. Les malades de M. Mignon présentent des testicules en pleine voie d'atrophie. Il y a longtemps que M. Chauveau a démontré qu'un animal auquel on coupe l'artère spermatique est voué à l'atrophie testiculaire.

M. Broca trouve M. Sebileau un peu sévère pour les résultats obtenus par M. Mignon. Parmi ses malades, il en est un dont le testicule paraît vraiment bon. En fait d'orchidopexie, on coupe tout ce qui tient, même des vaisseaux. Le but à atteindre est qu'il y ait des testicules dans les bourses et non ailleurs. Il y a beaucoup de gens qui aiment bien à se sentir deux testicules, à pouvoir les toucher. Mais bien souvent ce testicule abaissé ne vaut pas le testicule resté à l'anneau. Quoi qu'il en soit, l'intérêt de la communication de M. Mignon est qu'il a fait de parti pris ce que nous faisons par nécessité, mais on ne saurait donner ce procédé comme étant applicable systématiquement.

M. Kirmisson se joint à MM. Sébileau et Broca pour combattre la proposition faite par M. Mignon. Que M. Mignon ait pu arriver à faire descendre des testicules ectopiés en coupant tous les vaisseaux, cela est possible. Mais il ne faut pas faire trop bon marché de ces testicules ectopiés. Il faut faire tous ses efforts, quand on les mobilise, pour conserver tous les vaisseaux et surtout l'artère spermatique. Il serait donc dangereux d'ériger en méthode générale le procédé appliqué, dans ces cas, par M. Mignon et le premier devoir du chirurgien est de faire tous ses efforts pour conserver tous les éléments constitutifs du testicule.

M. Routier en abaissant, un jour, un testicule au fond des bourses, chez un jeune homme de quinze ans, coupa, sans le vouloir, l'artère spermatique. Il eut une nécrose de ce testicule. Il jura bien qu'à l'avenir il s'appliquerait à ne jamais couper l'artère spermatique. Dans un autre cas, M. Routier ne put arriver à abaisser un testicule ectopié. Il le refoula dans le ventre, ferma sa plaie et ce jeune homme est devenu parfaitement puissant, mais sans avoir de spermatozoïdes.

Encore de jolis succès à l'actif de **l'appareil de M. Contremoulin** pour la détermination exacte des balles, non plus seulement dans le cerveau, mais dans un point quelconque de l'économie. M. Routier présente un homme qui reçut, en 1894, une balle dans la fesse gauche; il y eut une série d'abcès et de fistules. Mais jamais on ne pouvait sentir la balle. La radiographie montre que cette balle se trouvait en avant du petit trochanter du côté droit. Elle avait donc franchi le périnée et passé du côté gauche dans le côté droit. Grâce à l'appareil de M. Contremoulin, M. Routier a pu extraire cette balle avec la plus grande facilité.

M. Tuffier, grâce au même appareil, a pu enlever une balle située derrière le cartilage costal de la septième côte. Il y avait eu trois tentatives d'extraction infructueuses. Cinq mois après, grâce à M. Contremoulin, M. Tuffier put enlever cette balle avec la plus grande sécurité, bien qu'elle fût près du cœur.

Même succès de l'appareil de M. Contremoulin pour l'ex-

traction d'une balle occupant la base de l'aisselle, au-dessous de la cavité glénoïde, enregistré par M. Demoulin.

M. Demoulin présente un homme qui est tombé du haut des fortifications, d'où vaste **plaie de la jambe** ayant nécessité l'ablation de l'astragale et malheureusement aussi de la malléole externe. Il restait un pied ballant. M. Demoulin a refait une malléole externe à cet homme à l'aide d'une plaque osseuse empruntée au tibia. Résultat fonctionnel parfait.

M. Delorme montre un artilleur auquel il a excisé 12 centimètres de la muqueuse rectale pour corriger un **prolapsus total du rectum**. Résultat très remarquable.

M. Moty, au nom de M. le médecin-major de première classe Leprêtre et au sien, présente un fragment de plomb de 1g8 provenant d'une **balle Lebel** qui a fracturé la boucle d'une bretelle avant de pénétrer dans la poitrine d'un suicidé. Le projectile a ensuite fracturé la septième côte, contusionné le péricarde et produit une petite déchirure de la pointe du cœur, puis il s'est divisé, et le fragment présenté a traversé de gauche à droite le corps de la dixième vertèbre, tandis que la masse principale s'engageait dans le rachis, sectionnait la moelle et s'échappait en deux fragments, dont l'un fracturait la dixième apophyse épineuse et l'autre le col de la dixième côte gauche; les deux orifices de sortie cutanés étaient linéaires.

M. Sébileau présente un malade qui était atteint d'un **épithéliome de l'épiglotte** et auquel il a pratiqué une pharyngotomie sous-hyoïdienne.

M. Marion a pratiqué une gastrostomie chez un homme atteint d'une **vaste ulcération tuberculeuse du voile du palais** qu'aucun traitement, aucune cautérisation ne parvenaient à modifier. La suppression du passage des aliments, grâce à la gastrostomie, a permis la guérison complète de cette ulcération en deux mois. Le remède paraît, au premier abord, un peu fort pour le mal. Toutefois, le succès obtenu justifie l'importance relative de l'intervention.

M. Souligoux nous présente une blonde jeune fille qui a reçu un **coup de revolver** au niveau de l'appendice xiphoïde. M. Souligoux fit la laparotomie quelques heures après l'accident; il a trouvé cinq perforations intestinales qu'il a suturées. Cette jeune fille est parfaitement guérie.

MÉDECINE PRATIQUE

La santonine contre les douleurs fulgurantes du tabes et contre les névralgies.

En 1901, M. Negro (1) faisait connaître devant l'Académie de médecine de Turin que l'alcaloïde du semen contra, la santonine, était un médicament précieux pour obtenir la sédation des douleurs fulgurantes chez les tabétiques.

Par analogie avec ce qui s'est passé pour le bleu de méthylène, dont les propriétés électives colorantes pour le cylindraxe avaient suggéré à Ehrlich l'idée de l'employer contre les névralgies, on sait avec quel succès, M. Negro, considérant la xanthopsie transitoire due à la santonine et pensant qu'une modification sensitive analogue portait peut être sur les nerfs de la sensibilité générale, avait, par occasion d'abord, systématiquement ensuite, administre la santonine aux tabétiques en proie à des douleurs fulgurantes; et il arrivait aux conclusions encourageantes que voici : sur 11 cas de tabes, huit fois les douleurs fulgurantes furent nettement enrayées; et deux des trois autres tabétiques retirèrent un bénéfice notable, mais non durable; un seul se montra réfractaire.

MM. Combemale et de Chabert (de Lille) ont eu recours à la santonine pour quelques tabétiques. Devant les résultats satisfaisants obtenus, ils furent amenés à généraliser la médication à quelques cas de névralgie sciatique et intercostale.

Ils viennent de publier (1) seize observations d'où il résulte que la santonine est sans valeur analgésique dans les névralgies vulgaires.

En revanche, la santonine à la dose unique de 15 centigrammes par jour est un moyen, efficace dans la moitié au moins des cas, pour calmer rapidement les douleurs fulgurantes des tabétiques et enrayer l'évolution d'une série d'accès. L'atténuation de ces douleurs s'obtient aussi avec les doses moindres, de 5 à 10 centigrammes par jour; mais elles doivent être répétées plusieurs jours, et alors des crises gastriques peuvent en être la conséquence, si l'on prétend combattre la série des accès. La xanthopsie est le signal du début de l'intoxication; il faut s'enquérir de ce symptôme pour suspendre l'emploi de la santonine. Peut-être la santonine a-t-elle une action préventive sur les douleurs fulgurantes.

(1) Negro. *Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, fév. 1901, p. 52, et *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 43, p. 419.

(1) *Écho méd. du Nord*, 29 juin 1902.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les difformités acquises de l'appareil locomoteur, pendant l'enfance et l'adolescence (2), par le docteur E. Kirmisson.

Ce livre est le complément du *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, que le professeur Kirmisson présentait au public médical en février 1898.

L'auteur a voulu prendre comme guide de sa classification l'étiologie et la pathogénie. Chaque difformité acquise peut, en effet, être l'expression d'états pathogéniques bien différents les uns des autres. Par exemple, le genu valgum peut être le fait d'une altération rachitique du squelette; il peut succéder à la paralysie infantile ou se montrer à la suite de l'ostéomyélite. Bien que ces lésions osseuses aboutissent au genu valgum, il est évident que ce sont trois variétés essentiellement différentes et que le traitement qui est applicable à l'une cesse d'être recommandable pour l'autre.

Prenant cette classification étiologique pour base, M. Kirmisson a divisé son traité en quatre grandes sections :

La première est consacrée aux difformités consécutives à la tuberculose osseuse et articulaire;

La seconde aux difformités du rachitisme et aux troubles du développement du squelette;

A la troisième section appartiennent les difformités consécutives aux maladies du système nerveux;

La quatrième section réunit les difformités produites par le traumatisme ou par un processus inflammatoire.

Il ne faut pas s'attendre à trouver dans le livre de M. Kirmisson tout ce qui a été dit et écrit sur les diverses difformités acquises. « Son but a été uniquement de faire connaître ce qu'une pratique déjà longue de la chirurgie orthopédique lui a démontré être la vérité. »

Nous n'avons pas l'intention de faire l'analyse de chacun des chapitres dans leur détail. Chacun sait ce que peut valoir un travail effectué par un homme de la haute valeur scientifique de M. Kirmisson. Signalons comme principaux chapitres : Le mal de Pott; — Les tumeurs blanches; — Les

(2) Gr. in-8°, avec 430 fig. dans le texte. Prix : 15 francs. — Paris, Masson et Cie.

ankyloses; — La scoliose; — La coxa vara; — Le genu valgum; — Les différentes espèces de pieds bots, etc.

Ce traité des difformités acquises fera date dans l'histoire de la pathologie chirurgicale infantile. Il est marqué au coin de la saine clinique étayée sur la rigoureuse observation des faits. Cette œuvre remarquable fait autant d'honneur à son auteur qu'à la science chirurgicale française.

Loi sur la protection de la santé publique (loi du 15 février 1902), travaux législatifs, guide pratique et commentaire (1), par MM. Paul Strauss, sénateur de la Seine, et Alfred Fillassier, docteur en droit.

Sous ce titre, MM. Paul Strauss et Alfred Fillassier publient une étude très complète et très détaillée sur la nouvelle loi relative à la protection de la santé publique.

Après avoir rappelé, dans une rapide introduction, l'imperfection de nos lois sanitaires antérieures, et dégagé les théories générales de la nouvelle loi, les auteurs abordent l'étude critique de ce texte.

Ils retracent tour à tour, pour chaque article, les débats auxquels il a donné lieu tant à la Chambre qu'au Sénat, et s'efforcent d'en fixer le sens précis dans un commentaire juridique et pratique.

Cet ouvrage constitue un document inappréciable pour tous ceux qui s'intéressent à la nouvelle loi ou auront à l'appliquer.

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles (2), par C. Crinon.

Dans la neuvième édition qu'il publie aujourd'hui, M. Crinon a introduit les médicaments nouveaux ayant fait leur apparition dans le courant de l'année qui vient de s'écouler; parmi ces médicaments, les plus importants sont: l'Acétopyrine, l'Agurine, le Camphorate de gaïacol, le Camphorate de pyramidon, les Glycéro-arséniates de chaux et de fer, l'hermophényl, l'Hontine, l'Iodipine, la Lécithine, le Purgatol, le Myosérum, le Tétranitrol et les Vasoliments.

Continuant de se conformer au système qu'il a adopté dans le principe, M. Crinon a consacré peu de place aux substances encore peu étudiées et ne paraissant pas destinées à un véritable avenir thérapeutique, et les développements dans lesquels il est entré ont été, en général, proportionnés à l'importance réelle ou présumée des médicaments.

Le plan de l'ouvrage est resté le même : on y trouve indiqués sommairement et successivement, pour chaque substance, le mode de préparation, les propriétés physiques et chimiques, les caractères distinctifs, l'action physiologique, l'action thérapeutique, les formes pharmaceutiques qui se prêtent le mieux à son administration, et enfin, les doses auxquelles elle peut être prescrite.

Les premières éditions de la *Revue des médicaments nouveaux* de M. Crinon ont reçu, des médecins et des pharmaciens, un accueil qui permet d'augurer le même succès pour celle qui vient de paraître.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 14 AU 19 JUILLET 1902)

Examens de doctorat.

MARDI 15 JUILLET, à une heure. — 5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Cornil, Chantemesse et Dupré; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Charrin et Renon; — M. Rémy, suppléant.

JEUDI 17 JUILLET. — Ce jour conseil de la Faculté à trois heures.

SAMEDI 19 JUILLET, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* : MM. Proust, Joffroy et Achard; — M. Jeanselme, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Bordeaux.* — Un concours pour neuf places d'internes titulaires s'ouvrira, le lundi 6 octobre 1902, à l'hôpital Saint-André, à huit heures du matin.

Un concours pour cinquante-quatre places d'externes titulaires s'ouvrira, le mardi 7 octobre 1902, à l'hôpital Saint-André, à quatre heures du soir.

— Le concours pour une place de chirurgien-adjoint s'est terminé par la nomination de M. Guyot.

Guerre. — M. le médecin-major de première classe Belhomme est désigné pour le 154e d'infanterie.

M. le médecin-major de première classe Courtois est désigné pour le 38e d'artillerie.

Marine. — M. le médecin de première classe Bertrand (R.), du port de Rochefort, actuellement en service à Brest, est désigné pour embarquer sur le *Vautour* (station de Constantinople), en remplacement de M. le docteur Houdart, décédé.

Concours pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire des troupes coloniales. — Un concours s'ouvrira, le 1er décembre 1902, à Paris, dans un local qui sera ultérieurement indiqué, pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées:

1° Être nés ou naturalisés Français;

2° Avoir eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier de l'année du concours;

3° Avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée, en France et aux colonies (1). Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de deuxième classe au moins;

4° Souscrire un engagement de servir pendant six ans au moins dans le corps de santé des troupes coloniales, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir seront les suivantes :

1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un, d'une affection médicale; l'autre, d'une affection chirurgicale;

3° Épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter;

4° Interrogation sur l'hygiène.

Notes. — L'appréciation de chacune des épreuves, écrites et orales, est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20. Les notes obtenues par les candidats sont multipliées par des coefficients fixés ainsi qu'il suit : composition écrite, 12, examen clinique, 15: médecine opératoire, 12; interrogation sur l'hygiène, 10.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la Guerre (8e direction, 3e bureau), le 15 novembre 1902, au plus tard.

Les pièces à fournir sont :

I. *Avant le concours.* — 1° L'acte de naissance, établi dans les formes prescrites par la loi;

2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves);

3° Certificat d'aptitude physique;

4° Certificat, délivré par le bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou état signalétique des services;

5° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la commission de stagiaire.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur, et au-

(1) In-18 jésus, 318 p. Prix : 6 francs. — Paris, J. Rousset.

(2) In 8°. Prix : 4 francs. — Paris, Rueff.

(1) Instruction du 31 janvier 1902 sur l'aptitude physique au service militaire.

cune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les dossiers des candidats non reçus sont renvoyés par l'intermédiaire des maires des communes indiquées dans la pièce n° 5.

II. *Après l'admission.* — Engagement de servir pendant six ans au moins, au titre de l'activité, dans le corps de santé des troupes coloniales, à partir de la nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les médecins stagiaires reçoivent, au moment de leur nomination, un brevet les liant au service dans les conditions du paragraphe 1er de l'article 30 de la loi du 15 juillet 1889.

Les médecins stagiaires suivent pendant un an les cours de l'École d'application.

Ils portent l'uniforme du corps de santé des troupes coloniales, avec les marques distinctives adoptées pour les stagiaires du corps de santé militaire.

Ils sont rétribués sur le pied de 3060 francs par an, et il leur est accordé une première mise d'équipement de 350 francs reversible au Trésor en cas de licenciement, démission, non-obtention du grade d'aide-major de deuxième classe ou non-accomplissement des six années effectives de service à partir de la nomination à ce grade.

Les stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés aides-majors de deuxième classe des troupes coloniales.

Ceux qui n'auront pas satisfait auxdits examens seront licenciés.

L'inoculation de la tuberculose à l'homme. — M. le docteur Garnault a repris ses occupations habituelles. L'inoculation du virus de la tuberculose n'a produit encore aucun effet.

Les empoisonnements par les crèmes à Bordeaux. — Il y a quelque temps, un certain nombre d'empoisonnements ont été constatés à Bordeaux, à la suite d'ingestion de crèmes vendues par des pâtissiers.

L'enquête a démontré les contaminations invraisemblables que peuvent atteindre le lait et les œufs qui servent à la confection de nos friandises. Les jaunes d'œufs, dit le *Journal de médecine de Bordeaux*, viennent en grande partie des chais, où ils sont revendus après que les blancs ont servi au collage des vins; ils font donc dans ces chais un stage plus ou moins long, maniés par des personnes qui n'ont sans doute qu'un médiocre souci de l'asepsie. Quant au lait, un confrère des environs de Bordeaux racontait l'an dernier le fait suivant : il avait conseillé à une de ses clientes, importante laitière de sa commune, des injections vaginales destinées à combattre une leucorrhée persistante, et, quelques jours après, il la surprenait le matin utilisant, en guise de bidet, une des bassines où le soir elle versait le lait acheté à ses voisines. Nous sommes donc exposés à des infections où à des intoxications multiples et singulières.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gaston Clarot (de Paris), Grenet (de Cérisy-Gailly), Houdart, médecin de la marine, et Pel (de Beauvais).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursions aux gorges du Tarn.* — Les Compagnies P.-L.-M., Orléans et Midi organisent, avec le concours de l'agence des Voyages modernes, deux excursions aux gorges du Tarn.

Prix (tous frais compris et suivant l'itinéraire) : 1re classe, 245 fr. ou 330 fr.; 2e classe, 200 fr. ou 290 fr.

Départ de Paris le samedi 12 juillet 1902. — Retour à Paris le 21 juillet.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence des Voyages modernes, 1, rue de l'Échelle, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17

N° 77. — JEUDI 10 JUILLET 1902 75e ANNÉE. JEUDI 10 JUILLET 1902. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SUR TROIS CAS DE HERNIES INGUINALES DU CÆCUM ET DE L'APPENDICE A SAC INCOMPLET

Par MM. Léon BÉRARD,
Professeur agrégé à la Faculté de Lyon, chirurgien des hôpitaux,
et Paul VIGNARD,
Prosecteur à la Faculté.

Nous rapportons simplement ici et sans commentaires ces trois observations, intéressantes en raison de leur rareté, et en raison des discussions qui se sont élevées sur l'existence des hernies primitives du cæcum de l'appendice à sac incomplet. Elles servent d'introduction à un travail complet sur cette question, qui sera publié sous peu dans la *Gazette des hôpitaux.*

1° *Hernies du cæcum à sac incomplet.*

OBSERVATION I (rapportée par l'un de nous dans la *Province médicale* de 1895). — Maurice F..., cinquante-cinq ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 27 juillet 1895 pour des accidents douloureux survenus à la suite d'un effort, au niveau d'une hernie inguinale droite du volume d'un œuf environ.

A l'examen de la région, on trouvait des signes de hernie engouée plutôt que d'étranglement vrai : peau rouge, œdématiée, chaude, empâtement ne permettant pas de délimiter l'anneau. Tympanisme modéré, ni selles ni gaz. Miction normale, M. Jaboulay pratiqua une kélotomie. Ouverture d'un sac herniaire très limité qui déborde en arrière une portion d'intestin volumineuse qui n'est autre chose que le fond du cæcum retourné en haut, avec un appendice rouge, tuméfié, dans lequel la palpation fait reconnaître un corps étranger.

La cause principale des accidents dépend surtout de la poussée d'appendicite.

Le cordon est situé en bas et en arrière de la hernie sans étalement de ses éléments. Il ne s'agit donc pas de hernie congénitale.

Après légère dilatation de l'anneau déjà notablement descendu, M. Jaboulay résèque l'appendice, mais il ne peut réintégrer le cæcum dans l'abdomen.

Autant pour éviter un plus grand traumatisme que pour ne pas rentrer définitivement dans le ventre cette masse encore enflammée, il ne cherche pas plus longtemps à pratiquer une cure radicale et laissant le cæcum dans sa situation anormale ferme la plaie par des sutures superficielles.

Suites simples. Le malade va à la selle; température, 37°5. Il reste naturellement au niveau de la plaie une grosseur du volume d'une orange, constituée par l'intestin.

Le 4 août réouverture de la plaie. On libère l'intestin de ses adhérences néoformées et on pratique de nouvelles tentatives de réduction mais en pressant sur la face actuellement postérieure du cæcum pour la refouler en haut et en avant, tandis que le fond situé en haut et en avant est refoulé en bas et en arrière (Jaboulay).

Le redressement s'effectue et la réduction s'ensuit.

Reconstitution du canal, suture des piliers.

Suites normales.

OBSERV. II (inédite [P. Vignard]). — *Hernie inguino-scrotale droite du cæcum et de l'appendice avec sac incomplet.* — Il s'agissait d'un homme de cinquante ans environ entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdos, le matin même pour des accidents d'étranglement herniaire remontant à quarante-huit heures. Ce malade était porteur d'une volumineuse hernie qui distendait toute la moitié droite du scrotum. Elle était peu tendue, peu douloureuse, bosselée, extrêmement sonore; et sa palpation donnait naissance à des bruits hydro-aériques, caractère qui joint aux précédents pouvait déjà éveiller l'idée d'une hernie d'une anse intestinale très dilatée et vraisemblablement appartenant au gros intestin. L'état général était bon, les accidents peu aigus, néanmoins l'intervention fut pratiquée de suite par l'un de nous (Vignard).

Une incision de 15 centimètres fut menée parallèlement à la tumeur formée par la hernie et sur son milieu.

Après avoir incisé et récliné de nombreux plans fibreux superposés, le sac est enfin ouvert; mais au lieu qu'on puisse l'écarter largement, pour faire le tour de la masse herniée, à son intérieur, on s'aperçoit vite qu'il adhère intimement à l'intestin sous-jacent qui le déborde de toutes parts. L'étrangeté de cette constatation nous pousse à analyser plus attentivement les caractères de cette hernie, et *nous fait reconnaître dans l'anse issue au dehors le cæcum, sur la face postérieure duquel l'appendice se réfléchit.*

Le sac péritonéal n'enveloppe donc pas la hernie, il est seulement couché sur sa face antérieure, la recouvrant à peine. Comme il est impossible de le disséquer et qu'il n'y a aucun intérêt à le laisser ouvert, un rapide surjet referme l'incision qui y avait été faite.

Toutes les tentatives faites à ce moment pour faire rentrer par une compression lente la hernie dans le ventre sont infructueuses. Un petit débridement à la partie supérieure de l'incision du côté de l'anneau et du canal inguinal

ne donne aucun résultat. Le cæcum est debout au milieu de la plaie scrotale, son fond regardant en haut. En arrière et au-dessous, apparaît le début du côlon ascendant; et lorsque la masse intestinale est soulevée, on aperçoit un gros repli épais jaunâtre, véritable méso qui rattache l'intestin aux plans profonds.

Suivant la manœuvre utilisée déjà et préconisée par M. Jaboulay, après avoir soigneusement libéré l'intestin de ses adhérences avec les parties fibrineuses voisines, et récliné le cordon et les vaisseaux spermatiques, on fait exécuter au cæcum un mouvement de bascule de haut en bas en même temps qu'une main placée par dessous repousse dans le ventre ce repli charnu. Le glissement finit par s'effectuer, le côlon rentre le premier, suivi par le cæcum et l'appendice, qui d'ailleurs ne présente rien d'anormal.

L'anneau inguinal est refermé à l'aide de quelques fils rapprochant les piliers. Les nombreux plans fibreux dilacérés sont réunis par un surjet à la soie. Un drain est placé dans la profondeur, et un autre sous la peau suturée.

Dans les dix jours qui ont suivi l'opération, le malade a présenté des accidents pulmonaires aigus et de la fièvre : le ventre restait souple et indolore. Au bout de cinq jours, un peu de pus s'étant montré à la partie inférieure de la plaie, on fait sauter quelques points de suture. Au bout d'un mois le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

2° *Hernie de l'appendice à sac incomplet.*

Obs. III (inédite [L. Bérard]). — *Hernie inguinale, à sac incomplet, de l'appendice chroniquement enflammé, et ayant atteint le volume d'une anse d'intestin grêle. Hydrohématocèle du même côté. Opération. Guérison.* — J. H..., âgé de cinquante-huit ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sacerdos, au mois de novembre 1901, pour des accidents d'étranglement herniaire.

Porteur depuis longtemps d'une hernie inguinale droite, assez volumineuse et assez gênante par les tiraillements qu'elle occasionnait dans le côté correspondant de l'abdomen, ce malade raconte que depuis sept ou huit jours la hernie est devenue plus grosse, plus tendue. Depuis cinq jours il n'est plus allé à la selle. Depuis quarante-huit heures, il n'a plus émis de gaz par l'anus, et il a eu des nausées sans vomissement.

A l'examen, on constate que l'état général est encore satisfaisant. Langue un peu saburrale ; pouls bien frappé.

L'abdomen est modérément ballonné, avec un maximum de tension vers la fosse iliaque droite.

La masse contenue dans le scrotum à droite est de contours et de consistance assez complexes. En bas et en arrière de cette masse, il est facile de délimiter une hydrohématocèle à parois non translucides, à laquelle adhère largement par en haut la tumeur herniaire irréductible, relativement mate. Le pédicule, de la grosseur de deux doigts, est dur; il paraît serré et se prolonge vers l'abdomen en un plastron assez étalé, et douloureux à la pression. Pas de gargouillement. Pas de signes de phlegmon ou de péritonite herniaire. Il doit s'agir d'un étranglement peu aigu du gros intestin.

L'incision du scrotum conduit d'abord sur la vaginale, notablement épaissie, dont l'ouverture au bistouri donne issue à du liquide séreux, un peu louche, pailleté de cholestérine.

Largement adhérente au pôle supérieur de la vaginale, apparaît une autre masse, livide, incomplètement isolable, doublée de graisse, soudée en arrière au cordon, dans laquelle le doigt reconnaît, en dedans, deux feuillets assez épais, glissant l'un sur l'autre, comme les parois d'une cavité close. Est-ce la vessie? On se le demande; une injection d'eau boriquée tiède est poussée par l'urètre, mais ne modifie ni l'aspect, ni la consistance de ce diverticule. Ce n'est pas non plus une anse intestinale, qui aurait une surface moins lisse et qui serait dépourvue de ce revêtement adipeux. Donc ce doit être le sac herniaire épaissi. En effet, l'incision fait reconnaître un diverticule du péritoine, contenant un peu de liquide séreux, mais sans épiploon ni intestin.

En cherchant à isoler ce sac, on trouve alors, indépendamment de ses larges adhérences, très solides, avec le cordon, une autre masse qui occupe sa face antéro-externe, et qui elle-même donne au toucher la sensation d'un second sac à parois encore plus épaisses, irréductible et adhérent de toutes parts aux tissus voisins. Cette dernière masse ne doit pas être du gros intestin, car on n'y trouve ni bandes longitudinales, ni franges graisseuses. La dissociation prudente d'un de ses points à la sonde cannelée conduit néanmoins à travers une couche de fibro-lipomatose de près d'un centimètre dans une cavité d'où s'écoule un peu de liquide louche, à odeur fécaloïde.

Le doigt, engagé dans cette cavité, y pénètre environ de 7 à 8 centimètres, et il est arrêté dans un cul-de-sac oblitéré en haut, au-dessus de l'anneau inguinal. On décolle autant qu'on le peut ce diverticule qu'on attire aussi bas que possible. *On reconnaît ainsi qu'il est appendu au fond du cæcum et fermé du côté du gros intestin.* Pourtant, il n'est pas possible de le dégager profondément et de l'amener complètement au dehors; les deux tiers inférieurs environ sont réséqués et le moignon fixé dans la plaie par quelques points au gros catgut.

Cet appendice, chroniquement enflammé, noyé dans une gangue fibro-lipomateuse, avait le volume extérieur d'une anse d'intestin grêle. Il était revêtu seulement sur la moitié interne de sa surface par le sac péritonéal.

Afin d'extirper la partie prolabée de ce sac, et d'éviter une infection fatale de cette large plaie cavitaire, où se réunissait alors : le gros moignon de l'appendice, le sac et la vaginale épaissie, vidée de son hydro-hématocèle, on termine par la castration. On supprime ainsi la vaginale et on peut dès lors réséquer le sac qui était soudé étroitement au cordon.

Le sacrifice du testicule, très altéré déjà par son incarcération dans l'hydro-hématocèle, permet en outre de resserrer l'anneau inguinal, tout autour du moignon appendiculaire.

Les suites furent simples. Pendant deux ou trois semaines, le moignon appendiculaire, isolé du reste de la plaie par des mèches de gaze, donna encore un écoulement purulent notable, sans que jamais aucune matière ni aucun liquide intestinal ne sortît par là. La réunion se fit par première intention, et quand le malade quitta l'hôpital, au bout d'un mois et demi, la fistule appendiculaire était tarie, la paroi solide, sans éventration notable et sans impulsion excessive à la toux.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(8 juillet 1902)

Voilà une nouvelle discussion sur l'**appendicite**. Il appartenait à M. Dieulafoy de la soulever. C'est aujourd'hui sur le rôle de l'intoxication dans l'appendicite qu'il appelle l'attention de ses collègues, et M. Dieulafoy, dans cette nouvelle communication, maintiendra plus que jamais l'opinion qu'il a déjà maintes fois soutenue et qu'il défend toujours avec la même éloquence, à savoir que c'est toujours l'intervention chirurgicale précoce qui reste le seul traitement rationnel de toute appendicite bien et dûment diagnostiquée. Mais voyons d'abord l'observation qui a servi de point de départ à cette nouvelle discussion :

Un garçon de vingt-quatre ans est pris, en pleine santé, de quelques douleurs dans le ventre, pendant la nuit du

jeudi au vendredi. Le vendredi, au matin, il veut se lever pour aller à son travail, mais il se trouve trop fatigué et souffre toujours de quelques douleurs dans la région sous-ombilicale. Il a eu une garde-robe la veille, il a pris du lait et n'a pas vomi. Un médecin appelé auprès de lui diagnostique une appendicite; il entre à l'hôpital dans le service de M. Duplay, suppléé par M. Marion; M. Duplay, appelé le dimanche matin auprès de ce malade par M. Marion, le trouve avec de la fièvre, le teint terreux, la face plombée, pâle, l'œil vitreux, le pouls irrégulier; la température cependant est tombée à 37, et le malade n'a pas de vomissements. Le ventre n'est pas très sensible. L'opération est immédiatement conseillée et pratiquée; il n'y a pas de péritonite, pas de liquide péritonéal; on trouve seulement une cuillerée à café de pus dans le petit bassin. Rien du côté du cæcum; l'appendice, normal dans sa partie adhérente au cæcum, est gangréné dans sa partie libre. Malgré l'opération, le facies du malade reste mauvais; il a plusieurs hématémèses et meurt dans la nuit.

A l'autopsie, on trouve la muqueuse stomacale comme atteinte de taches de purpura; le foie, la rate semblent normaux. M. Letulle a pratiqué l'examen histologique des viscères, en particulier des reins, et sa conclusion est que l'ensemble des lésions des reins et du foie sont caractéristiques des phénomènes d'intoxication par les toxines appendiculaires. En matière d'appendicite, il n'y a donc pas seulement des lésions d'infection, il y a aussi des lésions d'intoxication. Beaucoup de ses malades, comme celui-ci, meurent non pas infectés, mais intoxiqués.

Voilà donc un fait bien démontré et M. Dieulafoy insiste particulièrement sur ce fait. En dehors des phénomènes de l'infection qu'entraîne généralement avec elle l'appendicite, on constate aussi des phénomènes d'intoxication rapidement mortelle. Revenant sur la question du traitement, M. Dieulafoy rappelle qu'aujourd'hui il existe, parmi les chirurgiens, deux camps bien distincts : ceux qui prétendent qu'il faut attendre et n'opérer, autant que possible, qu'à froid, et ceux qui, avec M. Dieulafoy, estiment qu'il faut opérer à chaud. Il est bien certain que les partisans de l'opération à froid deviennent de plus en plus nombreux, ce qui s'explique par ce fait que l'opération faite dans ces conditions réussit presque toujours, tandis qu'il n'en est pas de même de l'opération à chaud. Si l'on consulte, en effet, les statistiques, elles montrent que la guérison est constante dans l'opération à froid. Mais M. Dieulafoy ne voudrait pas qu'on se laissât leurrer par ces statistiques et il n'admet pas qu'on attende pour opérer. Fidèle à l'opinion qu'il a exprimée dès le début des discussions sur l'appendicite, envers et contre tous les chirurgiens, il estime que l'opération s'impose dès qu'on a pu diagnostiquer l'appendicite et elle s'impose, suivant lui, dans le plus bref délai possible. D'après ses propres observations, tous les malades atteints d'appendicite, même très grave, qui ont été opérés dans les deux premiers jours, ont guéri. Les malades opérés le troisième jour ont encore guéri dans une grande proportion. Mais c'est sur les malades opérés après le quatrième ou cinquième jour que porte surtout la mortalité post-opératoire. Non seulement, il faut toujours intervenir, mais il faut encore intervenir à temps, c'est-à-dire le plus tôt possible.

Nous devons donc tous, médecins et chirurgiens, nous évertuer à faire un bon diagnostic et une bonne séméiologie. Les malades ou les parents nous racontent parfois que le début du mal date de la veille ou de l'avant-veille, parce qu'ils font coïncider le début de ce mal avec la grande vivacité des douleurs.

Or, par un examen attentif et méthodique, nous arrivons à savoir que telle appendicite, qu'on nous présente comme étant au second jour, est, en réalité, au troisième ou au quatrième jour; telle autre appendicite, qu'on nous présente comme étant au troisième jour, est, en réalité, au cinquième ou au sixième. Ces détails ont une extrême importance; tout a de l'importance dans une maladie où il suffit de vingt-quatre heures, et même de douze heures, pour changer la face des événements.

M. Chantemesse intervient dans ce nouveau débat pour faire observer que l'appendicite n'est qu'une lésion anatomique, qu'il y a appendicite et appendicite. En somme, ce qui est dangereux, ce qui tue, ce sont les germes. Ce sont donc ceux-ci qu'il faudrait connaître pour avoir un besoin sérieux d'appréciation, connaître la nature même de l'infection. Tantôt, en effet, il s'agit de germes vis-à-vis desquels l'organisme se défend; il y a infection locale de la paroi appendiculaire, mais pas d'infection générale de l'organisme. Ces cas-là guérissent d'eux-mêmes. Tantôt il s'agit de germes envahissants, nécrosant la paroi qui ne leur résiste pas, et envahissant facilement l'organisme. Il faudrait pouvoir distinguer ces cas des précédents. On m'objectera que le problème est difficile à résoudre maintenant, mais peut-être y arrivera-t-on.

M. Dieulafoy n'a pas voulu porter la question sur le terrain pathogénique; il est trop mal connu.

Ce que nous savons bien, dit-il, c'est qu'il y a une maladie toxi-infectieuse terrible, à point de départ appendiculaire, et que nous appelons appendicite. L'appendicite n'est pas le fait de toute lésion de l'appendice. Dans la tuberculose intestinale, par exemple, et dans la tuberculose cæcale, on peut voir la tuberculose gagner l'appendice, et l'appendice tuberculeux peut être considérablement tuméfié, déformé, creusé intérieurement de profondes ulcérations. Et, néanmoins, il n'existe aucun symptôme d'appendicite.

M. Dieulafoy ne parle pas de ces cas-là, mais des appendicites véritables, des appendicites qui ont été « chaudes », il ne s'agit que de celles-là, puisque c'est seulement de celles-là qu'on peut nous dire d'attendre qu'elles soient refroidies. Pour celles-là, nous savons bien qu'il existe un foyer appendiculaire, d'où pleuvent sur l'économie les germes infectieux et les substances toxiques. Pour celles-là, M. Dieulafoy ne connaît qu'une thérapeutique, c'est d'enlever dès le début le foyer.

Au début de la séance, M. Blanchard est revenu sur le **champignon du mycétome à grains noirs**. M. Laveran a décrit un champignon, agent pathogène du mycétome à grains noirs ou pied de Madura. Cette affection parasitaire est due à un champignon du groupe des mucédinées. Ce fait est maintenant bien établi par les recherches de M. Brundt, confirmées par M. Laveran.

M. Laveran répond qu'au milieu de tous les microorganismes des grains noirs il est difficile de dire quel est l'agent pathogène. Il a eu l'occasion de voir une tumeur n'ayant pas encore donné lieu à des grains noirs, qui n'était pas encore infectée par des microbes, et il a pu ainsi démontrer l'influence du champignon comme produisant les grains noirs. Il ne prétend pas avoir été le premier à décrire ce parasite, mais il a eu la bonne fortune dans son cas de le trouver isolé.

On commence une campagne sérieuse contre les poussières des appartements, celles des routes. La communication de M. Guglielminetti (de Monte-Carlo) sur le **goudronnage des routes contre la poussière** offre à ce point de vue quelque intérêt.

Quelques routes aux États-Unis sont arrosées deux fois par an au pétrole brut avec des résultats très satisfaisants, le pétrole ne coûte là-bas que 10 francs la tonne. Le goudron minéral pourrait-il peut-être remplacer le pétrole? L'auteur a badigeonné un morceau de route à Monte-Carlo avec du coaltar bouillant, qui a séché en deux ou trois jours en faisant une sorte de carapace dure et compacte et très résistante au roulage des voitures depuis trois mois. Aucun glissage ne se produit si l'on a soin de saupoudrer le goudron fraîchement répandu avec du sable fin. La surface de la route devient imperméable à l'eau de pluie donc pas de boue et pas de poussière. L'odeur n'est pas mauvaise et la couleur grise du sol est agréable aux yeux. Le prix du goudron étant de 30 francs la tonne, le kilomètre d'une route de six mètres de largeur reviendrait à 250 francs environ.

Des essais comparatifs de goudronnage et de pétrolage des routes vont avoir lieu sous la direction d'un ingénieur des ponts et chaussées ces jours prochains, sur la route départementale n° 21 à Champigny.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE
DU 3 JUILLET 1902

Une grande partie de la séance a été occupée par la présentation de malades fort curieux, atteints de troubles trophiques congénitaux, dont la pathogénie nous est encore à l'heure actuelle complètement inconnue. C'est ainsi que MM. Raymond et Sicard présentent deux malades, le frère et la sœur, atteints depuis quinze ans d'un **amaigrissement progressif de tout le côté gauche**. L'atrophie musculaire a débuté par la jambe gauche; au surplus, les réflexes tendineux, les réactions électriques, la sensibilité sont tout à fait normaux dans le membre atrophié. L'atrophie a d'ailleurs atteint aussi le système osseux, ainsi que le montre la radiographie; elle gagne actuellement le côté gauche de la face. Enfin, on aperçoit sur le bras gauche une plaque cutanée lisse, rosée, un peu lamineuse.

Il est impossible de considérer ces deux malades comme atteints d'atrophie musculaire myopathique ou myélopathique et très vraisemblablement l'atrophie est sous la dépendance d'un trouble trophique qui doit présenter des rapports avec le processus de la trophonévrose de Romberg; cependant, il est à noter que, dans ces deux cas, la peau n'est point altérée au siège maximum de l'atrophie musculaire au niveau de la jambe. En outre, l'intérêt de ces deux cas consiste dans la distribution hémiplégique et dans le caractère familial qui n'avaient pas encore été signalés.

Tandis que les malades de MM. Raymond et Sicard étaient atteints d'atrophie par trophonévrose, le malade suivant de M. Ballet est atteint d'**hémi-hypertrophie congénitale du côté gauche du corps**. La face est plutôt moins développée à gauche qu'à droite; par contre, le membre supérieur gauche est plus long que le droit; la mamelle gauche notablement plus développée que celle du côté opposé; mais c'est surtout au membre inférieur qu'on constate cette hypertrophie, la cuisse et la jambe gauches sont plus longues que celles de droite, ce qui occasionne une attitude vicieuse quand le malade est debout (inclinaison du bassin à droite, scoliose compensatrice à gauche). La circonférence de la cuisse et de la jambe dépasse aussi celle des segments correspondants du côté opposé.

Au niveau du membre inférieur gauche, on constate un développement énorme des veines, avec ulcères variqueux et troubles trophiques secondaires; de plus, sur la moitié gauche du thorax, existe une tache næviforme très étendue. Le malade est un bégayeur et il a de l'incontinence nocturne d'urine.

Il existe dans la science un certain nombre de cas analogues (Trélat et Monod, Finlayson, S. Adams, etc.) de cette hémi-hypertrophie du corps avec développement anormal (cirsoïde) des veines et des capillaires. Il s'agit là d'une malformation congénitale.

Enfin deux malades de MM. Klippel et Lefas présentent la **déformation congénitale du thorax en entonnoir**. Le premier malade montre à un faible degré cette malformation qui chez lui est surmontée d'une saillie constituée par une voussure du sternum. Mais le deuxième malade présente un véritable aplatissement antéro-postérieur du thorax avec excavation de sa partie antérieure, non seulement formée par le sternum mais aussi par les cartilages costaux qui sont déprimés : le thorax est asymétrique et moins développé du côté droit; le bassin présente également un certain degré d'aplatissement. Les membres inférieurs normaux. Il existe de l'atrophie musculaire simple portant sur les pectoraux, le deltoïde et les biceps. Les avant-bras normaux sont à la partie tout inférieure atteints de cyanose congénitale qui porte aussi sur les mains.

La voûte palatine est ogivale; le crâne est symétrique. Le cœur est normal. Cette malformation, congénitale, que l'on nomme thorax en entonnoir, ne relève ni du rachitisme ni de la syphilis héréditaire; c'est une affection bizarre et spéciale, d'étiologie inconnue.

MM. Georges Guillain et Crouzon présentent un malade de soixante-dix ans, atteint d'une **paralysie radiculaire du plexus brachial**, survenue à l'âge de quatorze mois par une traction sur le bras. La paralysie radiculaire a été primitivement totale et s'est localisée dans la suite sur le groupe radiculaire supérieur. On constate chez ce malade une atrophie osseuse très apparente de l'omoplate, de l'humérus, des os de l'avant-bras et de la main, de plus de l'hémi-atrophie faciale. Aucun trouble de la sensibilité. La pression artérielle sur le membre paralysé est inférieure de 3 centimètres de mercure à la pression artérielle sur le membre sain.

Les auteurs insistent sur l'absence des troubles de la sensibilité dans cette paralysie radiculaire qui s'explique par l'adultération moins facile des racines postérieures dans les tractions sur le plexus.

L'hypotension artérielle du côté paralysé trouve son explication dans un trouble de l'innervation sympathique vésiculaire.

Quant à l'atrophie osseuse, rarement signalée dans les paralysies radiculaires, elle est sous la dépendance ou bien des filets nourriciers des os, dans leur trajet radiculaire, ou bien d'une adultération de la moelle elle-même. L'expérimentation d'ailleurs prouve que les tractions sur le plexus amènent des lésions radiculaires et médullaires. L'on s'explique ainsi les analogies cliniques qui existent entre la paralysie infantile et les paralysies radiculaires, la topographie

des troubles moteurs dans la paralysie infantile affectant d'ailleurs une topographie radiculaire.

Nous signalerons ensuite deux communications d'anatomie pathologique humaine et deux communications de pathologie expérimentale.

M. Déjérine a étudié le faisceau pyramidal d'un malade atteint de lésion sous-corticale droite très étendue s'étant seulement révélé par une monoplégie du bras gauche. Or, la pyramide bulbaire droite n'existe plus, tandis que la pyramide bulbaire gauche présente une véritable **hypertrophie numérique**. Ce malade, malgré la disparition de la pyramide droite, marchait avec facilité sans contracture de la jambe gauche. M. Déjérine estime que cette intégrité de la jambe gauche tient à une suppléance par la pyramide bulbaire gauche; il a vu, en effet, que la voie pyramidale gauche, au moment de son entrecroisement bulbaire, envoyait un **faisceau pyramidal homo-latéral** très développé dans le faisceau latéral gauche de la moelle. Ce faisceau devait suppléer le faisceau pyramidal croisé gauche, absent par la lésion si profonde de l'hémisphère cérébral droit.

MM. Raymond et Cestan montrent les pièces histologiques d'un homme ayant présenté un **syndrome du cône terminal consécutif à une chute sur le sacrum**. Cette communication sera d'ailleurs publiée en travail original dans un de nos prochains numéros.

Des travaux antérieurs ont montré à M. Dopter que l'injection de sérums toxiques au niveau des nerfs périphériques du cobaye donnait lieu à des altérations de la fibre nerveuse. Restait à se demander comment se comportait le corps cellulaire du neurone ayant subi la même action que son prolongement cylindraxile. Pour observer le fait, des injections de II à IV gouttes de **sérums toxiques divers** (diabétiques, addisoniens, urémiques, cancéreux, etc.) **ont été pratiquées après trépanation cranienne dans la cavité arachnoïdienne du cobaye**. Des témoins ont reçu dans des conditions identiques une même quantité d'eau physiologique de sérum normal sans que des lésions se manifestent. Au contraire, les injections des sérums toxiques ont été suivies d'altérations variables en intensité suivant les cas. Les dernières ont porté sur l'écorce cérébrale, et atteint surtout les grandes cellules pyramidales et les petites cellules névrogliques. Les petites cellules de la névroglie se multiplient, deviennent abondantes et pénètrent souvent dans les cellules pyramidales, où un halo clair les sépare de la masse protoplasmique. Les lésions sont obtenues indifféremment avec tel on tel sérum ; il n'existe pas de spécificité bien définie. Ces altérations, si marquées qu'elles soient, ne semblent pas de nature pour la plupart d'entre elles, à être irrémédiables, et de fait, les cerveaux d'animaux ayant été sacrifiés plus ou moins longtemps après l'injection montrent successivement des cellules en voie de régénération ou en restaurations complètes. Quelques cellules seulement, gravement atteintes, sont vouées à une destruction certaine. Ces expériences et les altérations qu'elles provoquent semblent de nature à éclairer la pathogénie non seulement des paralysies centrales survenant aux cours des états toxiques, mais aussi de leur caractère habituellement transitoire. L'encéphalite aiguë non suppurée est justiciable encore d'une même interprétation.

M. P. Armand-Delille présente des coupes de **méningites spinales** provoquées chez des chiens par l'introduction épidurale ou sous-arachnoïdienne **des poisons à action locale du bacille tuberculeux** (poison caséifiant : éthéro-basiline, et poison sclérosant : cloroformo-bacilline d'Auclair).

L'aspect des lésions est particulièrement intéressant à cause de l'épaisseur considérable de la gaine de tissus pathologiques qui entoure la moelle; quant à l'évolution clinique, elle est caractérisée par l'apparition, trois semaines après l'inoculation, de paralysie avec troubles sphinctériens et amyotrophie, qui reproduisent trait pour trait la paraplégie du mal de Pott ou de la pachyméningite tuberculeuse primitive.

Dans la séance du 28 juin, M. Maurice Dupont a présenté un ingénieux **appareil percuteur des réflexes osseux et tendineux**. C'est un tube renfermant un véritable pilon percuteur, grâce à un ressort en boudin dont on peut varier à volonté la tension et par suite la force. On arme l'appareil au degré voulu de force mesurée en grammes, on applique l'extrémité du tube sur le tendon ou l'extrémité osseuse à explorer, on déclanche le ressort et le marteau percuteur vient frapper avec une énergie connue, très précise. Cet appareil permet ainsi de comparer avec une précision mathématique les réflexes tendineux des divers membres, en régularisant ce facteur si variable dans la recherche habituelle des réflexes, la violence du coup percuteur.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Accidents dus à l'air comprimé; leur prophylaxie. — Au cours des travaux de construction du tunnel de Greenwich, on fit emploi de l'air comprimé pendant une période d'environ treize mois. Les différentes équipes d'ouvriers furent soigneusement examinées au début et à la fin des heures de travail. Sur 120 hommes, 17 furent éliminés après le premier examen et 6 ultérieurement. On utilisa différents procédés pour diminuer le taux de l'acide carbonique dans l'atmosphère des caissons. Il y eut 15 cas d'indisposition qui ne furent pas dus à l'atmosphère comprimée, l'état de santé des hommes étant resté d'ailleurs satisfaisant d'une façon générale. On eut à observer 9 cas d'accidents réellement dus à l'action de l'air comprimé, *caisson disease*. Cette intégrité relative des ouvriers doit être attribuée à la pureté de l'air, à l'uniformité de la température et à la vigueur des hommes choisis pour cette besogne. Au cours des différents examens qui furent pratiqués on put faire les observations suivantes : les hommes qui avaient déjà travaillé dans l'air comprimé avaient un pouls plus lent que les nouvelles recrues et transpiraient moins facilement en travaillant; chez quelques-uns la moyenne des pulsations était de 80 aussitôt après le travail. Ils présentaient également du côté du cœur soit des souffles, soit un dédoublement du second bruit pulmonaire. Or, deux ou trois jours après que ces hommes eurent repris le travail en milieu comprimé, l'auscultation du cœur redevint normale et le fait fut constaté par deux médecins faisant leurs observations isolément.

Au point de vue symptomatique les vertiges étaient constants; un malade eut des douleurs dans les jointures, un autre eut des épistaxis, un troisième devint sourd. L'auteur pense que les divers troubles observés dans ces cas sont dus à ce fait que la pression de l'air inspiré étant élevée, l'élimination des gaz toxiques, en particulier l'acide carbonique, ne peut plus se faire au niveau de l'épithélium pulmonaire. Il croit également à l'existence d'une hyperémie des tissus profonds.

Comme traitement, M. Mac Morran recommande l'emploi des calmants du système nerveux, tels que le bromure d'ammonium, qui donnent des résultats supérieurs à l'opium. Le cannabis indica calme bien les douleurs lorsqu'elles sont très vives. Le traitement idéal consisterait à placer le sujet dans une chambre spéciale où l'on augmenterait la pression atmosphérique au moyen d'air purifié, et cela, jusqu'à ce que le malaise disparaisse. On abaisserait ensuite progressivement la pression jusqu'à la normale. (*Brit. med. Journ.*, 26 avril 1902.) A. H.

PATHOLOGIE EXOTIQUE

Les mangeurs d'opium dans le Touat. (Dr Folly.) — « Pendant mon séjour au Touat, dit l'auteur, j'avais souvent remarqué, dans les jardins des oasis, la présence de nombreux plants de pavots. Je n'y avais prêté aucune attention, lorsque, à mon passage dans une localité nommée Oufran, qui dépend du groupe de l'Aouguerout, le hasard voulut que le caïd vînt me consulter. C'était un homme d'environ trente-cinq ans, dont le facies amaigri révélait un maladif. Il paraissait profondément anémié, son visage avait une teinte terreuse, son regard exprimait l'hébétude. Il vint à moi et se plaignit d'impuissance sexuelle. Je me préparais à l'interroger, et à faire un examen général, lorsque le commandant Laquière, des affaires indigènes, qui le connaissait bien, me dit qu'au cours d'une promenade dans l'oasis avec lui, il l'avait vu manger à belles dents les capsules vertes de quelques pavots. J'eus alors l'explication de cette impuissance précoce, et en rapprochant ce symptôme de ceux déjà observés chez ce malade, j'eus la conviction d'avoir affaire à un intoxiqué par l'opium.

Le lendemain, en arrivant dans l'Aouguerout, je vis des quantités de pavots dans les jardins. Nul doute désormais qu'il y eût, dans le Touat comme ailleurs, des mangeurs d'opium.

La rapidité de notre marche ne me permit pas de pousser mes investigations plus loin. Il eût été intéressant de constater d'autres cas, de rechercher si les Touatiens savent recueillir l'opium, s'ils le fument, ou s'ils se contentent de mâchonner les capsules vertes, comme ce caïd. Quoi qu'il en soit, on voit, par cet exemple, que l'usage des narcotiques n'est pas seulement le triste apanage des races civilisées, et que ces pauvres peuplades, arriérées et misérables, éprouvent elles aussi, comme les raffinés de l'hôtel Pimodan, le besoin des Paradis artificiels. » (*Le Caducée*, 5 juillet 1902.)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'hémoptysie. — 1° Faire immédiatement et avant tout autre traitement, au niveau de la paroi abdominale, une injection de 20 centimètres cubes de solution de gélatine.

M. Robin emploie la formule suivante :

Gélatine		20 grammes.
Chlorure de sodium		7 —
Eau	Q. s. p.	1 litre.

Répéter l'injection tous les jours, et même deux fois par jour, s'il est nécessaire.

2° A côté de ce moyen d'hémostase, il faut corroborer l'action par une médication interne. Elle comprend quatre éléments : 1° l ergotine; 2° le chlorure de calcium; 3° la médication acide; 4° l'ipéca et la digitale.

M. Robin donne l'ergotine et le chlorure de calcium en alternant

Il associe à l'ergotine le tanin, sous forme d'acide gallique :

Ergotine Bonjean	4 grammes.
Acide gallique	0gr50 centigr.
Sirop de térébenthine	30 grammes.
Hydrolat de tilleul	120 —

soit une potion de 150 grammes, représentant 10 cuillerées à soupe. Le malade en prendra une cuillerée toutes les deux heures.

Dans l'heure intercalaire, il administre le chlorure de calcium en l'associant aux opiacés :

Chlorure de calcium	4 grammes.
Sirop d'opium	30 —
Eau distillée de tilleul	120 —

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Si l'hémoptysie résiste à ces moyens, avoir recours à la médication acide, sous forme d'eau de Rabel, qui est un mélange d'acide sulfurique et d'alcool :

Eau de Rabel		4 grammes.
Eau bouillie	Q. s. p.	1 litre.

A prendre par cuillerées à soupe, ou par petits verres en quarante-huit heures.

M. Robin ne donne pas ce traitement, en même temps que les deux premiers; il l'emploie seulement si les précédents n'ont pas réussi.

Enfin, en cas d'échec, il s'adresse à la digitale. Partisan des associations des médicaments qui renforcent mutuellement leur action, il donne en même temps l'ipéca :

Poudre d'ipéca	} *àà*	0gr05 centigr.
Poudre de feuilles de digitale		
Excipient	Q. s. p.	1 pilule.

Donner cinq à six pilules par jour, jusqu'à l'apparition d'un état nauséeux, sans provoquer le vomissement.

Mais la digitale en poudre est un caustique; elle est irritante pour l'estomac; ne pas l'employer si le malade est un dyspeptique.

Remplacer alors la digitale par le perchlorure de fer, que l'on aura soin de ne pas prescrire en même temps que l'ergotine ou l'acide gallique, qui formeraient un précipité.

Le malade prendra toutes les deux heures une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Perchlorure de fer	2 grammes.
Eau bouillie	120 —
Sirop de sucre	30 —

Dans l'heure intercalaire, une cuillerée à soupe d'eau de Rabel, suivant la formule déjà indiquée.

En résumé : en présence d'une hémoptysie, M. Robin commence toujours par faire une injection de 20 centimètres cubes de la solution de gélatine; en même temps, il donne l'ergotine et le chlorure de calcium à l'intérieur. En cas d'insuccès, il emploie d'abord la médication acide, puis la digitale associée à l'ipéca, ou le perchlorure de fer, suivant les indications que je viens de vous énumérer. Les divers éléments de ce traitement s'adressent non seulement aux hémoptysies, mais ils sont applicables aussi aux hémorragies en général. (*Bull. gén. de thérapeut.*, 30 juin 1902.) R. F.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Bordeaux.* — Le jury pour le concours de la médaille d'or de l'Internat est composé de la façon suivante : juges titulaires, MM. Picot, Rondot, Courtin, Denucé, Hirigoyen, Lagrange et Sabrazès; juges suppléants, MM. Pitres, Arnozan, Lefour, Lanelongue, Piéchaud, Badal et Verger.

Guerre. — M. Visleur, médecin principal du nouveau corps de santé des troupes coloniales, est élevé au rang de médecin-inspecteur et désigné comme membre du comité technique de santé.

L'École de santé coloniale. — L'Ecole de santé coloniale, dont les cours étaient annoncés à l'École du service de santé de la marine, à Bordeaux, sera définitivement installée à Marseille.

Pour avoir cette augmentation de personnel, Bordeaux avait déjà dépensé deux millions.

Association française de chirurgie (XVe Congrès, 20-25 octobre 1902). — Le XVe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 20 octobre 1902, sous la présidence de M. le docteur Jacques Reverdin, professeur à l'Université de Genève, associé étranger de la Société de chirurgie.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à deux heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° « Chirurgie du cœur et du péricarde, » rapporteurs : MM. Terrier et Raymond (de Paris).

2° « Traitement du tétanos, » rapporteur : M. Vallas (de Lyon).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août, au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, 81, rue Saint-Lazare, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

Le groupe médical parlementaire. — Le groupe médical parlementaire, qui comprend des représentants des deux Chambres, a constitué son bureau ainsi qu'il suit : président, M. Pozzi, sénateur; vice-présidents, MM. Dubuisson, député, et Guillemaut, sénateur; secrétaires, MM. Marot, député, et Pédebidou, sénateur; questeur, M. Devins, député.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Billets directs de Paris à Royat et à Vichy.* — La voie la plus courte et la plus rapide, pour se rendre de Paris à Royat, est la voie Nevers-Clermont-Ferrand.

Prix : de Paris à Royat, 1re classe, 47 fr. 70; 2e classe, 32 fr. 20; 3e classe, 21 francs; — de Paris à Vichy, 1re classe, 40 fr. 90; 2e classe, 27 fr. 60; 3e classe, 18 francs.

Billets de vacances à prix réduits. — La Compagnie P.-L.-M. émet, du 15 juillet au 15 septembre, des billets d'aller et retour collectifs de vacances de 1re, 2e et 3e classes, au départ de Paris pour toutes les gares situées sur son réseau. Ces billets sont délivrés aux familles d'au moins trois personnes effectuant un parcours simple minimum de 500 kilomètres ou payant pour ce parcours. Le prix s'obtient en ajoutant au prix de quatre billets simples (pour les deux premières personnes) le prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié de ce prix pour la quatrième et chacune des suivantes.

Ces billets sont valables jusqu'au 1er novembre.

Il peut être délivré à un ou plusieurs des voyageurs compris dans un billet collectif de vacances, et en même temps que ce billet, une carte d'identité sur la présentation de laquelle le titulaire sera admis à voyager isolément, à moitié du prix du tarif général, pendant la durée de la villégiature de la famille entre Paris et le lieu de destination mentionné sur le billet collectif.

Ces voyages isolés pourront être faits dans des voitures de la classe du billet collectif ou d'une classe inférieure.

Arrêts facultatifs. Faire la demande de billets quatre jours au moins à l'avance à la gare P.-L.-M.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 78. — SAMEDI 12 JUILLET 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 12 JUILLET 1902. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas mardi.

LE DICROTISME DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par MM.

C. ODDO, Médecin des hopitaux, Professeur de pathologie interne,

V. AUDIBERT, Interne des hôpitaux, Préparateur de pathologie interne,

à l'École de médecine de Marseille.

Il est de notion vulgaire que le dicrotisme du pouls se rencontre dans la fièvre typhoïde avec une plus grande fréquence que dans toutes les autres affections. Depuis les recherches déjà anciennes de Marey, Lorrain et Parisot, il est admis que le dicrotisme, très commun au début, disparaît en général pendant le cours de cette maladie, et pour ces auteurs le mécanisme de ce phénomène serait expliqué par le relâchement des parois artérielles que les modernes attribuent à une action particulière des toxines typhoïdiques.

Mais à notre connaissance aucune étude spéciale de la valeur clinique du pouls dicrote dans la dothiénentérie n'a été faite jusqu'ici.

Aussi dans le but d'élucider les conditions dans lesquelles apparaît le dicrotisme, nous nous sommes appliqués à noter matin et soir chez cinquante malades sa présence ou son absence, à rechercher quelles étaient les relations de ce phénomène avec les conditions de la maladie, la marche, la fréquence du pouls et la tension artérielle, l'état des fonctions cardiaques.

Avant de donner le résultat de nos investigations, nous ferons remarquer que l'exagération du dicrotisme norma ne rend le phénomène perceptible au doigt que lorsqu'elle atteint un degré élevé. Il aurait été sans doute plus scientifique d'étudier les modifications du dicrotisme artériel sur les tracés sphygmographiques, mais outre les difficultés relatives de ce travail, son utilité nous paraît très contestable; ce qu'il importe au clinicien de savoir, c'est la valeur du phénomène appréciable d'une manière courante, c'est-à-dire par la simple exploration digitale.

I

Étude du symptôme. — FRÉQUENCE. — Sur nos 50 typhiques, nous avons rencontré le dicrotisme du pouls 34 fois, soit dans 68 p. 100 des cas. Si d'autre part nous recherchons sa fréquence relative dans les diverses formes de la maladie, nous voyons qu'il a existé 5 fois seulement dans 11 fièvres typhoïdes bédignes, soit dans 45 p. 100 des cas, tandis que dans les formes moyennes, il est apparu 20 fois sur 27, c'est-à-dire dans 74 p. 100 des cas. Enfin dans les formes graves nous l'avons noté 9 fois sur 12 soit 75 p. 100.

Nous nous garderons de tirer de ces faits une appréciation pronostique du dicrotisme considéré comme symptôme isolé, car nous verrons dans la suite de ce travail que certains facteurs de gravité, tels que l'abaissement de la tension artérielle, par exemple, peuvent favoriser le dicrotisme, s'ils ne dépassent pas un certain degré, ou le supprimer, s'ils acquièrent une trop grande intensité.

Ce que nous retiendrons seulement, c'est que le pouls dicrote manque le plus souvent dans les formes légères, parce que les conditions de sa production sont ici insuffisamment réalisées.

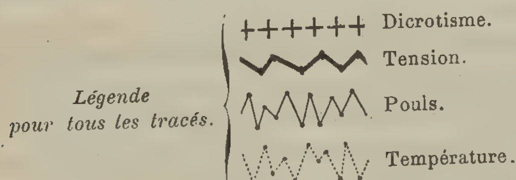
DÉBUT. — Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que le dicrotisme est un phénomène précoce, et qu'il est surtout perceptible dans la période initiale de la fièvre typhoïde. C'est ce que nous avons observé aussi : dans la très grande majorité des cas, le dicrotisme était constatable le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, qui s'effectue en général à la fin du premier septénaire ou au commencement du deuxième. Dans quelques cas même, l'entrée à l'hôpital s'étant faite plus tôt, nous avons pu déceler le dicrotisme au cinquième jour chez deux typhiques, au quatrième chez un autre et même dans un cas dès le troisième jour. Bien plus, si nous en jugeons d'après ce qui s'est passé lorsque nous avons assisté à une rechute, on peut voir le dicrotisme apparaître dès le premier jour de la fièvre ou dès le lendemain.

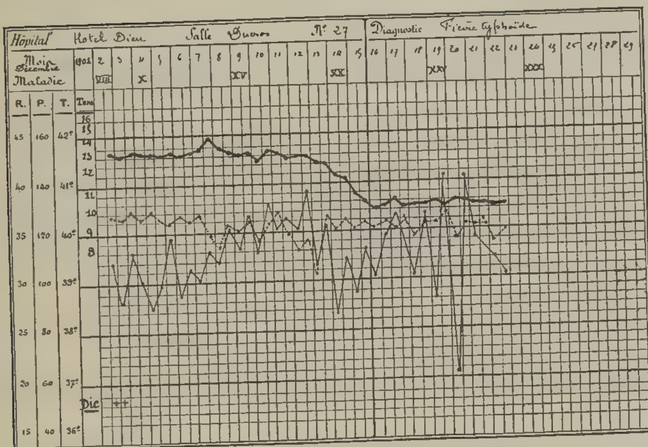
Il ne faut pas conclure pourtant que le début précoce soit une règle sans exception, et que le dicrotisme, quand il doit apparaître, se manifeste toujours au début de la maladie. Chez quelques malades, en effet, le dicrotisme est apparu pour la première fois assez longtemps après l'entrée, c'est ainsi que chez quatre typhiques nous ne l'avons noté qu'au

neuvième jour et chez un autre au dixième ; nous l'avons vu même ne faire son apparition qu'au dix-huitième jour seulement. Mais ce début tardif est assurément exceptionnel, aussi la précocité et la fréquence du dicrotisme dans la fièvre typhoïde font-elles de celui-ci un signe assez important. Sa constatation pourra donc figurer avec avantage parmi les éléments du diagnostic de la dothiénentérie, diagnostic parfois difficile au moment où manquent les signes de certitude, séro-diagnostic, présence des bacilles dans le sang et taches rosées.

Évolution. — Le dicrotisme une fois constaté peut disparaître bientôt et d'une manière définitive; le fait est rare et constitue ce qu'on peut appeler le dicrotisme éphémère par opposition au dicrotisme persistant qui se rencontre dans la majorité des cas.

A. *Dicrotisme éphémère.* — Nous n'avons relevé l'apparition fugace du dicrotisme que six fois ; le plus souvent, c'est au début que le dédoublement de la pulsation s'est produit pour disparaître presque aussitôt et d'une manière définitive (tracé 1), quoique nous l'ayons vu apparaître une fois





Tracé 1. — *Type de dicrotisme éphémère.*

au dixième jour. Dans une autre observation, nous avons noté du dicrotisme pendant trente-six heures, au début d'une rechute survenue au trente et unième jour.

La durée du phénomène a été de vingt-quatre heures dans un cas, dans trois cas elle fut de quarante huit heures, une fois elle fut de quatre jours, et dans un dernier cas qui sert de transition avec les formes persistantes elle a été de six jours.

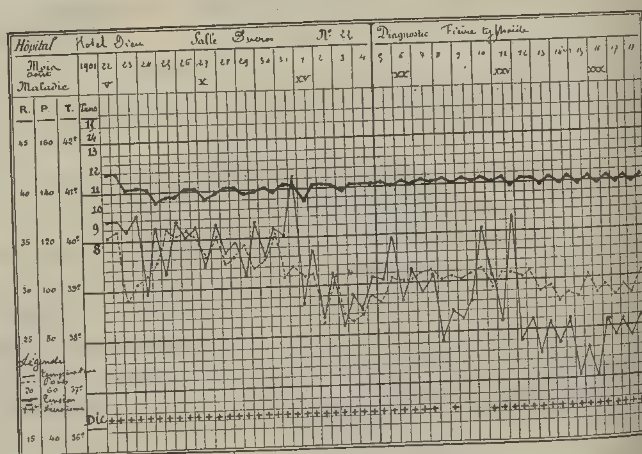
Nous ne rangerons pas dans la catégorie des dicrotismes éphémères l'observation d'un typhique qui a succombé le troisième jour après son entrée à l'hôpital.

B. *Dicrotisme persistant.* — Ces faits dans lesquels le phénomène du dicrotisme a disparu dans les premiers jours ne constituent que l'exception. Le plus souvent au contraire, on retrouve le dicrotisme à une période plus ou moins avancée de la maladie. En relevant nos observations, nous avons remarqué que le dicrotisme disparaissait assez exceptionnellement pendant le premier septénaire 2 cas seulement; un peu plus souvent pendant le deuxième septénaire (5 fois) et le plus communément au commencement de la quatrième semaine (12 fois). Plus rarement, nous avons pu retrouver le dicrotisme 4 fois au delà du trentième jour et 2 fois au delà du quarantième.

Le dicrotisme est donc un phénomène le plus souvent durable; mais il se comporte de deux manières différentes. Tantôt il est constant pendant une durée plus ou moins prolongée et tantôt il est intermittent dès le début et reste tel pendant toute sa durée. De là deux types.

1° *Dicrotisme continu.* — C'est un type assez fréquent : c'est celui qu'affecte le dicrotisme lorsqu'il est intense et nettement accusé. Nous l'avons rencontré chez 13 de nos typhiques. Cette continuité a été suivie jusqu'au dixième jour dans deux cas dont un suivi de décès. Au douzième jour, au seizième, au dix-septième, au dix-huitième, au vingt et unième dans deux cas, au vingt-quatrième, au vingt-neuvième, au trente-deuxième, et même au trente-septième dans trois cas différents. On voit donc combien peut être longue parfois la persistance ininterrompue du dicrotisme dans la fièvre typhoïde.

Pendant toute cette durée le pouls dicrote a été relevé matin et soir; c'est tout au plus si chez quelques-uns de nos malades, nous l'avons vu disparaître d'une manière transitoire. Cette disparition momentanée a été relevée dans 7 de nos observations : elle s'est produite constamment entre le douzième et le seizième jour, en pleine période d'état, par conséquent, et assez loin de l'époque où le dicrotisme tend à disparaître (tracé 2).



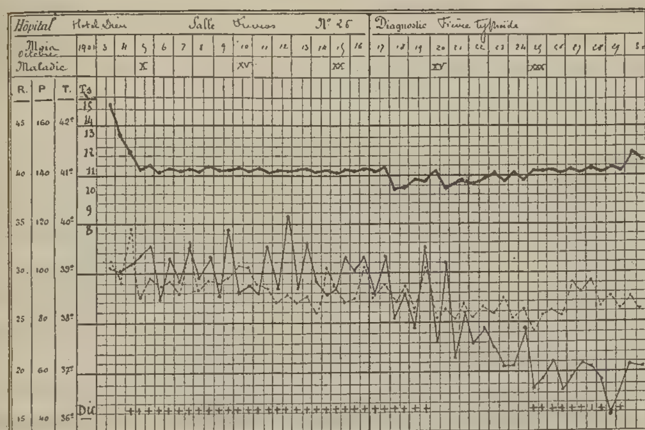
Tracé 2. — *Type de dicrotisme continu.*

Habituellement chez tous ces malades, le dicrotisme est très franc, très accusé; les deux pulsations sont bien distinctes l'une de l'autre, comme on le verra dans un tracé sphygmographique que nous donnons plus loin.

Vers la fin le dicrotisme tend à s'atténuer, et il est rare qu'il disparaisse tout à coup ; en même temps qu'il s'atténue le plus souvent il devient intermittent. On voit alors qu'il cesse d'être perceptible quelque temps pour reparaître à des intervalles de plus en plus éloignés et cette deuxième phase intermittente succédant à la phase continue peut durer huit à dix jours. Il y a donc vers la fin une double décroissance du phénomène, dans son intensité et dans sa continuité.

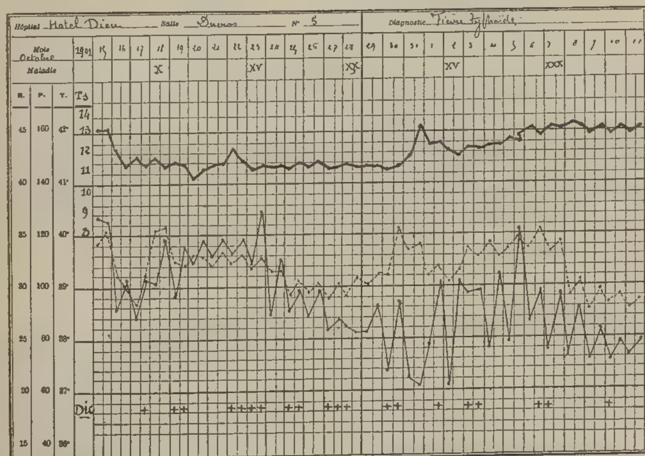
Il arrive assez fréquemment qu'après s'être espacé et même supprimé cinq à six jours, le dicrotisme repaisse à la période de défervescence pendant deux, trois ou quatre jours

(tracé 3). Il y a donc, dans ce cas, un *dicrotisme secondaire* succédant au dicrotisme primitif, mais celui-là n'atteint jamais ni la durée, ni l'intensité de celui-ci : nous l'avons rencontré 5 fois seulement; il se produit habituellement du vingtième au trentième jour; nous verrons plus tard comment il convient de l'interpréter.



TRACÉ 3. — *Type de dicrotisme secondaire.*

2° *Dicrotisme intermittent.* — Le dicrotisme s'est présenté avec des allures intermittentes dans 13 de nos observations.



TRACÉ 4. — *Type de dicrotisme intermittent.*

Cette intermittence s'établit ordinairement d'emblée, mais parfois pendant les deux ou trois premiers jours, le dicrotisme se maintient d'une manière permanente (tracé 4).

Le plus souvent le dicrotisme est moins intense lorsqu'il revêt les allures intermittentes.

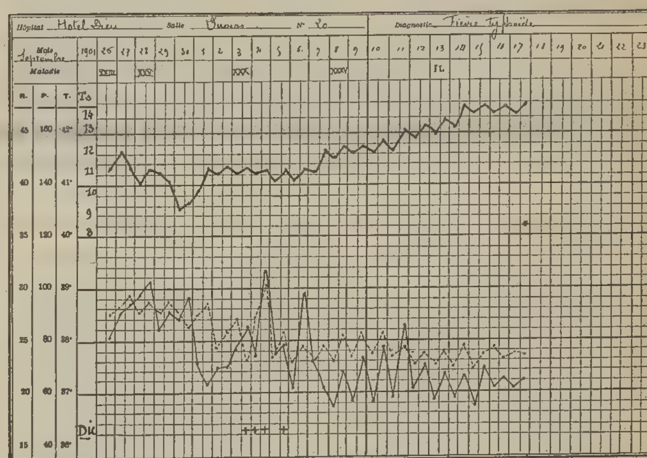
Il est assez intéressant de constater les relations qui existent entre la continuité et l'intensité du dicrotisme d'une part, et de l'autre l'intermittence jointe à la moindre intensité. Ce double fait n'a d'ailleurs rien que de très naturel, il est inutile de faire remarquer que le dicrotisme, pour être perceptible par le doigt explorateur, nécessite un degré très accentué dans le phénomène physiologique qui le produit; d'autre part, il y a toujours une assez grande variabilité dans l'intensité du phénomène; il en résulte que, pour le dicrotisme fort, les oscillations se produisent toujours dans la zone de perceptibilité : de là sa constance. Le dicrotisme faible au contraire oscille toujours autour de la limite où il est perceptible : de là l'intermittence apparente du symptôme.

A mesure qu'on s'éloigne du début le dicrotisme intermittent devient plus rare, plus faible et plus éphémère. Dans quelques cas l'intermittence est encore plus marquée puisque le pouls dicrote peut disparaître ou apparaître dans l'espace de quelques minutes, pendant la durée d'une visite.

Ainsi donc en résumé, continu ou intermittent, le dicrotisme suit dans son ensemble une marche décroissante depuis le début jusqu'à la fin de la maladie, sauf le cas où une reprise du phénomène constitue le dicrotisme secondaire.

II

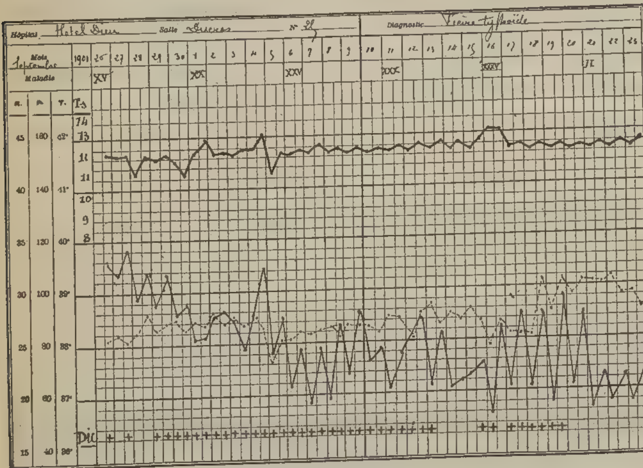
Rapports du dicrotisme avec les autres symptômes. — RELATIONS AVEC LA TEMPÉRATURE. — Si nous exceptons les faits de dicrotisme éphémère, nous constatons sur nos tracés, que le pouls dicrote a les relations les plus étroites avec le cycle thermique.

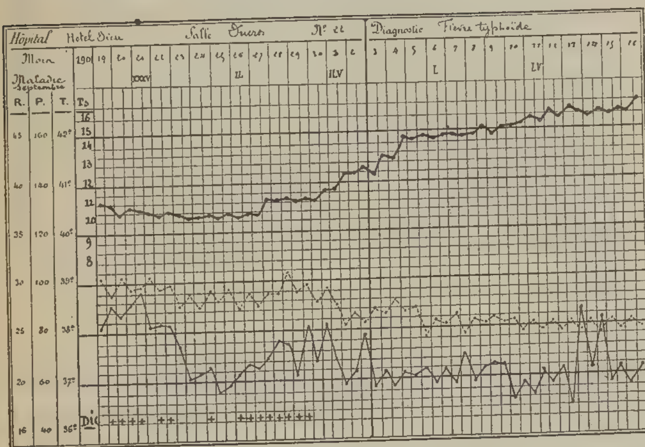


TRACÉ 5. — *Influence de la température sur l'apparition du dicrotisme.*

Pendant le cours même de la période fébrile, nous avons trouvé que les oscillations thermiques semblaient actionner le dicrotisme d'une manière très évidente et de deux façons différentes. Dans une première catégorie de faits, nous voyons une élévation momentanée de la température faire apparaître le dicrotisme d'une manière transitoire. C'est ainsi que sur notre tracé 5, appartenant à une fièvre typhoïde bénigne, la température oscillait entre 38 et 39 degrés sans dicrotisme perceptible, lorsque, au trentième jour, apparut une exacerbation fébrile durant trois jours, pendant laquelle le dicrotisme fut très perceptible, sans modifications de la tension artérielle. De même dans un autre cas, nous voyons encore une fièvre typhoïde bénigne, sans dicrotisme; la température se maintenait un peu au-dessous de 38 degrés, lorsqu'à deux reprises, le thermomètre indiqua plus de 39 degrés et chaque fois le dicrotisme apparut en même temps, sans qu'il y eût de changement dans la tension artérielle. Inversement nous voyons une chute momentanée de la température supprimer en même temps le dicrotisme. Exemple : tracé 6 : dicrotisme continu jusqu'au trente et unième jour, chute thermique durant quarante-huit heures, disparition du dicrotisme; réascension de la température et réapparition du dicrotisme jusqu'à la défervescence définitive, pas de changement dans la tension. Tracé 7 : chute de la température au trente-cinquième jour pendant trois jours, suppression du dicrotisme, nouvelle ascension de la température accompagnée d'une réapparition du dicrotisme. Tracé 3 : fièvre typhoïde moyenne, température oscillant autour de 39 et dicrotisme continu; au

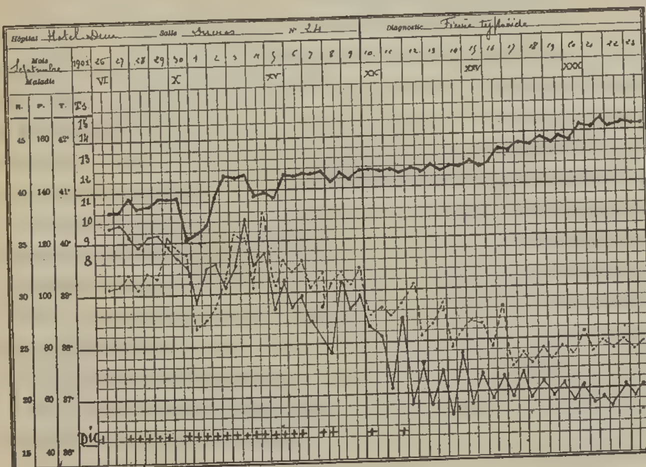
vingt-neuvième jour, nouvelle ascension pendant trois jours, retour du dicrotisme, pas de changement dans la tension artérielle.





TRACÉS 6 et 7. — *Influence de la défervescence sur la disparition du dicrotisme.*

Un autre fait très évident est que, dans la majorité des cas, le dicrotisme disparaît au moment de la défervescence. C'est ainsi que, chez 14 de nos typhiques, le dicrotisme a disparu, le jour même, le lendemain ou la veille de l'apyrexie; d'autres fois, il disparaît au moment des grandes oscillations ou pendant cette période : c'est ce que nous avons constaté chez 7 de nos malades. Par contre, il est très exceptionnel que le dicrotisme survive à la chute de la température. Nous n'avons observé le fait que 3 fois, le dicrotisme ayant persisté six, sept et huit jours après la chute de la fièvre.

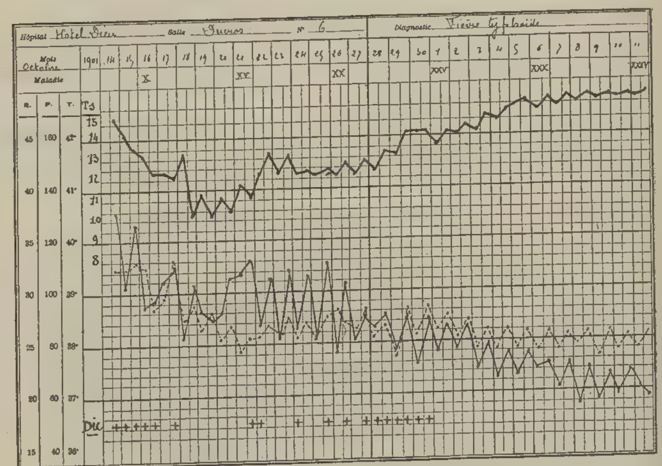


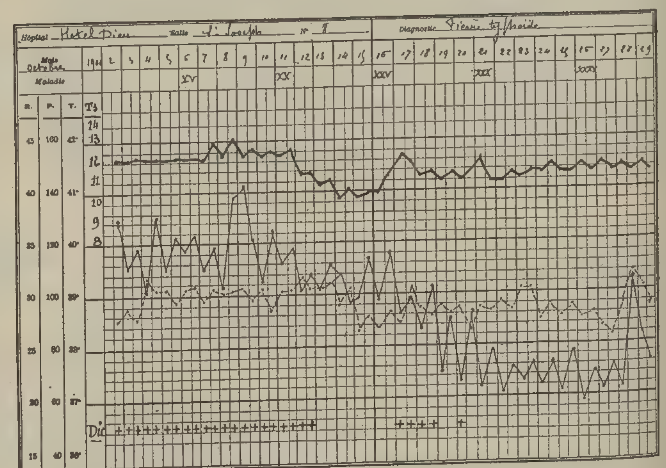
TRACÉ 8. — *Influence de la défervescence.*

En résumé : 1° pendant le cours de la maladie une ascension brusque de la température a pour effet de faire apparaître le dicrotisme, et une défervescence momentanée le fait ordinairement disparaître; 2° la disparition du dicrotisme coïncide généralement avec la défervescence, s'il s'est maintenu jusque-là.

Relations avec la tension. — Les recherches de Potain nous ont appris que la tension artérielle dans la fièvre typhoïde marque plus souvent 13 au sphygmogrammètre. Or nous avons constaté que le dicrotisme se rencontre avec cette tension ou plus souvent avec une tension un peu inférieure, c'est-à-dire marquant 12 ou 11; le pouls dicrote coïncide donc habituellement avec une tension légèrement plus basse que la tension moyenne rencontrée chez les typhiques.

Si maintenant nous suivons, chez nos différents malades, la marche de la tension et celle du dicrotisme, les relations de ces deux ordres de phénomènes apparaissent d'une manière très frappante. D'une façon générale, *le dicrotisme disparaît lorsque la tension s'éloigne de la moyenne, soit pour se relever, soit pour s'abaisser*. C'est ainsi par exemple que, chez un typhique présentant un dicrotisme persistant, avec une tension oscillant entre 12 et 13, nous voyons vers le troisième septénaire la tension fléchir à 11, 10 et 9, et le dicrotisme disparaître en même temps; puis la tension se relevant au bout de deux ou trois jours, le dicrotisme reparaît; enfin la tension remontant aux approches de la convalescence, le

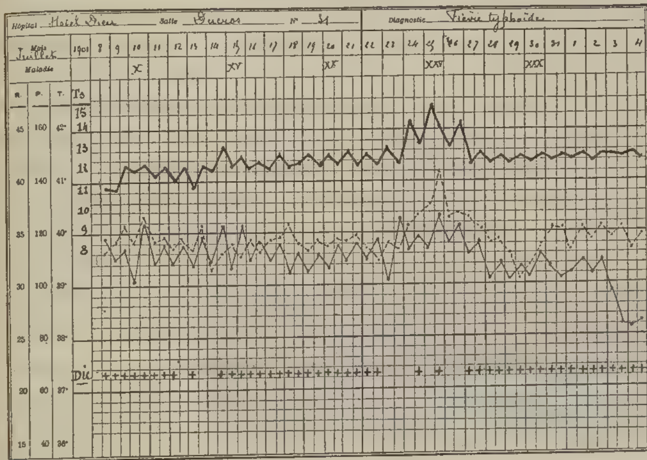




TRACÉS 9 et 10. — *Influence de l'abaissement de la tension sur la disparition du dicrotisme.*

dicrotisme disparaît définitivement. Nous constatons cette influence de l'abaissement de la tension sur la disparition du dicrotisme, dans 6 de nos observations.

D'autres fois, c'est au contraire un relèvement passager de la tension qui fait disparaître transitoirement le dicrotisme, la tension marquant 12, si elle se relève à 14 pendant quelques jours pour redescendre à 12, ce dicrotisme disparaît



Tracé 11. — *Influence du relèvement de la tension sur la disparition du dicrotisme.*

momentanément au moment où la tension s'était élevée. Cette éventualité, plus rare que la précédente, s'est rencontrée dans notre tracé 11.

Nous ferons remarquer, du reste, que dans ces modifications de la tension entraînant une disparition du dicrotisme, ce sont surtout les changements en plus ou moins de la tension, qui paraissent actionner le dicrotisme. C'est ainsi qu'une tension, jusqu'alors à 13, s'abaissant à 11 tout d'un coup, entraîne une disparition du dicrotisme, alors qu'une tension, se maintenant à 11 depuis assez longtemps, peut coïncider parfois avec un dicrotisme persistant.

Dans quelques cas de dicrotisme éphémère, nous voyons aussi la tension et le dicrotisme marcher parallèlement, la tension initiale étant de 12 ou 13 avec dicrotisme; si elle s'abaisse à 10 pour s'y maintenir, celui-ci ne reparaîtra plus. De même que nous avons vu la chute de la température entraîner la disparition du dicrotisme à la fin de la maladie, de même le relèvement de la tension pendant la convalescence coïncide avec l'absence du dicrotisme. Il y a même dans un grand nombre de cas concordance parfaite entre les trois phénomènes : défervescence, relèvement de la tension et disparition du dicrotisme. Dans ces cas qui marquent pour ainsi dire l'évolution normale de la fièvre typhoïde, nous voyons sur nos tracés le dicrotisme faire défaut au point précis de l'intersection de la tension artérielle et de la température; mais d'autres fois, l'une de ces deux conditions peut actionner le dicrotisme d'une façon indépendante. Dans quelques cas, en effet, nous voyons celui-ci disparaître sous l'influence du relèvement de la tension, avant que la température ne soit redevenue normale. Dans d'autres, au contraire, la chute thermique entraîne la disparition du dicrotisme avant que la tension ne se soit relevée.

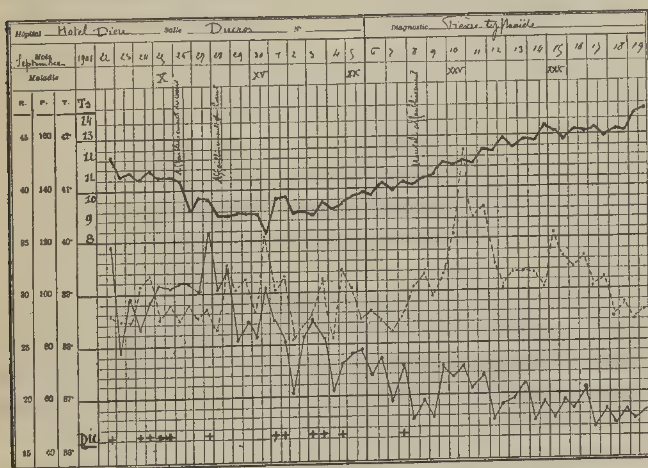
Si nous parcourons maintenant des tracés à des malades chez lesquels le dicrotisme était absent, nous constatons qu'ils peuvent être divisés en deux catégories : les premiers sont ceux où la tension est élevée marquant 14 et au-dessus (8 observations appartiennent à cette variété) ; une seconde catégorie est celle des typhiques à tension basse marquant 10, 9 et même 8 : nous avons encore 8 observations se rapportant à cette variété dans laquelle se trouvent les typhiques chez lesquels le cœur était affaibli, présentant des modifications sensibles du pouls et de l'énergie cardiaque. Une remarque aussi singulière peut être faite en dépouillant nos tracés : lorsqu'on constate une hypotension notable au début, le relèvement de la tension vers la fin de la maladie ne suffit pas à faire apparaître le dicrotisme. D'un autre côté, parmi les typhiques chez lesquels la tension a encore manqué, nous n'en trouvons que 7 ayant présenté une tension moyenne de 13 à 12, c'est-à-dire que la tension moyenne ne se rencontre guère que dans le tiers des cas, lorsque le dicrotisme manque, alors que cette tension est celle que l'on rencontre le plus souvent chez les typhiques pris en bloc.

Pour conclure ce paragraphe, nous dirons que le dicrotisme a les relations les plus étroites avec les variations de la tension : 1° il coïncide ordinairement avec une tension de 11 à 13, tension légèrement inférieure à la moyenne de la fièvre typhoïde; 2° l'élévation à 14 et au-dessus et l'abaissement à 10 et au-dessous ont pour effet de faire disparaître le dicrotisme.

Relations avec la fréquence et l'amplitude du pouls. — Les relations du dicrotisme avec la fréquence du pouls ne paraissent, par contre, pas très étroites. En général, le phénomène s'observe avec une fréquence moyenne oscillant autour de 100 ou entre 100 et 120; mais cette règle est loin d'être constante : c'est ainsi que nous avons rencontré le dicrotisme avec 140 pulsations et au-dessus. Toutefois, c'est là un fait exceptionnel. D'autre part, nous avons observé le dicrotisme avec un pouls se maintenant au-dessus de 80 et descendant même à 64, tandis que la température se maintenait à 39 degrés. Quant à l'influence que peuvent exercer sur le dicrotisme les changements survenus dans la fréquence du pouls, elle est très difficile à distinguer de celle que peuvent déterminer les variations de température : les deux phénomènes, en effet, sont le plus souvent parallèles. Cependant, dans quelques tracés, nous avons pu saisir ces changements isolés. On voit, en effet, quelquefois après l'apyrexie, avec une tension redevenue à la normale, le dicrotisme persister en même temps que le pouls reste fréquent. Le tracé 32 nous montre qu'après la défervescence, la tension se maintient entre 12 et 13, le pouls reste entre 100 et 120 et le dicrotisme continue. La relation est encore plus nette dans le tracé 2 : après la défervescence, le dicrotisme persistait avec un pouls de 100 et n'a disparu qu'au bout de dix jours en même temps que le pouls tombait à 80. Par contre, l'amplitude du pouls est une condition indispensable pour que le dicrotisme puisse être nettement apprécié. C'est là un fait tellement évident que nous ne saurions y insister. Même dans les cas exceptionnels où le dicrotisme existait en dépit d'une tension basse et d'un affaiblissement de l'énergie cardiaque, le pouls conservait néanmoins une amplitude très notable et nous pouvons dire que d'une manière générale le dicrotisme est d'autant plus nettement perceptible que l'amplitude du pouls est plus grande. C'est ce que l'on pourra vérifier dans les tracés ci-dessous.

Relations avec les troubles cardiaques. — L'influence des troubles cardiaques sur la production du dicrotisme

ressort très nettement de l'ensemble de nos observations. Disons d'abord que nous nous sommes trouvés à ce point de vue dans des conditions particulièrement favorables. Les déterminations cardiaques ont été, en effet, fréquentes dans la série des malades que nous avons observés. Nous avons rencontré des troubles cardiaques plus ou moins accentués chez 21 de nos 50 typhiques. Dans cette série, le dicrotisme a été constaté 11 fois; inversement chez 10 autres, nous avons noté des troubles très accentués (assourdissement très marqué des bruits, souffles, embryocardie, tachycardie, hypotension, menace de syncope) et le dicrotisme a constamment fait défaut. Au contraire, chez les 29 typhiques dont le cœur était normal, le dicrotisme a été noté 23 fois. Il résulte donc de cette première constatation que le pouls dicrote est plus fréquent lorsque le cœur est peu touché et que son énergie reste entière. Ce qui vient encore à l'appui de cette constatation, ce sont les particularités suivantes que nous avons relevées dans nos observations où se rencontraient le dicrotisme et les modifications du cœur. Tout d'abord, nous voyons que dans un assez grand nombre de cas, le dicrotisme coïncidait avec des modifications très légères des fonctions cardiaques, caractérisées par un léger assourdissement du premier temps, par une légère inégalité du pouls, alors que la tension se maintenait entre 11 et 12. Chez d'autres malades, l'apparition des phénomènes cardiaques, loin de coïncider avec le dicrotisme, a manifestement alterné avec la production de ce phénomène. C'est ainsi que, dans un cas, l'assourdissement des bruits du cœur est apparu le vingt-troisième jour, en même temps que disparaissait le dicrotisme constant jusque-là. Dans un autre cas, nous voyons l'embryocardie apparaître le vingt-deuxième jour, tandis que le pouls devenait plus faible et rapide, que la tension tombait de 13 et 12 à 10 et 9 et que le double rebondissement n'était plus perceptible.



Tracé 12. — *Influence des troubles cardiaques.*

De même encore dans notre tracé 12 au quinzième jour, les bruits du cœur s'assourdissent, la tension tombe à 8 et à 9 et le dicrotisme disparaît, pour reparaître faiblement tandis que le cœur se relevait pendant quelques jours; puis au vingt-troisième jour, de nouveau, le cœur fléchissait, entraînant la disparition du dicrotisme. Tous ces faits constituent donc une démonstration de l'influence de l'énergie cardiaque sur la production du dicrotisme.

Nous devons cependant à la vérité de dire que l'intégrité relative du muscle cardiaque n'est pas une condition nécessaire pour la production du pouls dicrote. Déduction faite des observations où le dicrotisme a coïncidé avec des troubles cardiaques légers, et de celles où les deux ordres de phénomènes ont alterné, il nous reste un solde de quatre observations, dans lesquelles nous avons constaté l'existence du dicrotisme, alors que les troubles cardiaques présentaient une très grande intensité : le pouls s'est maintenu dicrote tant qu'il a été perceptible, et jusqu'au voisinage de la mort.

Nous pouvons résumer ce qui précède dans les propositions suivantes :

1° Le dicrotisme coïncide dans la majorité des cas avec l'absence de perturbations cardiaques et réciproquement dans les formes cardiaques de la fièvre typhoïde, il manque généralement; 2° le dicrotisme coïncide quelquefois avec des signes cardiaques légers; 3° l'apparition des troubles cardiaques a souvent pour effet de faire disparaître le dicrotisme; 4° dans des cas exceptionnels le dicrotisme peut coïncider avec des troubles cardiaques graves.

III

Pathogénie. — Si nous voulons maintenant interpréter les résultats précédents, nous voyons qu'ils concordent merveilleusement avec les notions physiologiques que nous possédons sur le mécanisme du pouls dicrote. Marey nous a appris par ses mémorables recherches que les conditions propres à augmenter le dicrotisme physiologique sont les suivantes :

1° La brusquerie de l'ondée sanguine;

2° L'élasticité des vaisseaux ;

3° La faiblesse de la tension artérielle.

C'est la réunion de ces trois conditions qui explique la fréquence du dicrotisme dans la fièvre typhoïde. D'autre part, les modifications que peuvent subir ces trois facteurs dans le cours de la dothiénentérie nous permettent d'expliquer les changements que présente le pouls dicrote chez les typhiques.

A. Brusquerie de la contraction cardiaque (1). — Elle est fonction de la fièvre et de l'intégrité relative du muscle cardiaque. Ceci nous explique, d'une part, les relations très étroites que le dicrotisme présente avec le cycle thermique: le dicrotisme apparaît, nous l'avons vu, au cours de la maladie, sous l'influence d'une exacerbation fébrile, ou inversement il disparaît avec une défervescence momentanée; et enfin la disparition du dicrotisme avec la chute définitive de la température, est la démonstration la plus éclatante de l'action de la fièvre sur le dicrotisme.

La brusquerie de la contraction se rencontre le plus souvent avec l'intégrité du muscle cardiaque. C'est là la seconde condition qui favorise la production du pouls dicrote. Nous trouvons ici l'explication de ce fait sur lequel nous avons insisté après tous les auteurs, à savoir que le dicrotisme n'est jamais plus marqué qu'au début de la maladie,

(1) Dans des recherches très remarquables exécutées à l'aide d'une instrumentation très ingenieuse (sphygmogène à détente brusque), M. le docteur Pachon (de Bordeaux) a mis en évidence un facteur très important dans la production du dicrotisme : la vitesse de décontraction des ventricules déterminant elle-même l'accélération de la chute des sigmoïdes aortiques. Cette vitesse de décontraction, ainsi que le fait remarquer M. Pachon, est liée à la question de l'élasticité cardiaque dont la valeur et les variations seraient utiles à apprécier en pathologie. Elle joue sans doute, ainsi que le pense M. Pachon, un rôle très important dans la fièvre typhoïde.

au moment où l'intégrité de la fibre cardiaque prête toute son énergie à l'incitation fébrile. L'affaiblissement progressif et en quelque sorte normal de l'énergie du cœur dans le cours de la fièvre typhoïde constitue la cause majeure de l'affaiblissement progressif du dicrotisme dans les périodes avancées de la maladie. Enfin, il n'est pas surprenant que le dicrotisme fasse habituellement défaut dans les formes cardiaques de la dothiénentérie. Si quelque chose a lieu de nous surprendre, c'est de trouver un pouls dicrote dans des cas, il est vrai exceptionnels, où le muscle cardiaque paraissait altéré. Faisons remarquer toutefois que, selon l'expression très judicieuse de Marey, la production du dicrotisme est due à la brusquerie de la contraction cardiaque plutôt qu'à son énergie proprement dite. Peut-être les deux choses ne sont pas fatalement liées l'une à l'autre, et peut-être dans quelques cas la rapidité de la contraction cardiaque suffit-elle à produire le dicrotisme bien que le muscle ait perdu une partie de sa force (1).

B. Élasticité des vaisseaux. — On sait que l'élasticité des parois artérielles est d'autant plus grande que leur contractilité est affaiblie. Or Marey et après lui tous les physiologistes ont insisté sur ce fait capital que l'affaiblissement de la contractilité cardiaque constitue la grande cause de la fréquence et de l'intensité du dicrotisme dans la fièvre typhoïde.

Il nous faut revenir ici sur la précocité du dicrotisme dans cette maladie ; ce fait nous permet de supposer avec quelque raison que l'action en quelque sorte spécifique de la toxine typhoïdique sur la fibre musculaire lisse des artères est très rapide. Cet affaiblissement de la contractilité explique d'ailleurs, on le sait, l'amplitude et la largeur du pouls au début de la maladie, amplitude si favorable à l'exagération du dicrotisme normal. On peut se demander même si cette action de la toxine typhique sur la fibre musculaire artérielle n'est pas plus précoce que celle qu'elle exerce sur la fibre musculaire cardiaque, puisque nous constatons en même temps le pouls ample et des contractions cardiaques énergiques. C'est même à la réunion de ces deux conditions et, pour mieux préciser encore, à l'antériorité de l'action de la toxine sur la fibre artérielle, alors que le muscle cardiaque est à peine touché, que nous devons les conditions optimæ de la production du dicrotisme dans la période de début de la maladie.



Type de pouls dicrote dans la fièvre typhoïde.

C. Hypotension artérielle. — L'abaissement de la tension artérielle est la troisième condition productrice du dicrotisme. Potain a classé, dans son livre posthume sur la pression artérielle, la fièvre typhoïde parmi les maladies à faible tension et les recherches d'Alezais et François ont bien établi la réalité de ce fait. Or l'affaiblissement de la tension est réalisé dès le début de la maladie par la diminution de la résistance artérielle, et plus tard par l'affaiblissement de la contraction cardiaque. Nous avons constamment trouvé, chez nos typhiques présentant un pouls dicrote, une tension artérielle basse, variant entre 11 et 13. Toutefois une tension artérielle trop faible, coïncidant avec une impulsion cardiaque insuffisante, ne permet plus au phénomène du double rebondissement de se produire. C'est ce que l'on peut observer sur un grand nombre de tracés, où nous voyons le dicrotisme disparaître momentanément pendant la période d'état, sous l'influence d'un fléchissement de la tension. C'est l'explication de la disparition momentanée que nous avons rencontrée quelquefois dans les formes de dicrotisme continu pendant la période d'état. Inversement le relèvement de la tension artérielle trop affaiblie jusque-là explique la réapparition du dicrotisme à une période avancée de la maladie. C'est ce que nous avons appelé le dicrotisme secondaire.

Enfin, nos tracés montrent d'une manière très nette que la disparition du pouls dicrote, aux approches de la convalescence, coïncide très fréquemment avec le relèvement de la tension dans les chiffres de 14, 15 ou 16, supérieurs aux chiffres de 12 et 13, mesurant la tension favorable à la production du phénomène (2).

IV

Conclusions. — Nous résumerons cet exposé en disant que le *dicrotisme dans la fièvre typhoïde est la résultante de l'influence combinée de l'éréthisme cardiaque, de l'affaiblissement de la contractilité artérielle et de l'hypotension vasculaire*, conformément aux lois établies par Marey, et que le pouls dicrote dans la dothiénentérie n'a de valeur que s'il est interprété. Ainsi rapproché de ses différentes causes productrices, le dicrotisme peut nous donner les renseignements les plus précieux sur l'état de la circulation chez les typhiques.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

9 juillet 1902)

Nous revenons en quelques mots sur la communication de M. Mignon qui a soulevé une discussion assez intéressante au cours de laquelle se sont manifestées quelques protestations énergiques. M. Mignon, dans la dernière

---

(1) Ce qui vient à l'appui de notre manière de voir c'est ce que M. le professeur Livon a constaté expérimentalement, à savoir que dans certaines intoxications le cœur bien qu'affaibli se contracte très brusquement. (Communication orale au comité médical des Bouches-du-Rhône, séance du 30 mai 1902.)

(2) En ce qui concerne l'influence de la tension artérielle sur le dicrotisme, M. Pachon et son élève M. Delaure font remarquer qu'elle est double. Elle est à la fois un facteur de résistance en ce que l'artère résiste d'autant plus à la déformation que la tension est plus élevée, et un facteur de puissance en ce que la vitesse de chute des sigmoïdes, dont est fonction, pour une part, la grandeur de l'onde dicrote, varie au contraire dans le même sens que la tension artérielle. Peut-être peut-on trouver dans cette double influence contraire l'explication de l'action variable de la tension sur le dicrotisme chez les typhiques. Nous nous proposons d'ailleurs de revenir sur cette question dans des recherches que nous allons poursuivre.

séance, a présenté trois jeunes soldats qu'il a traités d'**ectopie testiculaire par la section de tous les vaisseaux du cordon.** Le procédé est basé sur ce fait que, dans l'ectopie testiculaire, l'organe est surtout retenu par son pédicule vasculaire. En sectionnant tous les éléments de ce pédicule, on parvient facilement à faire descendre le testicule dans les bourses; il est inutile de pratiquer l'orchidopexie. L'artère déférentielle, ménagée avec le cordon, suffit à assurer la nutrition du testicule. Chez trois malades opérés par M. Mignon, et qui le sont respectivement depuis un an, six mois et trois mois, les testicules ont conservé leur fermeté et leur volume, et si leur puissance fonctionnelle est très discutable, leur vitalité ne semble du moins nullement compromise.

Après cette communication, M. Lucas-Championnière, tout en félicitant M. Mignon des résultats obtenus, pensait qu'il ne faudrait pas considérer ces résultats comme définitifs, trop peu de temps s'étant écoulé depuis l'opération. M. Lucas-Championnière citait un cas où, après onze ans, il a dû réséquer un testicule qui était remonté contre l'anneau inguinal qu'il comprimait, causant des douleurs insupportables. La section de tous les vaisseaux du cordon n'est d'ailleurs pas si inoffensive que le pense M. Mignon, et M. Lucas-Championnière a vu plusieurs fois survenir, à la suite de cette opération, des nécroses du testicule.

Dans notre dernier compte rendu nous avons fait connaître les réflexions et les objections qui ont été présentées par MM. Bazy, Sébileau, Broca, Kirmisson et Routier. Dans la séance d'hier la discussion a été reprise sur le même sujet et M. Lucas-Championnière a de nouveau repris la parole et est revenu sur la valeur des testicules conservés dans ces conditions. Il ne faut pas, dit-il, exagérer cette valeur. Il n'existe presque pas d'observations de testicule ectopié contenant des spermatozoïdes. Dans sa propre statistique, M. Championnière compte deux malades chez lesquels il a abaissé des testicules qui paraissent bons. Mais ce qu'il peut affirmer, c'est que tous ceux qu'il a enlevés ne valaient rien. M. Championnière ajoute, avec raison, qu'il ne faut pas seulement envisager le testicule au point de vue de la spermatogenèse. Le testicule le plus misérable peut suffire encore pour déterminer l'érection. Il y a donc avantage à les conserver autant que possible, et le premier devoir du chirurgien est de faire tous ses efforts pour conserver les testicules. M. Mignon a été heureux dans les résultats immédiats qu'il a obtenus, mais l'avenir des testicules qu'il a abaissés par la section de tous les vaisseaux est bien précaire. En outre, il faut bien savoir que, dans ces cas, on s'expose à avoir des accidents immédiats de nécrose. Enfin on ne saurait accepter comme méthode générale le procédé employé par M. Mignon.

M. Delbet s'est toujours appliqué à conserver tous les éléments du cordon et tous les vaisseaux. Dans certains cas, il faut bien le reconnaître, cela est impossible; alors il y a trois conduites à tenir : réduire le testicule dans l'abdomen, l'enlever ou le greffer. M. Delbet a eu recours souvent à cette greffe, dans quelques cas, il a dû couper tous les vaisseaux en conservant le canal déférent. Il ne s'est jamais leurré de l'espoir que l'artère déférentielle nourrirait un testicule auquel elle ne se rend pas. Que deviennent ces testicules ainsi greffés? Les uns s'atrophient, d'autres gardent un volume appréciable. Ces derniers, outre la satisfaction qu'ils procurent à ceux qui les portent et sur laquelle a insisté M. Broca, donnent encore des effets importants, produisent encore une certaine puissance, une certaine possibilité d'érection. C'est ainsi que des testicules, très atrophiés histologiquement, peuvent encore jouer un certain rôle au point de vue physiologique.

Grâce à un vétérinaire de ses amis, M. Delbet a pu faire des observations et des expériences très curieuses sur les animaux. Il a pu constater, par exemple, que sur des chevaux, des testicules ectopiés dont l'examen histologique révélait une absolue incapacité de spermatogenèse, donnaient encore une certaine ardeur aux étalons qui les portaient. Donc même atrophié, un testicule n'est jamais complètement inutile; il faut donc conserver autant que possible les testicules.

Quant à la communication de M. Mignon, si elle a pour but de démontrer que les vaisseaux sont inutiles et qu'on peut les couper impunément, M. Delbet s'inscrit absolument en faux contre cette manière de voir.

M. Quénu partage l'avis de ses collègues : mais il insiste en outre sur ce point que le testicule, en dehors de la spermatogenèse, exerce une action encore mal connue, mais incontestable sur le système nerveux. Or, dans l'opération qu'il propose, M. Mignon coupe tout, les nerfs comme le reste. La conservation des nerfs est indispensable, aussi bien que celle des vaisseaux. Les testicules ainsi conservés sont voués à une atrophie plus ou moins éloignée. Or, si l'on coupe tout, vaisseaux et nerfs, autant vaut couper le testicule lui-même.

Dans une argumentation très serrée et quelque peu sévère pour l'opération proposée par M. Mignon, M. Félizet refait toute l'histoire de l'ectopie testiculaire, de la valeur des testicules ectopiés, abaissés ou non. Discutant tout d'abord les cas présentés et l'opération proposée par M. Mignon, son ingénieux collègue, M. Félizet rappelle les objections qui lui ont été présentées et loue la franchise avec laquelle chacun est venu raconter ses mécomptes en matière d'abaissement de testicules ectopiés; beaucoup, en effet, ont déclaré avoir vu se produire l'atrophie de ces testicules abaissés; la plupart ont porté un pronostic plutôt sombre au sujet des testicules des malades présentés par M. Mignon. Eh bien, M. Félizet ne trouve pas qu'on ait été encore assez sévère pour M. Mignon, et pour justifier son opinion, il passe en revue tous les travaux antérieurs qui ont été faits sur ce sujet, il rappelle les statistiques qui ont été publiées, statistiques, à vrai dire, peu encourageantes, et il arrive à cette conclusion que rien ne justifie les propositions audacieuses qui ont été faites à la Société de chirurgie.

M. Moty apprécie les bons résultats immédiats obtenus par M. Mignon; mais, comme tous ses collègues, il fait toutes réserves sur l'avenir de ces testicules. M. Moty soumet à l'appréciation de ses collègues une thèse, récemment passée à Lille, dans laquelle l'auteur démontre l'existence, 7 fois sur 10, d'une anastomose spermatico-déférentielle qui peut jouer un grand rôle au point de vue de la conservation du testicule.

M. Delorme, à l'audition des faits présentés par M. Mignon, a d'abord cru qu'il s'agissait d'un procédé d'exception. Mais la lecture de la communication de M. Mignon le laisse perplexe; à cette lecture, il ne s'agirait plus d'un procédé d'exception, mais bien d'un procédé d'élection. Dès lors, M. Delorme s'élève de toutes ses forces contre une opération qu'il regarde, dans ces conditions, comme nuisible et inutile. Cette opération ne doit être pratiquée que quand on peut se contenter de couper quelques tractus fibreux et

quand on peut mobiliser le testicule pourvu de tous ses vaisseaux et ses nerfs.

M. Mignon, absent à cette séance, ne manquera certainement pas de se défendre contre les attaques dont il a été l'objet.

M. Pauchet (d'Amiens) communique une observation ainsi intitulée : **Fistule ombilico-vésicale; résection sous-péritonéale de l'ouraque et d'une poche urineuse accessoire; guérison.** Il s'agit d'un enfant de cinq ans, qui présentait un écoulement ombilical d'urine par intermittences de quatre ou cinq jours, accompagné de douleurs abdominales. Pas d'autres malformations génito-urinaires. M. Pauchet pratique l'opération suivante : incision médiane longue de façon à aviver les muscles droits sur une grande étendue et à lier l'ouraque très bas. En arrière de l'ombilic fistuleux se trouve une poche épaisse et tout à fait semblable à une vessie rétractée. La muqueuse qui la tapisse est épaisse et sillonnée de plis profonds dans le sens axial. A cette poche fait suite l'ouraque, sous forme d'un cordon plat et mince, long de 3 centimètres, large de 2 ou 3 millimètres, et aboutissant au sommet de la vessie. Le canal est lié au ras de la vessie, puis sectionné; le moignon est enfoui sous une suture en bourse. Pas de sonde à demeure. Guérison en dix jours. La résection de l'ouraque a déjà été faite par Henri Delagénière et par Monod. Mais ces auteurs ont pratiqué l'ouverture du péritoine. Or il est préférable de ne pas inciser la séreuse abdominale, car la plaie ombilicale est difficile à désinfecter et la suture de la vessie peut céder.

M. Chaput a employé les **agrafes de Michel** une fois pour un pédicule saignant de myomectomie, deux fois pour fermer le moignon de l'appendice, deux fois pour suturer le péritoine pelvien après l'hystérectomie abdominale, deux fois pour hémostasier des surfaces intestinales saignantes et pour quatre opérations sur le tube digestif (trois gastro-entérostomies et une entéro-anastomose). Sauf un, tous ces malades ont guéri.

Les agrafes rondes sont préférables dans l'espèce aux agrafes plates.

Elles sont très bien tolérées par le péritoine; une des malades (myomectomie) en conserve encore après une année, ainsi que l'a montré la radiographie.

Sur une autre malade, qui a survécu six mois après une gastro-entérostomie, la plupart des agrafes ont été éliminées par l'intestin.

M. Chaput trouve les agrafes préférables aux sutures pour plusieurs raisons :

1° On les applique avec une rapidité dix fois plus grande que les sutures avec fils;

2° Elles sont faciles à placer, même dans les endroits inaccessibles pour les aiguilles;

3° Étant lisses et métalliques, elles ne s'infectent pas comme les fils;

4° Elles entrent à frottement dur dans les tissus et ne laissent pas autour d'elles un pertuis qui sert de voie à l'infection, à l'inverse des fils qu'on place dans des trous beaucoup plus larges qu'eux-mêmes.

Ajoutons que les formes mousses des agrafes les rendent inoffensives pour l'intestin.

M. Routier présente un homme qui avait eu une **fracture du fémur** consolidée avec une énorme déformation et 11 centimètres de raccourcissement. Il lui pratique une opération réparatrice, qui avec l'aide de l'appareil de M. Hennequin, destinée à obtenir l'allongement du membre, a donné un excellent résultat. Cet homme n'a plus que 1 centimètre de raccourcissement et marche très bien.

M. Jalaguier présente plusieurs enfants atteints de **coxalgie**, immobilisés dans des appareils en celluloïd de M. Ducroquet. Ces appareils, extrêmement légers, sont très bien supportés.

REVUE DES THÈSES

Considérations sur les néphrites à longue échéance et les albuminuries prolongées. Éléments de pronostic dans les néphrites, par M. le docteur Irimescu (Th. de Paris, 1902.)

Le rein règle la composition du sang en eau et en matériaux dissous.

Une portion peu étendue, cependant, de la substance rénale peut suffire à ce rôle.

Les expériences de Bradford montrent qu'avec un tiers de la substance rénale laissée en place, les animaux ont une survie très longue (dix-huit mois et plus dans quelques expériences).

Si l'on admet que le rein fonctionne en même temps comme une glande à sécrétion interne, et les faits cliniques d'anurie calculeuse et hystérique longtemps supportée, d'une part, les faits expérimentaux de l'autre, parlent en faveur de cette conception, on peut comprendre, en procédant par analogie, avec ce qui se passe pour les autres glandes à sécrétion interne, qu'une petite portion du parenchyme rénal puisse suffire aux besoins de l'organisme.

En considérant tous ces points, l'on peut se rendre compte de la longue survie et de l'état de santé satisfaisant d'un certain nombre de cas de néphrites.

Les albuminuries dites fonctionnelles peuvent, dans un certain nombre de cas, aboutir à un mal de Bright confirmé, après n'avoir causé aucun trouble de la santé ou, en tous cas, après n'avoir donné lieu qu'à des symptômes très légers. C'est une des modalités de néphrites à longue échéance. L'exploration fonctionnelle des reins et la prise en considération de tous les symptômes concomitants est indispensable dans ces cas, pour établir leur pronostic.

Les albuminuries dites résiduales, observées à la suite de néphrites infectieuses et persistant comme un symptôme en apparence isolé, entrent dans la même catégorie de faits et doivent être soumises aux mêmes règles.

Les néphrites qui suivent à long intervalle les maladies infectieuses, peuvent être considérées, dans un certain nombre de cas, tout au moins, comme des néphrites latentes à longue échéance.

Par l'anatomie pathologique qui montre l'existence de lésions parcellaires, dans un certain nombre de cas de néphrite, et aussi l'hypertrophie possible du tissu resté sain; par la physiologie pathologique qui, dans les expériences de Claude Bernard, d'Achard et de Loeper met en évidence la suppléance exercée par les autres organes, lors de la suppression fonctionnelle du rein, pour le maintien de la composition constante du sang; par la clinique enfin qui, dans la diarrhée des rénaux, dans les sueurs et la sialorrhée des brightiques fait voir le rôle des organes vicariants, l'on peut comprendre l'évolution parfois si lente des cas de néphrite.

Les observations que M. Irimescu a pu recueillir, soit personnellement, soit dans la littérature médicale, se rapportent à une de ces catégories de néphrite à longue échéance.

De la luxation congénitale de la tête du radius, par M. le docteur Raymond Riss. (Th. de Paris, 1902.)

La luxation congénitale du radius est une malformation. La luxation unilatérale est plus fréquente que la luxation bilatérale. La variété la plus fréquente est la luxation en arrière, la moins fréquente, la luxation en dehors. Le sexe masculin semble plus prédisposé que le sexe féminin. L'hérédité joue dans l'étiologie un rôle certain. Il est fréquent de constater la coexistence de diverses malformations congénitales avec la luxation du radius.

La pathogénie de cette affection est celle de toutes les maladies congénitales. Les malformations originelles que l'on constate sur les différentes parties de l'articulation sont assez variées. Le radius est souvent plus long que le cubitus et cet allongement est réel et non pas apparent. Il peut être légèrement tordu. La tête radiale est généralement plus ou moins déformée; elle a souvent subi un arrêt de développement. Le col peut être allongé ou ne pas exister. L'humérus présente presque toujours une formation défectueuse de ses parties articulaires. Le condyle de Chaussier peut manquer totalement. Le cubitus présente souvent un arrêt de développement. Il n'y a pas de rupture des ligaments, qui sont souvent normaux. Il est fréquent d'observer une sorte de capsule surnuméraire qui recouvre la tête du radius. Les muscles sont souvent atrophiés.

La luxation congénitale du radius est rarement reconnue à la naissance. Elle n'est souvent constatée que sur le cadavre. L'attention peut être attirée sur elle par le phénomène de l'accrochement de la tête radiale, ou plus souvent par un quelconque des symptômes fonctionnels. Les signes physiques sont : l'atrophie du bras, l'augmentation d'un des diamètres du coude, l'existence d'une dépression au-dessous de l'épicondyle, la présence de la tête radiale en un lieu anormal. Les signes fonctionnels sont : des troubles variés de la flexion, de l'extension, de la pronation et de la supination. Ces signes fonctionnels manquent souvent dans les luxations en dehors.

Le diagnostic de congénitalité repose surtout sur l'apparition de la lésion dans les premières années de la vie, en l'absence de tout traumatisme et de toute arthrite. L'intégrité de l'appareil ligamentaire et la conformation défectueuse des surfaces articulaires permettent aussi de reconnaître la luxation congénitale.

Le pronostic vital est bénin. Le pronoctic fonctionnel est rarement sérieux, surtout pour les luxations en dehors. Il est des cas pourtant où l'impotence est très prononcée. Dans les cas où les signes fonctionnels sont minimes, il n'y a pas lieu d'intervenir chirurgicalement. Quand l'impotence est réelle, le traitement chirurgical donne d'excellents résultats. Le procédé de choix est la résection de la tête radiale.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de technique opératoire (1), par Ch. Monod et J. Vanverts.

A côté des livres excellents qui sont dans toutes les mains où sont décrites les opérations chirurgicales courantes et de ceux où les questions d'indications chirurgicales sont largement exposées, il y avait place pour un traité de technique pure devant servir, non à décider si telle opération doit être faite, mais à montrer, la décision une fois prise, comment elle doit être conduite.

(1) Gr. In-8°, avec de très nombreuses figures dans le texte. Prix en souscription : 35 francs. — Le tome I, formant un volume de 960 pages, illustré de 932 figures, est actuellement en vente au prix de l'ouvrage complet. Le tome II sera remis gratuitement à partir du 1er octobre, aux souscripteurs de l'ouvrage. — Paris, Masson et Cie.

Pour donner à leur ouvrage des dimensions restreintes et le mettre ainsi à la portée de tous, les auteurs se sont contentés, pour chaque opération, de décrire aussi clairement et aussi complètement que possible le procédé de choix sans s'interdire cependant d'indiquer, lorsqu'ils le jugent nécessaire, d'autres moyens d'exécution recommandables pour certains points spéciaux ou s'appliquant à des cas particuliers. L'étude de l'opération proprement dite est, de plus, toutes les fois qu'il y a lieu, précédée de l'indication des préliminaires qu'elle nécessite et suivie d'une revue rapide des principaux accidents qui peuvent l'accompagner et des moyens d'y remédier; suit enfin l'exposé des soins immédiats et consécutifs qu'il convient de donner à l'opéré. Tout le cycle opératoire, considéré à un point de vue essentiellement pratique, est ainsi parcouru, de très nombreuses figures intercalées dans le texte en facilitant la compréhension.

Le *Traité de technique opératoire* est divisé en deux volumes. Le tome I publié aujourd'hui comprend : 1° une introduction sur les méthodes et procédés de l'asepsie et de l'antisepsie, sur les moyens de réunion et d'hémostase et sur l'anesthésie; 2° les opérations sur les divers tissus (peau, os, articulations, muscles et tendons, synoviales tendineuses, vaisseaux, nerfs); 3° les opérations sur les membres, le crâne et l'encéphale, le rachis et la moelle, l'appareil visuel, le nez, les fosses nasales, les sinus de la face, le naso-pharynx, l'oreille, le cou, le thorax, le sein.

Les deux auteurs, que rapprochait déjà une collaboration scientifique qui date de loin, étaient particulièrement qualifiés pour accomplir leur tâche ; l'un apportant à l'appui de l'œuvre commune une expérience déjà longue et des qualités d'exposition dont il a donné des preuves nombreuses ; l'autre toute l'ardeur d'une jeunesse laborieuse que ne devaient rebuter ni les longues recherches, ni les mille détails d'une pareille entreprise. Ils ont fait œuvre utile et ont donné là un ouvrage magistral. A. R.

La prostitution cloîtrée, étude de biologie sociale (1), par M. le docteur Louis Fiaux, ancien membre du Conseil municipal de Paris.

Les travaux antérieurement publiés par l'auteur sur la police des mœurs et la prostitution réglementée font autorité dans le monde administratif et médical.

Dans ce livre, il s'est proposé de s'en tenir à l'examen nettement délimité de la question de biologie publique et collective, et il démontre, en s'appuyant sur des documents nouveaux, les résultats très pernicieux au point de vue de la médecine publique et de l'hygiène populaire d'un système qui doit disparaître. Dans une deuxième partie, M. Fiaux résume les nombreux faits et documents présentés à Bruxelles, à la Conférence internationale réunie en 1899 dans cette ville, pour étudier les relations hors mariage et plus particulièrement les résultats positifs de l'institution médico-policière de la réglementation. Un appendice terminant le volume contient des statistiques officielles qui forment la preuve et comme le support des assertions et des conclusions du texte. F. R.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine, vacantes le 15 mai 1903, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le lundi 20 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze

(1) In-12. Prix : 3 francs. - Paris, F. Alcan.

heures à trois heures, depuis le lundi 1er septembre jusqu'au mardi 30 du même mois inclusivement.

Hôpitaux de province. — *Toulouse.* — Le concours de l'externat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Durand, Rancoub, Augé, Cayrel, Lacoste, Chalot, Chapelle, Lafon (J.-J.-E.), Clermont, Gadrat, Fabre, Vayssière, Massonié, Jardel, Chopin, Adoué, Larrieu, Sainte-Colombe, Lévêque et Jarron.

Facultés de médecine. — *Montpellier.* — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts en date du 8 juillet 1902 la chaire d'hygiène de la faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Guerre. — M. Vincent (Louis-Alexandre), médecin principal de première classe du corps de santé des troupes coloniales, membre du comité technique de santé, est promu au grade de médecin-inspecteur des troupes coloniales.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Bessière, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Tage* (force navale de l'Atlantique).

La Société française d'histoire de la médecine va célébrer, le 22 juillet prochain, le centenaire de la mort de Bichat survenue le 3 thermidor de l'an X. Cette manifestation à laquelle la Faculté de médecine sera officiellement représentée et à laquelle seront conviées les principales sociétés savantes, comprendra le mardi 22 juillet :

1° A dix heures du matin, une visite à la tombe de Bichat, au Père-Lachaise : M. le professeur Blanchard, président de la Société, y prendra la parole ;

2° A quatre heures, l'apposition d'une plaque sur la maison où est mort Bichat, 14, rue Chanoinesse;

3° A cinq heures, une séance solennelle à la Faculté où prendront la parole : M. le professeur Tillaux, au nom de la Faculté ; M. le docteur Prieur, secrétaire général de la Société.

Une médaille commémorative à l'effigie de Bichat sera frappée, et délivrée aux souscripteurs, au prix de 5 francs pour la médaille en bronze et de 10 francs pour la médaille en argent.

Cours de vacances. — Du lundi 6 octobre au samedi 25 du même mois des cours élémentaires et des démonstrations pratiques seront faits à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, Paris.

Liste des cours. — Ophtalmologie, M. Rochon-Duvignaud; — Maladies de l'estomac, M. Soupault ; — Oto-rhino-laryngologie, MM. Laurens et Boulay ; — Maladies des voies urinaires, M. Noguès; — Massage, M. Marchais ; — Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, M. Leredde ; — Gynécologie, M. Jayle ; — Electrothérapie, M. Zimmern ; — Chirurgie pratique, M. Souligoux ; — Art de formuler, M. Joanin ; — Maladies mentales, M. A. Marie.

Chaque cours comprendra en moyenne neuf leçons. Le prix de chacune est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant.

Le programme collectif et détaillé des cours et démonstrations sera envoyé sur demande.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser à M. le docteur Marchais, 10, rue La Bruyère, Paris IXe.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 79. — MARDI 15 ET JEUDI 17 JUILLET 1902. 75e ANNÉE. MARDI 15 ET JEUDI 17 JUILLET 1902. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE NERVEUSE DE LA SALPÊTRIÈRE

SUR LES AFFECTIONS TRAUMATIQUES DU CONE TERMINAL DE LA MOELLE

Par M. le professeur Raymond et M. R. Cestan, ancien chef de clinique à l'hospice de la Salpêtrière.

Si les affections traumatiques de la partie inférieure de la moelle ou des racines lombaires, se présentant avec le tableau clinique plus ou moins complet du syndrome des nerfs de la queue de cheval (1), ne sont point chose rare, étant donné le long trajet intrarachidien de la queue de cheval, qui l'expose ainsi singulièrement aux traumatismes, du moins il est exceptionnel de voir un de ces traumas déterminer une lésion exactement limitée au cône terminal. Nous en voulons pour preuve la rareté des autopsies, au nombre de quatre seulement, celles d'Oppenheim (*Arch. f. Psych. und Nervenkr.*, 1888), de Sarbo (*Ibid.*, 1893), de Kirchoff (*Ibid.*, 1894), de Herter (*New-York med. Journ.*, 1891), ayant permis de fixer avec précision, par la méthode anatomo-clinique, la symptomatologie des affections de cette partie terminale de la moelle.

Nous avons eu l'occasion d'observer, cinq années durant, un homme ayant présenté avec une extrême pureté le syndrome du cône terminal, et nous apportons aujourd'hui le résultat de l'examen histologique. Ce nouveau fait nous paraît à plusieurs titres très intéressant : par sa symptomatologie, le tableau clinique très pur des affections du cône terminal, par son anatomie pathologique, un foyer de sclérose névroglique sans hématomyélie ancienne, sans formation de syringomyélie gliomateuse. En outre, il nous a permis de vérifier à nouveau les limites exactes et les localisations du cône terminal, d'étudier certaine évolution des foyers de myélite traumatique et d'examiner les hypothèses que soulève le problème pathogénique des affections traumatiques du cône terminal.

(1) Cestan et Babonneix. *Gaz. des hôpit.*, 13 fév. 1901.

Observation clinique. — T..., âgé de quarante-six ans, champignonniste, ne présente ni antécédents héréditaires ou personnels, qu'un alcoolisme très prononcé au point d'avoir déterminé des crises épileptiformes. Le 15 mars 1895, dans un vertige épileptiforme, il tombait d'une hauteur de 10 mètres environ et perdait connaissance. A son réveil, on constatait un endolorissement très marqué de la région sacro-lombaire avec une plaie superficielle; les troubles sensitivo-moteurs consistaient en une anesthésie des fesses, une parésie très légère des jambes, mais surtout une rétention d'urine et des matières fécales. Le malade n'avait pas conscience du passage ni de la sonde ou des urines dans l'urètre, ni des matières fécales dans le rectum, à tel point que les matières s'échappant à son insu le malade se constipait pour remédier à cet état de choses. Enfin, les érections étaient supprimées. En juillet 1895, le malade entre dans notre service à la Salpêtrière, et son état, à cette époque, est donné en détail dans la thèse de M. Dufour, *Contribution à l'étude des lésions des nerfs de la queue de cheval et du cône terminal*, p. 87.

A cette époque, le malade marchait sans difficulté, mais se fatiguait rapidement. Les muscles du mollet gauche étaient légèrement atrophiés, le réflexe du tendon d'Achille supprimé à gauche, conservé au contraire à droite, sans clonus du pied. Il existait de l'anesthésie du canal de l'urètre et du rectum avec incontinence de l'urine et des matières. Enfin, la sensibilité était abolie dans la région périnéale, très diminuée sur la fesse gauche et la partie médiane postérieure du tiers supérieur de la cuisse gauche.

Cet état s'était assez rapidement amélioré, en ce sens que les troubles moteurs des membres inférieurs avaient disparu, mais les troubles sphinctériens avaient persisté avec la même intensité. Ainsi s'était établi l'état stationnaire suivant qui n'avait pas changé jusqu'au moment de la mort, et dont on pourra trouver l'examen détaillé dans les *Cliniques des maladies du système nerveux* (année 1897-1898, 4e série, p. 350).

En 1900, la marche était donc possible sans grande fatigue. Les réflexes tendineux du genou et du tendon d'Achille étaient conservés. Il n'existait ni trépidation spinale, ni perturbation du réflexe cutané plantaire, qui se faisait en flexion comme à l'état normal. Les masses musculaires du mollet, de la loge antérieure de la jambe, de la face postérieure de la cuisse n'étaient ni atrophiées, ni douloureuses à la pression; leurs réactions élastiques étaient normales. Les troncs nerveux n'étaient pas douloureux, sans signe de Lasègue. Les fesses étaient bien aplaties, de consistance molle, mais les muscles fessiers se contractaient encore énergiquement et avaient conservé une bonne contractilité électrique sans réaction de dégénérescence.

Les symptômes consistaient uniquement en *troubles d'anesthésie cutanée et en troubles des sphincters*. L'anesthésie occupait le scrotum, la verge, le périnée, la région fessière péri-anale et enfin descendait sous la forme d'une bande occupant la partie médiane postérieure du tiers supérieur de la cuisse, ainsi que l'indique le schéma ci-joint.

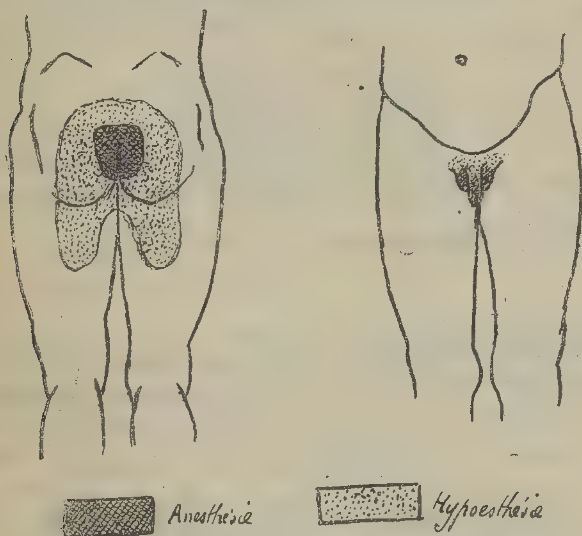


Fig. 1.

Elle était absolue pour tous les modes de sensibilité, tact, piqûre, chaleur, dans la région périnéo-anale; moins marquée sur les autres parties, verge et fesses.

Le malade n'avait réellement ni incontinence ni rétention d'urines, mais des *envies impérieuses* toutes les demi-heures environ, si bien que la vessie se débarrassait instantanément de son trop plein; l'urine s'écoulait en jet, par quantités d'environ 100 grammes chaque fois. Dans l'intervalle de ces mictions impérieuses, il n'existait pas d'incontinence. Très constipé, le malade n'avait pas conscience ni du passage des matières, ni du toucher rectal. Il n'avait plus d'érections complètes; de temps en temps survenaient des *érections très incomplètes suivies d'une éjaculation très lente* de trois ou quatre gouttes de sperme, d'ailleurs sans la moindre sensation voluptueuse; le malade ne s'apercevait de la chose que lorsqu'elle était terminée. *Le canal urétral était insensible au passage de la sonde.* La sensibilité testiculaire était normale, les réflexes crémastériens conservés, cependant diminués du côté gauche.

En 1900, le malade est pris subitement d'un œdème de la jambe gauche, avec hyperthermie considérable de 40 degrés, délire violent. Malgré des pansements antiseptiques, l'œdème envahit tout le membre, des phlyctènes apparaissent, et la mort survient deux jours après avec tous les signes d'une infection généralisée suraiguë.

Le tableau clinique qu'a présenté notre malade quatre années durant peut donc ainsi se résumer :

1° *Anesthésie des muqueuses de la vessie et du rectum;*

2° *Troubles de la miction et de la défécation et des fonctions génitales;*

3° *Hypoesthésie de la région ano-périnéo-scrotale*, empiétant sur les fesses et sur la partie postéro-supérieure des cuisses, avec ébauche de parésie des muscles de la région postérieure de la jambe gauche.

Autopsie. — Le cerveau, le cervelet et l'isthme ne présentent rien d'anormal. *La colonne vertébrale n'est point déformée, le sacrum est intact, sans trace de fracture.* L'exploration des nerfs de la queue de cheval, et dans leur trajet intra-dural et dans leur trajet extra-dural, dans les trous de conjugaison sacrés, ne permet pas de constater les traces d'une ancienne lésion, telle que l'hématorachis ou la compression des nerfs de la queue de cheval par un déplacement osseux; on voit seulement que les racines sacrées inférieures sont atrophiées et grisâtres.

La moelle est libre dans ses enveloppes, sans pachyméningite adhésive. Mais son extrémité inférieure, *le cône terminal proprement dit*, est petite, sclérosée, offrant ainsi à l'œil nu tous les caractères d'un ancien foyer de myélite. Sur le reste de son étendue, la moelle a son aspect habituel.

Examen microscopique (Marchi, Weigert-Pal, picro-carmin, Van Giessen, Nissl). — Le siège et l'étendue des lésions sont bien indiqués par la méthode de Weigert-Pal. Est profondément altérée la partie inférieure de la moelle, depuis le filum terminale jusqu'au troisième segment sacré. Les cinquième et quatrième segments sacrés sont atteints dans leur totalité, puis vers le troisième segment sacré, la lésion se localise rapidement dans la zone intermédiaire de la corne antérieure et de la corne postérieure du côté gauche, et bientôt dans le deuxième segment sacré, la moelle reprend son aspect normal. Pour le dire immédiatement, les autres segments médullaires, lombaires, dorsaux, cervicaux, ne présentent pas d'altérations primitives ni foyers de myélite, ni réaction du canal épendymaire, ni altérations des racines ou des méninges. Mais signalons, visible seulement par la coloration au picro-carmin, une zone de sclérose

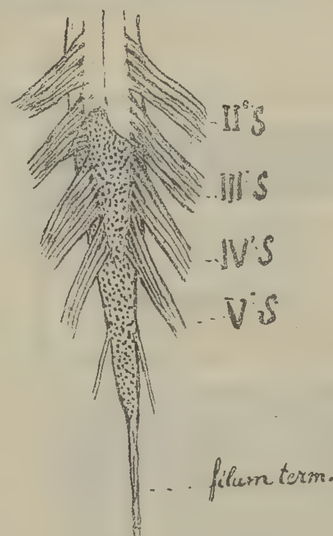


Fig. 2. — *Cône terminal de la moelle.* — Les nerfs de la queue de cheval ont été dissociés. Le siège des lésions est indiqué par le pointillé.

légère dans le cordon de Goll, sur le bord interne et près de l'extrémité postérieure du sillon postérieur; cette sclérose a été causée par la dégénérescence secondaire des fibres des cordons postérieurs provenant des derniers segments sacrés; elle occupe, en effet, la plaie assignée par la loi qui règle la composition du faisceau de Goll. En résumé, la seule lésion primitive se trouve donc au niveau de la partie inférieure de la moelle; *elle est exactement localisée au cône terminal*, car nous avons démontré par ailleurs que la clinique nous autorise à rapporter vers le troisième segment sacré la limite supérieure du cône terminal (1).

A l'état normal, le cône terminal se trouve placé au centre d'un gros paquet de racines, d'autant plus externes qu'elles viennent d'un segment plus élevé de la moelle, et comme le cône terminal se trouve au niveau de la première vertèbre lombaire environ, les racines les plus externes sont par suite les racines du premier segment lombaire et les plus

(1) Voir Raymond. *Cliniques des maladies du système nerveux*, loc. cit.

internes les racines des quatrième et cinquième segments sacrés.

Or, dans le cas actuel, on est frappé dès le premier examen par l'intégrité des racines les plus externes, les racines lombaires, et, au contraire, par l'altération très prononcée des racines les plus internes, des méninges et de la substance médullaire des derniers segments sacrés.

Par la méthode de Weigert-Pal, on voit à peu près complètement décolorés les cinquième et quatrième segments sacrés, *par le fait d'une démyélinisation très prononcée.* Cependant, on aperçoit de-ci de-là quelques tubes nerveux, soit dans les cordons antéro-latéraux, soit dans la corne antérieure droite et surtout dans les zones d'entrée des racines postérieures. Plus haut, la lésion se localise à la base de la corne antérieure gauche vers le troisième segment sacré. La division normale de la moelle et ses deux parties constituantes, substance blanche et substance grise, a tout à fait disparu dans les quatrième et cinquième segments sacrés. Au centre, on aperçoit l'*épendyme en prolifération.* La lumière du canal épendymaire n'est pas élargie et il n'existe pas des proliférations en cul-de-sac comme dans l'hydromyélie. Mais cette lumière est obstruée par des cellules épendymaires qui, au surplus, soit par des bourgeons, soit par des amas, soit d'une manière isolée, infiltrent le tissu névroglique avoisinant. Ces cellules ont conservé leur volume et leur configuration normaux. Nous avons déjà dit que dans les autres segments médullaires, lombaires ou cervicaux, le canal épendymaire se présentait avec son aspect normal, sans hydromyélie. Il n'a donc réagi que dans les segments sacrés traumatisés.

Au niveau des quatrième et cinquième segments sacrés, la névroglie a proliféré, aussi bien dans la substance grise que dans la substance blanche. Sur une coupe colorée au picro-carmin ou par la méthode de van Gieson, on voit une destruction complète de la substance grise avec toutefois intégrité de quelques cellules motrices antérieures ; ces cellules, par la méthode de Nisll, présentent une structure normale, mais sont très atrophiées. Enfin, comme nous l'indiquerons plus loin, elles ont une situation tout à fait anormale, soit sous-pie-mérienne, soit même intra-pie-mérienne. On aperçoit encore quelques tubes nerveux ayant conservé leur gaine de myéline dans le faisceau fondamental antérieur droit. *Le tissu névroglique, qui remplit donc toute l'étendue du segment médullaire, est formé par les éléments normaux de la névroglie,* que met bien en lumière la méthode de van Gieson : fibres, fibrilles, formant un fin chevelu sur des coupes transversables visibles sous la forme d'un petit point ; cellules araignées volumineuses avec un corps protoplasmique bien coloré. Tous ces éléments prennent très bien le colorant. D'une manière générale, le tissu est lâche, permettant une étude facile de ses éléments constitutifs, et cet aspect ne tient nullement à la disparition par nécrobiose de certaines parties. Il se condense au pourtour des masses épendymaires, autour des vaisseaux, dans la zone sous-pie-mérienne, mais conservant toujours son aspect et sa coloration. On ne voit sur aucun point de la préparation soit des placards, soit des nodules gliomateux, soit une densification de la névroglie par une sorte de dégénérescence homogène signalée par MM. Philippe et Oberthur dans la syringomyélie, ni état lacunaire par nécrobiose. Ainsi *la masse névroglique a proliféré selon son type normal*, et cela dans toute l'étendue du segment médullaire traumatisé, substance grise et substance blanche. Dans son intérieur, on n'aperçoit ni *hydromyélie, ni lacune par fonte du tissu névroglique, ni cavité d'ancien foyer hématomyélique.*

Les vaisseaux intra-médullaires ont leurs parois épaissies, par un travail ancien de fibrose, sans infiltration embryonnaire, sans envahissement de leurs parois externes par la névroglie qui respecte leur gaine lymphatique. Leur lumière est parfaitement libre.

La pie-mère est très épaissie en un tissu fibreux adulte sans infiltration embryonnaire, donnant ainsi l'aspect d'un tissu de cicatrice ancien.

Cet épaississement est surtout marqué dans la zone d'entrée des racines postérieures et dans la zone de sortie des racines antérieures; il existe à ce niveau de véritables blocs fibreux avec nombreux vaisseaux, artères et veines, élargis, à parois épaissies, à lumière bien conservée sans endartérite ou endophlébite. Ces blocs fibreux enveloppent les racines les plus proches de la moelle. Antérieures ou postérieures, ces racines sont très altérées, très sclérosées, ne présentant qu'un petit nombre de tubes intacts; en particulier, au niveau des racines postérieures, on aperçoit surtout des fibres à myéline trés fines. En outre, la méthode de Weigert-Pal met en évidence, et dans ces blocs fibreux enveloppant les racines antérieures et postérieures, et dans le tractus pie-mérien qui pénètre dans le sillon antérieur, de fines fibres à myéline, enroulées sur elles-mêmes comme des pelotons de ficelle, ayant ainsi l'aspect de *névromes.* Parfois même, on voit ces fibres à myéline disposées en cercle autour d'un vaisseau, comme si ce vaisseau leur avait servi d'appui conducteur. Ces *névromes* existent dans les trois derniers segments sacrés et uniquement dans la zone scléreuse pie-mérienne qui entoure la moelle. Au contraire, les racines les plus externes, destinées ou provenant par suite des segments lombaires, sont très peu altérées, présentant un aspect normal par la méthode de Weigert-Pal, et tout au plus un degré léger de sclérose visible par la méthode de coloration au picro-carmin.

Si la substance nerveuse des faisceaux blancs a complètement disparu, sauf un petit îlot situé à la partie antéro-latérale de la moitié droite de la moelle, il est intéressant de signaler la *persistance de plusieurs cellules antérieures motrices.* Certes, la configuration normale de la corne antérieure n'existe plus, et c'est dans des positions très anormales que nous trouvons les cellules motrices conservées, les unes en dehors, les autres en dedans de leur situation ordinaire, les unes à une faible distance de la pie-mère, les autres exactement sous-pie-mériennes; mais on voit même des cellules intra-pie-mériennes. En effet, dans le bloc fibreux que nous avons décrit plus haut comme enveloppant la zone de sortie des racines antérieures, dans le cinquième segment sacré, on aperçoit trois cellules nerveuses.

Bien reconnaissables par leur volumineux corps protoplasmique, leur nucléole, leur forme arrondie, ces cellules sont enveloppées d'une coque de cellules fusiformes fibreuses, aspect qui n'est pas sans analogie avec celui des cellules des ganglions rachidiens. Cependant, leur situation près de la corne antérieure, leur voisinage avec des cellules semblables sous-pie-mériennes et ces dernières nettement motrices, leur voisinage avec les névromes de régénération déjà signalés, nous font admettre que ces cellules sont en réalité des cellules motrices; sous l'influence du traumatisme causal, il a dû s'opérer un bouleversement complet de la corne antérieure, une véritable hétérotopie traumatique de la corne antérieure. Il nous a paru curieux de souligner cette résistance des cellules motrices, car la méthode de Nissl nous les a montrées, petites, mais possédant cependant leur noyau bien coloré et leurs granulations chromatophiles; sous l'influence de la dislocation traumatique de la corne antérieure, certaines cellules motrices sont ainsi venus se loger soit dans la substance blanche soit même dans la pie-mère et, quatre années après l'accident, se montrent avec tout l'aspect de cellules médullaires à structure normale, entourées d'un tissu névroglique ou fibreux selon leur position intra ou extra-médullaire.

Un homme tombe sur le sacrum d'une hauteur de 10 mè-

tres; il est atteint aussitôt de troubles sphinctériens, d'anesthésie des muqueuses anale et urétrale, d'anesthésie cutanée de la région périnéo-scrotale. Cet état persiste cinq années durant sans modification. A l'autopsie, nous trouvons une lésion profonde des cinquième et sixième segments sacrés, avec intégrité absolue des premiers segments sacrés. Tel est le bref résumé de l'observation précédente. Elle suggère certaines réflexions cliniques et anatomiques que nous devons maintenant examiner.

Le tableau clinique présenté par notre malade a été conforme à la description des affections du cône terminal établie soit avec les cas suivis d'autopsie de Kirchoff, de Sarbo, d'Oppenheim, de Herter, soit avec les observations cliniques de Bernhardt, Huber, Higier, Raymond, Müller, de Fleury. *Il a consisté essentiellement en troubles de la miction, de la défécation, de l'éjaculation, avec anesthésie de la peau de la région ano-scrotale et des muqueuses urétrale et rectale.*

Nous n'insistons pas sur les troubles de la sensibilté cutanée semblables au point de vue qualitatif aux troubles causés par les altérations profondes de la moelle, c'est-à-dire anesthésie à tous les modes, tact, piqûre, chaleur, et dans le cas actuel ne présentant d'intéressant que leur topographie *en garniture*, puisqu'ils occupent la verge, le scrotum, le périnée et la région fessière périanale.

Immédiatement après le traumatisme, on a bien pu, chez notre malade, observer pendant quelques jours une incontinence des urines et des matières, mais bientôt s'est établi chez lui un trouble très particulier de la miction : *envies impérieuses d'uriner toutes les demi-heures*, l'urine s'écoulant alors sans force en jet d'environ 100 grammes et dans l'intervalle de ces mictions impérieuses, absence d'incontinence. Ces troubles ainsi caractérisés de la miction ont été particulièrement analysés par Geister (Th. d'Erlangen, 1890), Müller (*Deust. Zeit. f. Nerv.*, Bd XXI) et de Fleury (Th. de Bordeaux, 1901).

Le malade n'est pas atteint d'une incontinence par regorgement. On peut injecter dans sa vessie une certaine quantité de liquide que la vessie tolère, mais si l'on dépasse un certain degré de tension, variable d'ailleurs avec les individus, survient alors une envie impérieuse d'uriner qui vide complètement la vessie; le jet s'écoule sans force et le malade ne peut l'interrompre volontairement. Certes, cette forme de troubles urinaires n'est point la seule observée par les auteurs dans les affections de la queue de cheval, mais du moins, lorsqu'elle existe, elle paraît assez caractéristique des affections du cône terminal proprement dit, ainsi que le prouvent notre observation et les cas de de Fleury. A l'état normal, lorsque la distension de la vessie est faible, le sphincter vésical à fibres lisses suffit à empêcher l'écoulement de l'urine; si la tension intra-vésicale augmente, le sphincter vésical volontaire à fibres striées intervient soit d'une manière réflexe, soit d'une manière volontaire, suivant la violence du besoin d'uriner. Or ces deux sphincters ont une structure et une innervation différentes : l'un, lisse, reçoit ses fibres nerveuses du plexus hypogastrique du grand sympathique; l'autre, strié, reçoit ses fibres nerveuses du plexus sacré, des nerfs rachidiens sacrés et des quatrième et cinquième segments sacrés. On comprend donc facilement qu'une lésion du cône terminal, paralysant le sphincter strié, volontaire, laissant au contraire intacts et le muscle vésical et le sphincter à fibres lisses, se caractérisera par des envies impérieuses d'uriner lorsque le vessie sera distendue, au moment où le sphincter volontaire devrait intervenir pour empêcher l'écoulement de l'urine d'une vessie trop distendue, mais ayant conservé sa tonicité.

Au surplus, le même mécanisme s'applique aux *troubles rectaux* présentés par ces malades. Ils consistent en évacuation involontaire des matières. En effet, le sphincter strié volontaire, innervé par le nerf anal qui provient du cône terminal, est paralysé ainsi que le montre l'exploration digitale du rectum. Au contraire, la tunique à fibres lisses du rectum, recevant son innervation du grand sympathique, a conservé sa tonicité. Dès lors, l'arrivée des matières dans le rectum est immédiatement suivie de leur évacuation, d'autant plus que, par l'anesthésie rectale, le malade n'a pas conscience de son incontinence.

Les *fonctions génitales* sont perverties d'une façon caractéristique. Malgré l'anesthésie scrotale, la sensibilité testiculaire et le réflexe crémastérien sont conservés. L'explication en est aisée : c'est par migration que le testicule et son crémaster sont descendus se loger dans la région scrotale, abandonnant la région lombaire à laquelle ils se rattachent embryologiquement; une lésion du cône terminal ne peut donc les intéresser. Le sens génital n'est pas altéré et le testicule continue à sécréter du sperme. Le malade a même quelques érections. Il existe, en effet, dans l'érection deux facteurs : l'un actif de vaso-dilatation sous la dépendance du grand sympathique; l'autre passif de turgescence par la compression des veines de la verge par l'intermédiaire des muscles striés du périnée, bulbo-caverneux, muscle de Houston, muscle de Guthric. Or ces muscles ont leur centre dans le cône terminal; dans les lésions de cette partie terminale de la moelle, il manquera donc un des deux facteurs de l'érection qui pourra cependant se produire, mais sans la rigidité normale de la verge. De même, l'éjaculation du sperme aura lieu, mais d'une part sans force, à cause de la paralysie du muscle strié bulbo-caverneux, *propulsor urinæ et seminis* des anciens, d'autre part sans sensation voluptueuse, à cause de l'anesthésie urétrale, à tel point que le malade n'a pas conscience de la sortie du sperme. D'ailleurs ces deux facteurs morbides se prêtent un mutuel appui, en ce sens que l'absence de sensation de la muqueuse supprime le réflexe sensitif qui, dans l'éjaculation normale, détermine la brusque contraction des muscles striés volontaires du périnée.

Ces troubles de l'éjaculation sont particulièrement signalés dans les observations de Raymond, d'Huber, de Valentini, Kœster, etc.

HUBER (*Schmidt's Jahrb.*, 1888) : Lésion traumatique de la région sacro-lombaire. Syndrome du cône terminal. Erections incomplètes avec éjaculation lente.

VALENTINI (*Zeit. f. Klin. med.*, 1893) : Chute de 6 mètres de haut. Syndrome de la queue de cheval. Coït possible, mais le malade ne s'aperçoit pas de l'éjaculation.

RAYMOND (*Clinique des maladies du système nerveux*, 1re série, p. 303) : Homme de trente-cinq ans. Violente douleur lombaire et chute sur le dos. Syndrome de la queue de cheval. Coït possible, mais avec suppression de toute sensation voluptueuse et avec inconscience de l'éjaculation.

On vient de voir que tous ces *troubles de la miction, de la défécation, de l'éjaculation* ont une explication facile dans la paralysie des muscles volontaires striés du périnée, innervés par les nerfs rachidiens sacrés et dans l'intégrité concomitante des muscles à fibres lisses non volontaires de l'appareil génito-urinaire et du rectum. Ainsi se crée un

tableau morbide très spécial et notre observation vient s'ajouter à celles de Kirchoff, de Sarbo, d'Oppenheim, de Herter, pour établir, par la méthode anatomo-clinique, qu'ils sont caractéristiques d'une lésion des cinquième, quatrième et troisième segments sacrés ou des racines qui y prennent naissance.

Mais notre cas est tout à fait remarquable par la pureté du syndrome *génito-recto-urinaire*. Le plus souvent, en effet, on trouve associé à ce syndrome des troubles sensitivo-moteurs des membres inférieurs dans le territoire du sciatique, indice d'une lésion des segments sacrés supérieurs. Parfois cette paraplégie est initiale, transitoire, résultant d'une commotion médullaire légère; il en a été ainsi chez notre malade qui a vu sa paralysie motrice des jambes disparaître bientôt. Le plus souvent, elle persiste par une altération profonde des premier et deuxième segments sacrés. A la symptomatologie du cône terminal (syndrome génito-recto-urinaire), se surajoute alors celle de l'épicone, fort bien mis en lumière par Minor (de Moscou). Tels sont les faits suivis d'autopsie de Herter, d'Oppenheim, de Sarbo, caractérisés par une association des troubles sphinctériens et des paralysies des muscles de la jambe innervés par le sciatique poplité externe. Seul le cas de Kirchoff est semblable au nôtre. Il concerne un homme de trente ans qui, à la suite d'une chute de cheval, a présenté d'abord une paraplégie transitoire, avec troubles sphinctériens, qui dans la suite ont seuls persisté; à l'autopsie, on a trouvé une compression des cinquième et quatrième segments sacrés par la première vertèbre lombaire (loc. cit.).

L'observation de Kirchoff et notre observation personnelle nous permettent donc d'affirmer qu'une *lésion des cinquième et quatrième segments sacrés détermine des troubles de la miction, de la défécation et de l'éjaculation très particuliers, associés à une anesthésie de la région périnéo-anale.* Elles viennent à l'appui de la thèse que nous avons déjà défendue à plusieurs reprises sur la façon de délimiter le cône terminal. Quelques anatomistes, en effet, définissent le cône terminal la partie inférieure de la moelle donnant naissance aux nerfs coccygiens (Charpy). Or, nous verrons plus loin que Müller (d'Erlanger) a établi que dès le deuxième segment sacré, la moelle présentait des modifications de structure importantes, et notre observation est une nouvelle preuve de la nécessité pour le clinicien de reporter la limite supérieure du cône terminal vers le troisième segment sacré, car la lésion des segments médullaires sous-jacents se révèle par un syndrome ano-génito-urinaire tout à fait caractéristique.

A l'autopsie de notre malade, mort cinq ans après l'accident, chute sur le sacrum d'une hauteur de 10 mètres environ, nous avons constaté un foyer de sclérose névroglique du cône terminal. Dès lors, se posent deux problèmes : d'une part, *la nature de la lésion initiale causée par le traumatisme;* d'autre part, *l'évolution ultérieure de cette lésion.*

La myélite traumatique a été depuis 1890 l'objet de nombreux travaux cliniques et expérimentaux. Laissant de côté les cas d'attrition directe de la moelle par le corps vertébral fracturé et dont le mécanisme ne peut soulever de discussion par sa simplicité même, les auteurs ont d'abord admis qu'un choc violent portant sur la colonne vertébrale, déterminait une hématomyélie de la substance grise siégeant à la base de la corne postérieure, hématomyélie qui, d'après Minor, pourrait être ultérieurement le point de départ d'une syringomyélie. Mais bientôt survinrent des constatations négatives, qui firent voir des myélites traumatiques sans hématomyélie. Bien plus, l'expérimentation avec Schmauss, Kirchgœsser, Chipault, Lépine, Max et Müller, montra que des chocs plus ou moins violents sur la colonne vertébrale déterminaient des paraplégies dont le substratum anatomique pouvait être soit de véritables hématomyélies, soit des myélites consistant en fragmentation et nécrose du cylindraxe, en altération des cellules médullaires en dehors de toute hémorragie médullaire importante. C'est ainsi que, pour notre part, nous avons pu examiner la moelle d'un homme ayant présenté une fracture de la troisième vertèbre dorsale, et que chez ce malade nous avons trouvé, d'une part, au niveau de l'enfoncement vertébral, une myélite traumatique par attrition directe de la moelle; d'autre part, dans la région dorsale moyenne, un bouleversement complet de la corne grise sans foyer d'hématomyélie.

Mais dans le cas actuel, comment le cône terminal a-t-il été lésé par le trauma? On ne saurait invoquer une action directe d'un fragment osseux sur la moelle. Ce mécanisme est cependant le plus fréquent; il a déjà été signalé dans l'observation précitée de Kirchoff : *Pierre P..., trente ans. Chute de cheval. Syndrome du cône terminal. A l'autopsie, compression de l'extrémité inférieure de la moelle par la première vertèbre lombaire aplatie de haut en bas en forme de coin à pointe dirigée en avant, à base proéminant en arrière dans le canal vertébral dont elle rétrécit la lumière* (loc. cit.).

Nous le trouvons aussi dans l'observation d'Oppenheim : *Homme de vingt-quatre ans, chute du deuxième étage. Syndrome de la queue de cheval. A l'autopsie, compression du cône terminal par la première vertèbre lombaire fracturée* (loc. cit.)

Mais chez notre malade, la colonne lombaire ne présentait pas de fractures, la moelle était libre, sans adhérences dans le canal vertébral; enfin tandis que les racines rachidiennes les plus proches du cône terminal étaient altérées, les racines les plus périphériques étaient au contraire saines; preuve qu'elles n'avaient point subi une compression nocive exercée par un fragment osseux.

D'autre part, l'examen histologique nous a montré l'absence d'ancien foyer d'hématomyélie.

Nous sommes ainsi amenés à admettre que le *traumatisme, conformément aux données expérimentales de Schmauss et de Kirchgœsser, a déterminé par contre-coup un bouleversement du cône terminal.* Au surplus, le cône terminal y paraît particulièrement prédisposé. Müller a montré, en effet, que la substance grise y présentait un développement disproportionné par rapport à la substance blanche, que les cornes antérieures étaient larges et massives, que les cornes postérieures étaient bombées par suite d'un développement exagéré de la substance gélatineuse. La substance grise, non contenue par les faisceaux blancs périphériques, est donc plus fragile lorsqu'un trauma agira à son niveau. Ce mécanisme que nous invoquons pour notre malade s'applique vraisemblablement au cas de Sarbo : *Homme de quarante-neuf ans. Chute d'un cinquième étage. Syndrome de la queue de cheval. A l'autopsie, destruction des troisième et quatrième segments sacrés avec gliomatose* (loc. cit.).

Mais nous croyons, en outre, qu'un autre facteur intervient parfois dans les lésions du cône terminal consécutives à une chute sur le sacrum.

Dans leurs recherches sur l'élongation de la moelle (*Iconographie de la Salpêtrière,* 1897), Gilles de la Tourette et

Chipault ont montré que par la flexion forcée du tronc en avant, les jambes étaient maintenues dans l'extension, l'allongement total se partageait entre la moelle et la queue de cheval. La part qui revient à la moelle ne varie que fort peu d'un sujet à l'autre. Au contraire, la part qui revient à la queue de cheval varie très notablement. C'est à elle que sont dues presque exclusivement les variations individuelles du tolat irs. Nous avons procédé à des expériences semblables. Après avoir simplement enlevé les vertèbres lombaires et mis à nu la seule région sacrée pour nous placer dans les conditions de résistance de la colonne vertébrale les plus analogues à celles du vivant, par la flexion forcée du tronc, les jambes maintenues en extension, nous avons vu les racines sacrées se tendre et exercer une traction sur le cône terminal qui vient s'appliquer contre la face postérieure des corps vertébraux. Cependant, il nous a été impossible de l'arracher par ce moyen. Mais on ne saurait comparer cette flexion à celle que peut occasionner une chute sur le sacrum d'un lieu très élevé, d'ailleurs avec possibilité dans ce cas d'une flexion exagérée du coccyx, auquel vient se fixer la filum terminale et qui pourrait par cet intermédiaire avoir une répercussion sur le cône terminal. Ce mécanisme de l'élongation nous paraît s'appliquer à l'observation de Herter (loc. cit.) : *Homme de trente ans. Flexion par poids considérable. Paralysie motrice et troubles sphinctériens. Six mois après, laminectomie. Ouverture de la dure-mère. Rien d'anormal. Mort au bout de quarante-huit heures. Destruction du cône médullaire. Les racines les plus centrales sont presque toutes dégénérées, les racines les plus périphériques sont bien moins altérées.* D'autre part, on voit souvent signalée, dans les paralysies consécutives à des chutes, cette circonstance que les malades sont tombés assis, les jambes étendues.

L'examen histologique de notre cas ne fournit malheureusement pas une preuve péremptoire à l'appui de l'hypothèse de l'élongation. Pourtant, nous rappelons l'existence des névromes de régénération que nous avons trouvés dans la zone d'entrée des racines postérieures et qui permettent de supposer que ces racines ont été arrachées. Quoi qu'il en soit, nous estimons que, chez notre malade, ces deux facteurs, *commotion médullaire et élongation par flexion forcée du tronc*, se sont prêté un mutuel appui pour déterminer une myélite traumatique du cône terminal, car on ne saurait invoquer ici l'intervention soit d'une hématomyélie, soit d'une compression médullaire par fracture des corps vertébraux.

La moelle a été bouleversée, nous en voulons pour preuve la situation des cellules motrices que nous avons trouvées non seulement dans les faisceaux blancs, mais même dans l'intérieur de la pie-mère. Au surplus, cet état de shock avait atteint non seulement les quatrième et cinquième segments sacrés, mais aussi les premiers segments sacrés, comme en témoigne la paraplégie transitoire du début. Mais le cône terminal était seul profondément lésé, puisque seuls ont persisté les troubles sphinctériens. Dans la suite, ce foyer de méningo-myélite traumatique s'est cicatrisé; la pie-mère s'est épaissie, les racines rachidiennes qui ont leurs cellules d'origine dans les derniers segments sacrés, par suite les plus rapprochées du cône terminal, se sont atrophiées, cependant que certaines d'entre elles se régénéraient pour former des névromes nombreux, surtout au niveau des racines postérieures. Enfin, deux éléments entraient en activité réactionnelle, le canal épendymaire et la névroglie. *Mais il est important de souligner maintenant la différence qui distingue ces proliférations de la véritable gliose syringomyélique.* La clinique a bien montré en effet qu'il était fréquent de noter un violent traumatisme vertébral dans les antécédents des syringomyéliques, et dans un travail récent, M. Guillain a particulièrement insisté sur ce facteur étiologique de la syringomyélie (Th. de Paris, 1902).

Mais chez notre malade, ni la clinique ni l'anatomie pathologique ne nous permettent d'accepter que sur la myélite traumatique ait pris naissance une syringomyélie.

Immédiatement après le traumatisme, s'est établi un maximum de symptômes, paraplégie et troubles sphinctériens; certains d'entre eux ont rapidement rétrocédé, les troubles sphinctériens ont seuls persisté sans modification, sans aggravation pendant les cinq années écoulées entre l'accident préventif et la mort du malade. C'est bien là la symptomatologie non d'une maladie en évolution comme la syringomyélie, mais bien d'un ancien foyer médullaire sans activité.

A l'autopsie, le renflement cervical, siège de prédilection de la syringomyélie, est intact sans réaction épendymaire; la sclérose névroglique est localisée au siège primitif du trauma, au cône terminal. Mais sans faire intervenir cette notion de localisation dans la partie inférieure de la moelle qui n'est point celle de la syringomyélie, mais qui à la rigueur pourrait s'expliquer par la localisation de la myélite traumatique initiale au cône terminal, on trouve cependant des différences histologiques caractéristiques entre cette sclérose névroglique et la gliose syringomyélique.

Dans notre cas, les fibrilles névrogliques sont agencées comme à l'état normal, en réticulum ou en fascicules, sans placards, avec un envahissement simultané des deux substances grise et blanche. Les fibrilles ne sont pas hypertrophiées, accolées en nodules; elles ne présentent ni homogénéisation, ni nécrobiose lacunaire. Le canal central a réagi par prolifération, mais il n'est point dilaté, obstrué au contraire par des cellules épendymaires. Il s'agit, en somme, de la reproduction du tissu névroglique normal, qui est simplement augmenté de volume dans tous ses éléments constitutifs. Au contraire, dans la gliose syringomyélique, on aperçoit d'emblée une prolifération métatypique de la névroglie : nodules ou placards périvasculaires, fibrilles souvent volumineuses enroulées de façon à ne plus reproduire l'état normal du réticulum, infiltration des vaisseaux par les masses névrogliques, rapidement évolution cavitaire par un processus spécial de l'homogénéisation, tous caractères de la gliose syringomyélique bien mis en lumière par le travail de MM. Philippe et Oberthür (*Arch. de méd. expériment.*, 1900). Ainsi donc, dans notre cas, il ne semble pas que la clinique et l'anatomie pathologique nous autorisent à admettre que la myélite traumatique ait été le point de départ d'une gliose syringomyélique.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

11 JUILLET 1902

Séance très chargée.

Mettons en tête la communication très intéressante de M. Marfan relative aux **angines diphtériques malignes en 1901 et en 1902**. Voici le résumé textuel que nous en a donné M. Marfan :

« L'épidémie de diphtérie qui sévit à Paris depuis la fin de 1900 a été remarquable par la fréquence des formes mali-

gnes de l'angine et les caractères particuliers qu'ont revêtus ces formes. Cependant, grâce au sérum, la mortalité n'a que très faiblement augmenté.

Les caractères de ces angines malignes ont été les suivants : A l'entrée du malade, on constate sur la gorge des fausses membranes étendues, confluentes, épaissies, grisâtres ou brunâtres, parfois fétides, avec tuméfaction et rougeur des parties sous-jacentes et périphériques; du coryza avec jetage et hémorragie; une adénopathie considérable, avec œdème péri-ganglionnaire; une température peu élevée, parfois normale; un pouls faible, une dépression nerveuse profonde; le refus de manger et de boire; une pâleur livide; une albuminurie presque constante, mais très variable dans son degré. Au lieu que, dans les formes communes, le sérum a une action curatrice qui s'exerce rapidement et avec une précision quasi mathématique, dans ces formes malignes, ce remède agit lentement, n'empêche pas toujours les accidents mortels de se produire; ceux-ci surviennent souvent tardivement et alors qu'on pourrait croire la partie gagnée.

C'est cette évolution lente qui a été la plus frappante et la plus spéciale. En effet, si on excepte la forme avec extension aux voies respiratoires et la forme hémorragique avec ecchymoses qui, malgré le sérum à haute dose, tuent le plus souvent dès les premiers jours, et qui sont d'ailleurs assez rares, la marche ordinaire de ces angines diphtériques malignes a été celle-ci : sous l'influence du sérum, même à doses élevées, la gorge se déterge lentement, elle apparaît souvent ulcérée et saignante au moment de la chute des fausses membranes. Cependant, dans le plus grand nombre des cas, du quatrième au sixième jour, le pharynx est à peu près nettoyé et l'adénopathie a beaucoup diminué. Alors à la phase angineuse succède une phase cachectisante caractérisée par une série de symptômes qui se suivent dans un ordre régulier et dont l'enchaînement est tout à fait remarquable : 1° pâleur livide, apathie, immobilité, pouls faible, souvent paralysie du voile du palais; 2° augmentation de la matité hépatique; 3° augmentation de la matité transversale du cœur, pouls impossible à compter; 4° vomissements annonçant l'imminence de la mort, laquelle survient par syncope, ou avec de l'angoisse, de l'agitation, de la cyanose. Cependant la mort est loin d'être fatale; la guérison survient dans la moitié des cas; on peut l'espérer tant que le cœur n'est pas nettement dilaté, surtout tant qu'il n'y a pas une augmentation notable de la matité hépatique. Elle se produit, en général, aux environs du dixième jour; dans un cas elle est survenue le trentième jour. Toute cette seconde phase se déroule à peu près sans fièvre.

Les lésions constatées à l'autopsie sont toujours les mêmes; elles sont seulement plus accusées dans les formes prolongées que dans les formes rapides où le temps fait défaut pour qu'elles puissent atteindre un haut degré. Les plus constantes sont la myocardite, surtout accusée à la pointe, l'endocardite apexienne et les thromboses cardiaques dans le cœur droit ou le cœur gauche, également à prédominance apexienne, pouvant déterminer des embolies cérébrales, spléniques, mésentériques, pulmonaires; les altérations du foie qui est gros, parsemé de larges taches blanches; la néphrite dégénérative ou hyperémique; la congestion du poumon et de la pie-mère, de l'encéphale et du bulbe.

Dans tous ces cas, on trouve dans la gorge et dans le sang un diplocoque spécial, étudié par MM. Deguy et Legros. C'est un microbe très virulent qui semble bien distinct des streptocoques communs; il est voisin de certains diplo-streptocoques décrits dans la scarlatine par divers auteurs; mais il s'en distingue par quelques caractères (mobilité, défaut d'action sur le lait, affinité pour les globules rouges).

Il est donc très probable que les formes malignes de l'angine diphtérique observées dans l'épidémie actuelle sont dues à une association microbienne présentant quelques caractères particuliers, et que les accidents que nous avons décrits sont, pour une part au moins, liés à une septicémie diplococcique métadiphtérique, remarquable par l'apyrexie, l'hémolyse, les formations de thromboses cardiaques, les dégénérescences viscérales. On s'explique ainsi l'action incomplète du sérum dans ces formes malignes. Cependant, il faut le dire bien haut, ces accidents tardifs sont d'autant plus fréquents que le sérum a été employé plus tardivement. Lorsqu'on traite une diphtérie par le sérum, il ne faut donc pas se préoccuper seulement de la dose et de la répétition des injections, l'élément de succès peut-être le plus important est la date de la première injection. »

M. L. Jacquet présente un malade atteint d'un syndrome que l'on peut ainsi définir : **Angine pré-péladique; éruption de la dent de sagesse inférieure « gauche »; syndrome néo-dentaire « gauche » et pelade péri-auriculaire « gauche ».**

L'auteur a déjà prouvé par une série de faits que, dans certaines conditions, l'éruption dentaire, et en particulier celle de la dent de sagesse, provoque un ensemble réactionnel sensitif, vaso-moteur, thermique, trophique, dont la pelade est un des éléments. C'est ce qu'il a nommé : « Syndrome néo-dentaire. »

L'identité morphologiuqe et évolutive est parfois telle, dans les cas de ce genre, que chez le jeune homme en question, au seul aperçu de sa pelade, M. Jacquet a pu annoncer à ses élèves que l'une des dents de sagesse évoluait de ce côté et que l'on allait trouver, plus ou moins au complet, le syndrome néo-dentaire. En effet, on peut constater chez ce malade :

1° Une énorme zone peladique péri-auriculaire et nuchale gauche;

2° Une très nette hyperthermie faciale gauche;

3° Une névralgie faciale latente gauche et une hyperesthésie névro-musculaire systématisée à tout le côté gauche;

4° L'éruption de la troisième molaire inférieure gauche, dont une cuspide a perforé la gencive et dont la pression est fort douloureuse.

La première manifestation du syndrome a été une angine fébrile avec douleur de déglutition à gauche, comme le malade l'a déclaré de lui-même.

On peut donc maintenant affirmer que l'angine néo-dentaire est fréquente; que son substratum initial et essentiel est un trouble fonctionnel ou une lésion du plan musculeux du pharynx; et que, consécutivement, peut survenir la rougeur de la nuque avec ou sans accidents infectieux secondaires.

MM. Louis Rénon et E. Géraudel ont observé, chez un ouvrier employé au nettoyage par grattage de la surface externe des moules ou « cellules » servant à la fabrication de la glace artificielle, une **intoxication saturnine typique**, caractérisée par une colique de plomb et le liséré de Burton. Les accidents débutèrent douze jours après le commencement du travail qui dégageait une grande quantité de poussières : sur huit camarades du malade, employés

à la même besogne, sept furent atteints de la même façon et dans le même temps.

Une analyse très soigneuse des poussières dégagées par ce grattage (poussières qui se réunissent sous forme d'une poudre brune et lourde), faite par M. Géry, a démontré la présence unique du plomb et du fer dans leur constitution.

Il y a dans ce travail une cause grave et rapide d'intoxication saturnine sur laquelle il était utile d'attirer l'attention.

MM. Gilbert et Lereboullet étudient les **pleurésies biliaires** qui, d'après eux, constituent un groupe important de pleurésies non tuberculeuses et s'observent avec une relative fréquence dans la plupart des infections biliaires aiguës ou chroniques (angiocholécystites catarrhales), de sorte que l'on peut décrire des **pleurésies para-ictériques** et des **pleurésies méta-ictériques**.

M. Béclère présente un malade atteint d'une **déformation hippocratique des extrémités digitales** avec prédominance remarquable à droite, avec exophtalmie à droite et paralysie de la corde vocale du même côté.

M. Sacquépée rapporte quelques cas d'**infections secondaires au cours de méningites cérébro-spinales**.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Colique saturnine guérie par l'huile d'olives. — M. Duplant (de Lyon) a communiqué, à la Société des sciences médicales de Lyon, l'observation suivante qui montre les heureux effets du traitement préconisé par le professeur Weill :

« Le nommé P..., vitrier-encadreur, âgé de 45 ans, me fit demander comme médecin du bureau de bienfaisance, le 8 mai. La manipulation du mastic avait déterminé chez lui une intoxication saturnine, démontrée par l'existence d'un liséré gingival des plus typiques. Depuis six jours, il souffrait de coliques atroces accompagnées de rétractions du ventre, de constipation et de vomissements. Il demanda au début des accidents le médecin de nuit, puis un médecin de quartier. Le diagnostic de coliques saturnines fut posé et le traitement classique par la belladone, la morphine, fut institué. Le malade n'eut que quelques heures d'amélioration. La constipation résista à tous les moyens mis en œuvre.

Le malade, à mon arrivée, ne pouvait supporter que la position génu-pectorale. Il poussait des gémissements incessants et vomissait constamment. La glace, la limonade, la potion Rivière, l'eau chloroformée furent sans effet. Lorsque je proposai le traitement par l'huile d'olives, les personnes de l'entourage protestèrent, déclarant qu'il n'en garderait pas une goutte. J'insistai et fis ingérer de l'huile par quarts de verre. Le malade ne vomit pas une seule fois, et deux heures après le début du traitement il était soulagé. Dans la soirée il eut une selle, dans la nuit une reprise des douleurs qui cédèrent à une nouvelle absorption d'huile. Depuis, le malade a repris ses occupations.

Cette observation nous démontre que l'ingestion d'huile d'olives chez les saturnins atteints de coliques, soulage les douleurs, supprime les vomissements et provoque des évacuations alvines indiquant la cessation du spasme intestinal. Ce traitement peut réussir alors que tous les procédés classiques échouent contre la crise. »

Ces résultats, comme l'a fait observer M. Weill, sont intéressants car ce procédé n'a pas été accepté avec beaucoup d'enthousiasme au début. L'huile d'olive ne passe pas pour un antinauséeux, et cependant son ingestion a fait cesser, chez le malade de M. Duplant, et jadis chez un malade du service de M. Bard, des vomissements qui résistaient à tous les médicaments.

Il existe dans la colique saturnine un spasme des muscles de l'abdomen et des fibres lisses de l'intestin. L'huile fait cesser les contractions du sphincter pylorique d'abord, puis du muscle intestinal.

On peut comparer son effet à celui qu'elle possède dans la colique hépatique où elle supprime le spasme du cholédoque. (*Lyon méd.*, 13 juillet 1902.) L. G.

Action hypnotique de l'apomorphine chez les alcooliques. — L'attention des praticiens a été appelée récemment sur la valeur de l'apomorphine comme hypnotique chez les alcooliques. MM. Coleman et Polk ont pu expérimenter l'action de ce remède sur 300 sujets admis dans un même hôpital et ils ont publié l'observation analytique de 87 cas.

Pour agir comme sédatif et hypnotique, l'apomorphine doit être administrée par la voie hypodermique. Sur 13 cas où on l'administra par la voie buccale on n'obtint le sommeil que deux fois. Sur 74 cas, traités par la voie hypodermique, l'action hypnotique fut obtenue 50 fois. Naturellement, la moitié environ des malades ont des vomissements. Il est difficile d'établir exactement la posologie : il est prudent de commencer par un centigramme et de tâter ensuite progressivement le terrain. En cas de vomissement, attendre plusieurs heures avant de continuer le traitement. L'action hypnotique ne dure que quelques heures. Le chloral, le bromure, administrés peu de temps après l'apomorphine, prolongent efficacement son action. (*Americ. med.*, 8 mars 1902.) A. H.

DERMATOLOGIE

Un topique nouveau contre le prurigo de Hébra. — M. de Beurmann a obtenu une amélioration très rapide chez un malade atteint de prurigo de Hébra en employant le topique suivant, dont la formule lui avait été communiquée par un confrère en retraite de la marine :

Camphre	12 parties
Goudron	15 —
Soufre	8 —
Huile de Chaulmoogra	3 —
Vaseline	62 —

(Soc. de derm. et syph., 3 juillet.) L. G.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de bactériologie pure et appliquée à la médecine et à l'hygiène (1), par MM. P. Miquel et R. Cambier, directeur et sous-directeur du Laboratoire de bactériologie de la Ville de Paris.

Le très volumineux traité de MM. Miquel et Cambier mérite mieux qu'une simple mention bibliographique. C'est un ouvrage qui a le grand mérite de réunir l'ensemble de nos connaissances en bactériologie et de les présenter sous une forme presque parfaite. A peine y relevons-nous et bien à regret quelques lacunes, qui nous empêchent de le louer sans réserve, comme nous l'eussions désiré. Si, dans la première partie de l'ouvrage, la morphologie et la biologie des bactéries sont longuement et complètement décrites, ainsi que les diverses méthodes d'investigations dont nous disposons aujourd'hui pour l'étude de ces bactéries (cultures, colorations, expérimentation sur les animaux, etc.), nous regrettons de trouver dans la deuxième

(1) In 8° jésus de 1059 pages, avec 224 fig. noires et en couleur. Prix, broché : 45 francs. — Paris, C. Naud.

partie, consacrée aux bactéries pathogènes, des chapitres écourtés et incomplets, par exemple en ce qui concerne les bacilles pseudo-diphtériques.

En revanche la quatrième partie de l'ouvrage, consacrée aux applications de la bactériologie à l'hygiène, est particulièrement intéressante et telle que nous devions l'attendre sous la plume des auteurs. Nul ne pouvait mieux que M. Miquel, dont chacun connaît les patientes recherches, exposer avec plus d'autorité et de clarté les différents procédés d'analyse bactériologique de l'air, de l'eau et du sol.

Les deux derniers chapitres consacrés à l'*épuration des eaux* et à la *désinfection* sont de ceux que tout médecin doit avoir lus, car il n'est pour ainsi dire pas de jours où il n'ait l'occasion d'en appliquer les enseignements.

Le traité de MM. Miquel et Cambier a sa place marquée dans la bibliothèque de tous les laboratoires. L. L.

Leçons cliniques de chirurgie infantile (1), par A. Broca.

Trente-cinq leçons en 500 pages, tel est le bilan du livre offert au public par M. Broca. Beaucoup de ces leçons offrent un réel intérêt. Elles ont été vécues par un spécialiste compétent, plus soucieux de décrire ce qu'il a vu et observé que de faire vain étalage de ce qu'il a appris par la lecture des autres.

La première leçon est consacrée à l' « Examen d'un enfant atteint d'une lésion des membres ». Elle est remplie de conseils utiles et éminemment pratiques. La deuxième a trait à l' « Hémarthrose du genou » ; elle se termine par cette conclusion : « Chez l'enfant, s'en tenir à une courte immobilisation suivie de massage. » Dans les arthrites aiguës traumatiques du genou, il ne faut ni réséquer la synoviale, ni réséquer les os, mais recourir à l'arthrectomie par « deux incisions latérales, longues et très postérieures ».

Les huit leçons suivantes sont consacrées à l'étude des fractures plus fréquemment observées chez les enfants.

Puis viennent les exostoses de croissance, les luxations si rares, les ostéomyélites si fréquentes.

M. Broca décrit en trois leçons très substantielles les infections mastoïdiennes, leur traitement et leurs complications.

Le mal de Pott est étudié en deux leçons.

Signalons trois leçons consacrées à l'appendicite. L'une d'elles a pour titre très suggestif : « Le traitement de l'appendicite. — Pourquoi je ne suis plus radical. »

En arrêtant ici la liste de nos citations, nous aurons suffisamment montré ce qu'est le livre de M. Broca. C'est l'exposé des principales questions de chirurgie infantile par un chirurgien d'enfants. A. R.

Guide thérapeutique des infirmeries régimentaires (2), par le docteur Henry Petit, médecin-major de première classe.

Voilà un ouvrage qui, dans l'intérêt de nos soldats, rendra de grands services aux médecins de l'armée active, de la réserve et de la territoriale : les médecins de l'armée active y trouveront, groupés, tous les renseignements qui leur seront utiles pour le traitement des maladies soignées à l'infirmerie, et pour les formules pharmaceutiques. Les médecins de réserve et de territoriale, souvent appelés à diriger seuls une infirmerie régimentaire, y puiseront toutes les indications nécessaires pour ordonner, dans telle et telle affection, un traitement dont les formules thérapeutiques diffèrent, de façon notable, de la thérapeutique générale de la clientèle civile.

(1) In-8°, avec 73 fig. interc. dans le texte et 6 pl. hors texte. Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

L'auteur a pris toutes les maladies énumérées dans la nomenclature n° 4, et a successivement donné, pour chacune d'elles, leur traitement aussi complet que possible, en ne se servant que du matériel et des médicaments, assez restreints, accordés aux infirmeries régimentaires, par l'instruction du 13 août 1899. Sans rien présenter de neuf, il a tenu seulement à condenser, avec le plus d'ordre possible, toutes les formules et tous les moyens de traitement, que les médecins militaires sont appelés à appliquer, avec les ressources limitées des infirmeries régimentaires. Les maladies sont classées d'après l'ordre de la nomenclature n° 4. Leur traitement est présenté suivant un plan d'ensemble qui donne les indications thérapeutiques depuis le début de la maladie jusqu'à sa fin. Dans quelques chapitres, nombreuses sont les formules que l'on trouvera : elles sont placées par ordre de préférence, et laissent cependant le plus grand choix au médecin traitant.

Pour les affections chirurgicales, le docteur Petit a présenté, dans un chapitre spécial, le traitement des contusions, des plaies simples, des plaies contuses, applicable à toutes les parties du corps, pour éviter les redites. Il n'a eu ensuite à indiquer, dans les chapitres suivants, que les considérations particulières à chaque région. A la fin de l'ouvrage, se trouve un appendice avec quelques notices qui pourront être consultées avec fruit. F. R.

Diagnostic et traitement des maladies infectieuses (1), par le docteur J. Schmitt.

Ce livre est divisé en trois parties distinctes. Dans la première, l'auteur résume les notions les plus usuelles sur les *maladies infectieuses*. Dans toute maladie, il y a à considérer la graine et le terrain. M. Schmitt étudie donc, tour à tour, le microbe et l'organisme. Puis, dans une seconde partie, il aborde le *diagnostic général des maladies infectieuses*. Pour faire ce diagnostic, on a recours aux différentes méthodes suivantes : méthodes cliniques, commémoratifs, examen du malade ; méthodes anatomo-pathologiques : examen du pus, du sang, des liquides épanchés, cryoscopie, méthodes bactériologiques : examen direct, cultures, inoculations ; méthodes biologiques : injections de tuberculine, de malléine, séro-diagnostic, etc. Le troisième chapitre est consacré au *traitement des maladies infectieuses*. Ce traitement est d'abord prophylactique, il est aussi symptomatique : ce dernier fait appel aux antiseptiques, aux procédés d'immunisation, aux stimulants cellulaires, etc. Il peut aussi limiter ses efforts et se borner à combattre la fièvre, l'inflammation, etc. Tel est, dans ses grandes lignes, le plan très simple et très scientifique à la fois de M. Schmitt : écrit dans le but de tenir au courant tous ceux « qui, dans l'engrenage des occupations professionnelles, n'ont ni les moyens de parcourir toutes les publications spéciales, ni le loisir d'étudier de volumineux ouvrages », ce livre rendra les plus grands services aux étudiants et aux médecins. L. B.

Lavage de l'intestin. Instrumentation. Physiologie. Contre-indications et indications (2), par le docteur Froussard.

Sous ce titre, le docteur Froussard, médecin consultant à Plombières, étudie l'irrigation du gros intestin dans son entier (douche horizontale), le lavement et l'entéroclyse, l'instrumentation et le mode opératoire ; puis les indications et contre-indications des lavages de l'intestin sont successivement passées en revue. Dans ce petit opuscule, les médecins trouveront réunis tous les renseignements nécessaires pour faire — et pour faire à propos — un lavage d'intestin à leurs malades. L. B.

(1) In-16. Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-12. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Alex. Coccoz.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Nîmes.* — Un concours pour des places d'élève interne à l'hôpital mixte sera ouvert le mercredi 12 novembre prochain.

— *Orléans.* — Un concours pour trois places d'interne titulaire et cinq places d'interne provisoire sera ouvert le mardi 16 décembre prochain, à deux heures et demie.

Ecoles de médecine. — *Tours.* — Un concours s'ouvrira, le 19 janvier 1903, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Un autre concours s'ouvrira, le 19 janvier 1903, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris pour l'emploi de suppléant de pharmacie et matière médicale.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Distinctions honorifiques. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le médecin-inspecteur Gentit.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Duchêne et Linon.

MM. les médecins-majors de première classe Ferrandi, Fournier, Juloux, Kauffmann et Salvetat.

MM. les médecins principaux de deuxième classe de l'armée territoriale Vigenaud, Demmler et Dumas.

M. le médecin principal de première classe des colonies Primet.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe d'Audibert Caille du Bourguet, Bénac, Bernardy, Bernhard, Castel, Chameroy, Dupeyron, Ferraton, Kocker, Lanel, Lévy, Malgat, Mary, Morin, Pélix, Pelletier, Pesme, Privat, Spire, Talayrach, Tisserant, Treillet et Weiss.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Barbot, Renaud et Lespinasse.

M. le médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale Deffaux.

MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Cabasse, Marcailhou, Rouby, Treille et Aubeau.

MM. les médecins aides-majours de première classe de l'armée territoriale Trépant et Verdier.

MM. les médecins-majors de première classe des colonies Crossouard et Pinard.

MM. les médecins-majors de deuxième classe des colonies Mas, Pineau et Touin.

M. le médecin aide-major de première classe des colonies Barot.

— Parmi les nominations au grade de chevalier de la Légion d'honneur, signalons celle de M. le docteur Imbeaux, ingénieur de première classe à Nancy. Grâce à ses magnifiques recherches, la ville de Nancy, dont il dirige les travaux hydrauliques, va bientôt être dotée d'un remarquable service d'eau de source captée dans des galeries souterraines sous le plateau de la forêt de Haye.

— MM. les docteurs Lancereaux et Millée (de Paris) sont nommés officiers de l'Instruction publique.

MM. les docteurs Amblard (de Fumel), Diard (du Creusot), Kouindjy (de Paris), Panné (de Nevers) et Verneuil (de Biérancourt) sont nommés officiers d'Académie.

— M. le docteur Ribes (de Guchin) est nommé officier du Mérite agricole.

MM. les docteurs O. Bilhaut (de Paris), Enquin (de Semur) et Frugier (de Nexon) sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

— La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes dont les noms suivent :

Médaille d'or : M. Raynaud, médecin de l'hôpital civil, directeur du service sanitaire maritime d'Alger.

Médailles d'argent : M. Perret, médecin-major de 2e classe, chef de l'hôpital militaire de la Calle ; M. Castagnorri, interne de l'hôpital civil de Constantine ; M. Uzac, médecin aide-major de première classe au 1er chasseurs d'Afrique.

Médaille de bronze : M. Charvin, interne en médecine de l'hôpital de Mustapha.

Guerre. — Sont promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin-inspecteur. — M. le médecin principal Annequin (F.-B.).

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Donion, Isambert et Audet.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Auban, Lauza, Schrapf, Géraud.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Martin (Paul-Fernand), Fasquelle, Spite, Camentron, Bazin, Knoll, Carton, Lebon, Courboulès, Pech.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Paloque, Regad, Calais, Henriot, Fohanno, Massoulard, Vandenbossche.

— Ont été nommés ou désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Benech, nommé directeur du service de santé du 20e corps d'armée; Annesley, nommé directeur du service de santé du 11e corps d'armée ; Chevassu, nommé sous-directeur de l'Ecole du service de santé militaire et médecin-chef de l'hôpital militaire Desgenettes à Lyon.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Mussat, désigné pour l'hôpital militaire de Belfort ; Hussenet, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Reims ; Polin, désigné pour l'hôpital militaire de Nancy ; Hornus, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Montauban.

MM. les médecins-majors de première classe Bouvier, désigné pour l'hôpital militaire Villemanzy à Lyon ; Follenfant, pour l'hôpital militaire de Bourges ; Morand, pour l'hôpital militaire de Bastia ; Sanglé-Ferrière, pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans ; Namin, pour le régiment de sapeurs-pompiers à Paris ; Ferrand, pour le 2e du génie ; Buy, pour le 5e d'infanterie ; Dupard, pour le 139e d'infanterie ; Munschina, pour la section technique du service de santé.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Gruson, désigné pour le 91e d'infanterie ; Vincent, pour le 151e d'infanterie ; Pettier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Renaud, pour le 1er bataillon d'artillerie à pied ; Keim, pour la direction du service de santé du 17e corps d'armée ; Courtois, pour le 3e chasseurs à cheval ; Deumié, pour le 9e cuirassiers ; Loeuillet, pour le 3e bataillon d'artillerie à pied ; Guillaume, pour le 102e d'infanterie ; Barrier, pour le 18e dragons ; Duron, pour le 75e d'infanterie ; Meyer, pour le 12e dragons ; Larrieu, pour le 88e d'infanterie ; Lejonne, pour le 5e dragons ; Jaulmes, pour le 83e d'infanterie ; Garret, pour le 24e dragons ; Léon, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; Rouyer, pour le 3e bataillon de chasseurs à pied.

MM. les médecins aides-majors de première classe Duffau, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger ; Ecochard, désigné pour le 1er zouaves ; Magnoux, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; Hurel, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; Gruié, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; Coste, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; Boulin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Garmaud, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Cultin, pour le 1er cuirassiers ; Mauviez, pour l'École militaire préparatoire de Rambouillet.

— Sont promus dans le corps de santé des Colonies :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Lidin.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors Merveilleux, Brou-Duclaud, Simon.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Laborde, Faraut, Delay, Guerchet, Pineau, Brossier, Martine, Vinas, Pierre, Ilbert, Layet, Suard.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Camus, Ruelle, Abbatucci, Lamort, Jacob, Contaut, Daniel, Micholet, Marchand, Mathis, Bec, L'herminier, Parazols, de Nicolas du Plantier.

Un congrès international de l'assistance des aliénés et spécialement de leur assistance familiale se tiendra à Anvers du 1er au 7 septembre 1902 sous la présidence d'honneur de M. le ministre de la Justice de Belgique. Le secrétaire général est le docteur F. Sano.

Centenaire de Bichat. — La Société française d'histoire de la médecine célébrera le centenaire de la mort de Bichat, ainsi qu'il suit, le mardi 22 juillet prochain:

A 10 heures du matin : Visite collective à la tombe de Bichat, au Père-Lachaise. Discours de M. le professeur R. Blanchard.

A 4 heures : Apposition d'une plaque commémorative sur la maison portant le n° 14 de la rue Chanoinesse, où Bichat est mort.

A 5 heures : Réunion à la Faculté, discours de M. le professeur Tillaux. Éloge de Bichat par M. le docteur Albert Prieur.

Une médaille à l'effigie de Bichat sera frappée en l'honneur du centenaire et délivrée à tout souscripteur. Le prix de l'exemplaire en bronze est de 5 francs ; celui de l'exemplaire en argent est de 10 francs.

Prière de s'inscrire le plus tôt possible, auprès du secrétaire général, M. A. Prieur, 1, place des Vosges, Paris.

Les insolations le 14 juillet. — Le nombre des insolations pendant la revue du 14 juillet s'est élevé à plus de 500, dont plusieurs morts.

Les généraux Faure-Biguet, gouverneur de Paris, et Percin, chef de cabinet du ministre de la Guerre, ont été légèrement atteints.

Condamnation d'un médecin. — Le docteur X... avait été condamné, le 19 février dernier, par la neuvième chambre correctionnelle, à 500 francs d'amende et 5000 francs de dommages et intérêts, à la requête de M. le professeur R. Blanchard, pour diffamation et injures rendues publiques par la voie du journal l'*Évolution médicale*.

M. le docteur X... ayant interjeté appel de ce jugement, la chambre des appels correctionnels, dans son audience du 10 juillet, a confirmé purement et simplement la décision des premiers juges.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Chirurgie radicale du varicocèle. (Conception et méthode thérapeutique, procédés opératoires classiques.)

Par M. le docteur L. LONGUET,
Professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Rouen.

S'il est une question qui semble à l'heure actuelle un peu délaissée, c'est certes celle du traitement opératoire du varicocèle. Tandis que les documents de haute valeur qui touchent à ce sujet, fourmillent dans l'antiquité, et dans les âges pré et post-antiseptiques; au contraire, les faits et les publications de nos contemporains, malgré leur nombre relativement élevé, sont, depuis dix années, d'importance si secondaire que ce petit coin de la chirurgie semble à peu près complètement enseveli. Il faut cependant convenir que quelques rares monographies méritent de fixer l'attention. Elles seront ici mises en pleine lumière, mais les traités spéciaux, comme les classiques, reflètent un égal mutisme. Aussi bien, cette question paraît aux yeux de tous définitivement « classée ». L'entente est générale sur la conduite opératoire qui paraît la meilleure, et les thèses succèdent aux thèses, répétant à satiété les idées couramment admises, ou reproduisant quelque procédé renouvelé des anciens sans y apporter la moindre originalité.

Et de fait, tant de générations entières sont passées sur ce terrain; elles y ont semé tant de techniques, qu'il semble bien imprudent de s'avancer maintenant dans ces sentiers battus, avec l'espoir d'y trouver place pour quelque conception ou quelque méthode nouvelle. La conclusion assez curieuse du présent travail sera cependant que la question est loin d'être tranchée. Si bien qu'il ne faudrait pas s'étonner si, d'ici peu, l'on assistait à l'éclosion de conceptions, méthodes et procédés qui n'ont point leur analogue dans ce qui a jamais été fait. Pour ma part, c'est une évolution de ce genre que j'ai suivie. Après avoir, comme chacun, obéi au mouvement général, en ne pratiquant que des « résections scrotales » en 1896 et 1897 (19 cas), je me suis bientôt éloigné du classique. A cette « scrotectomie » j'associais en 1898 la *phlébotripsie* à ciel ouvert sans ligature, puis la même année 1898, je combinais cette même phlébotripsie, à la *ligature à ciel ouvert du scrotum*. L'année suivante 1899, je publiais un cas de phlébectomie par *inguinotomie temporaire* (1), pour phlébite variqueuse du cordon, cas qui est le premier comme date de publication, mais non comme exécution, ainsi que des recherches ultérieures me l'ont depuis lors appris. Enfin, avec l'application de ma méthode de *transposition extraséreuse du testicule* (2) au varicocèle (2 juillet, 14 et 28 août 1901), je me séparai définitivement du traitement radical ou classique, et c'est dans cette voie que se portent mes recherches actuellement.

Toutefois, dans un travail d'ensemble comme celui-ci, je veux m'appliquer surtout à tracer aussi exactement que possible le chemin parcouru, et à donner l'image du mouvement chirurgical actuel et passé. Je l'exposerai sans parti pris; je ferai ressortir ses avantages et aussi ses lacunes, et c'est précisément comme on le verra bientôt, parce que celles-ci sont encore bien grosses et bien nombreuses, qu'en terminant je réclamerai droit de cité pour des conceptions, méthodes et procédés sanglants jusqu'ici non classiques. Ces dernières seront désignées sous le nom de *traitement orthopédique conservateur* du varicocèle, terme qui est de nature à caractériser une opposition contre le *traitement sanglant radical*. Voyons ce traitement radical.

Historique. — Voici ce qu'un coup d'œil à la fois vaste et rapide, jeté sur toute l'histoire du traitement opératoire du varicocèle, nous apprend tout d'abord. Il y a, dans la chirurgie de la maladie qui nous occupe, trois époques nettement tranchées : la première est une époque géniale de *chirurgie radicale* qui s'étend du premier siècle à 1830. La deuxième est une époque *anti-chirurgicale* ou de recul. Elle fait suite à la précédente en 1830 et se traîne jusqu'en 1870. La troisième qui s'ouvre avec l'antisepsie est une phase de *chirurgie radicale de renaissance* et de perfectionnement. Calquée sur la première, elle la reproduit si fidèlement que, de 1870 à nos jours, elle n'apporte à peu près rien de nouveau que quelques points de technique d'intérêt secondaire. Ici s'arrête le cycle parcouru; on voit que l'idée demeure toujours la même; c'est toujours le *radicalisme* sous toutes ses formes.

PREMIÈRE PÉRIODE : *la première chirurgie radicale* (*ou de découverte*) [Ier siècle à 1830]. — C'est mon premier devoir

(1) L. LONGUET. De la phlébite variqueuse du cordon. Son traitement par la phlébectomie, *Presse méd.*, 2 sept. 1899.

(2) L. LONGUET. De la transposition extraséreuse du testicule, *Progrès méd.*, 21 sept. 1901.

de rendre hommage aux tout premiers chirurgiens. Ils ont imaginé tout entière et mis en pratique la cure sanglante radicale telle qu'elle s'effectue aujourd'hui. Avec une hardiesse croissante leurs méthodes font leur apparition dans l'ordre qui suit :

α. La *phlébotomie ou section veineuse interligaturaire* est la plus antique. Elle est l'œuvre de Celse (1) et de P. d'Egine [Ier siècle (2)] que suivirent bien longtemps après Guy de Chauliac (3) vers 1365; Pierre Franco (4) en 1561; A. Paré (5), enfin Jean Vigier [de Castries (6)]. Si ces opérateurs osèrent s'attaquer aux veines variqueuses du cordon; s'ils tentèrent même de les supprimer partiellement en détruisant, par les caustiques ou le feu, les cordons veineux nettement tranchés entre deux ligatures, il serait toutefois un peu exagéré de dire qu'ils réalisèrent, à proprement parler, de vraies phlébectomies.

β. La *phlébectomie* typique à ciel ouvert, avec ou sans ligature, est d'issue plus tardive. On s'accorde généralement à considérer Arculanus, chirurgien italien, comme son promoteur au XVe siècle. « Il liait la veine en haut et en bas, l'excisait entre deux ligatures et réunissait par suture. » En fait de thérapeutique radicale un dernier pas restait à franchir; c'est celui de la résection du scrotum.

γ. La *scrotectomie* plus récente encore, due à Dionis (1), à la fin du XVIIe siècle, et surtout à A. Cooper en 1831, puis exécutée plus tard par Eude et Luke (2) en 1841 en Angleterre, par Voillemier et par Velpeau [1844 (3)] en France, marque la dernière étape du mouvement radical. Ce radicalisme dépassa même la mesure puisque nos anciens n'hésitaient pas, dans certains varicocèles très douloureux, à « couper le didyme », à faire la castration à l'exemple de Celse, de Brodie, de Key; ou à exciser une partie du déférent, selon la pratique de Morgan, de Lambert et de Key.

Restait à associer les différentes techniques dans une même combinaison; à faire « l'opération mixte », la *phlébectomie avec scrotectomie*. C'est ce qui fut réalisé pour la première fois par Cumano (de Trieste). Ce très court aperçu suffit pour laisser clairement entrevoir l'ampleur et la fertilité de toute cette chirurgie des antiques qui s'étend jusqu'en 1830. Dès lors, ce fut la proscription absolue de tout instrument tranchant. C'est qu'en effet avec l'abondon de substances dont on reconnut plus tard la valeur antiseptique (4), les complications les plus graves, la phlébite, l'infection purulente et la septicémie devinrent florissantes. Et de cure radicale du varicocèle dont Delpech vers 1830 fut, dit-on, l'un des défenseurs et l'une des victimes (5), il ne fut plus question. Il fallait à tout prix renoncer à opérer à ciel ouvert.

DEUXIÈME PÉRIODE : PHASE ANTI-CHIRURGICALE (1830-1870). — Aux opérateurs du premier âge, on pouvait reprocher quelques méfaits, et beaucoup d'imperfection, puisque nombre d'entre eux ne tentaient point la réunion par première intention. A partir de 1830, on se mit à chercher dans une autre voie, mais les résultats furent plus mauvais encore. Ici trouve place une liste de méthodes fort peu intéressantes auxquelles on donna nom de « preservatrices » et bien à tort sans doute, car elles ne préservèrent pas plus de la mort que les techniques auxquelles elles succédèrent.

On songea à la *compression oblitérante* des veines variqueuses. Sanson, puis Breschet (1834), Velpeau, Raynaud (de Toulon), Follin, Jobert se passionnèrent pour cette thérapeutique qui, comprimant les téguments ambiants autant que le paquet variqueux spermatique, se terminait souvent par escarification massive. A cette compression, l'on procéda par une foule de techniques distinctes, par des aiguilles, par des ligatures, par des sutures en chaîne, enfin par des clamps spéciaux dont les modèles de Breschet, de Jobert, et plus récemment de Landouzy (père) devinrent les plus célèbres.

---

(1) CELSE. Traduction par Vedrene, Paris, 1876, p. 527. La technique de l'auteur consiste à brûler les varices scrotales avec des cautères grêles et pointus, puis à sectionner cette varice entre deux ligatures.

(2) P. D'EGINE (Ier siècle). *Medicinæ totius encheiridion*, lib. VI, p. 645 et trad. par R. Britau, Paris, 1855 p. 273. Sa technique consiste : à isoler au palper les vaisseaux ectasiés; à découvrir à ciel ouvert le faisceau variqueux; à le lier entre deux ligatures; à le sectionner entre ces deux ligatures. Il évacuait en outre le sang coagulé et appliquait un pansement suppuratif.

(3) GUY DE CHAULIAC. En la *Grande chirurgie de Guy de Chauliac*, édit. de Lyon, 1642, p. 171. L'auteur conseille d'inciser le scrotum; de lier en haut et en bas la hernie variqueuse, de couper net ce qui est son milieu.

(4) Pierre FRANCO. Sa technique consiste à serrer la veine en deux endroits; mais « premièrement que d'atteindre le fil, coupe la veine entre les deux fils et laisse évacuer le sang contenu en icelles » (*La Chirurgie de Pierre Franco*, composée en 1561, et reproduite par Nicaise, édité chez Alcan, 1895, p. 73). J'extrais de ce livre le passage suivant : « Nous viendrons à la cure par la main, assavoir que après avoir esté purgé, ni *phlébotome* ni mestier est, comme avons dit aux autres espèces. Vray est qu'il fault plus tost purger l'humeur mélancholique que les autres : parceque ceste maladie est plus tost engendrée de ceste humeur que d'autre. Estant, dis-je, ainsi préparé, il fault faire bonne ouverture en long du scrotum, depuis le milieu d'iceluy en hault, et puis tirer assez fort le didyme, afin de prendre la varice tant haut qu'il sera possible au didyme, pour enpescher qu'elle ne redescende en bas; et au plus hault que sera possible on passera une aiguille d'argent ou autre, un peu pliée, comme est figurée un *ungula* (fig. 37, p. 178), et enfilée de fil assez fort un peu oinct d'huile rosat. Elle passera par dessous la varice, afin de la lier : et icela se fera en deux lieux prochains l'un de l'autre. Puis convient *copper entre deux*, à travers la varice. Or, devant que restreindre le filet, il fault laisser fluer le sang, qui est contenu en icelles, et mesmement celuy qui est en la partie supérieure une grande partie, s'il vient : estant le patient situé comme demy droit, et après restreindre le filet : après qu'il ne flue plus. Quant à celuy qui est en bas, au didyme, on le doit tout faire sortir, en levant le esticule en haut, et puis restreindre le filet, comme dessus, et faire ainsi à toutes les varices, si mestier est. Ayant restreint les filets, on pourra *cautériser* lesdites varices avec cautère actuel, ou huile rosat bouillant, comme avait dit dessus, car suffit autant que le fer, avec ce, qu'il n'y a pas tant d'appréhension. Puis fault laisser les bouts des filets un peu longs, afin qu'ils sortent dehors : et procédés à la guérison comme des autres ulcères. Si par ce moyen, ne pouvait guérir ou qu'il y eust grande douleur, il faudrait copper le didyme et procéder comme a esté dit en la rupture. J'ay vu homme y avoir si grande douleur, que nécessairement il le fallut copper comme l'hernie. Combien qu'on ne connaît que bien peu de varice; si qu'on eust estimé qu'il ne devoit point avoir de mal, et si n'estoit que d'un costé, lequel en fin fut guary. »

(5) A. PARÉ. Les *Œuvres complètes*, t. I, p. 417, reproduisent les conseils de Franco, édité par Malgaigne, 1840, t. I, p. XCI, introduction.

(6) Jean VIGIER (de Castres). *La grande chirurgie des tumeurs*, Lyon, 1614, p. 281. Même technique que les précédents.

(1) DIONIS. Édition publiée en 1707 : pratiquait la résection de la peau en excès « de même qu'on coupe un morceau de drap qu'on trouve trop long ».

(2) LUKE (de Londres), cité par Curling, en 1841.

(3) VELPEAU. *Gaz. des hôpit.*, 1844.

(4) NICAISE. Le discrédit coïncide avec le moment où les liquides émollients et les corps gras prennent droit de cité dans la pratique des pansements et remplacent le bon « vin chaud » ou les substances plus ou moins antiseptiques employées jusque-là : topiques aromatiques, vulnéraires alcooliques, baumes, *Revue de chir.*, 1884, p. 367.

(5) Delpech fut, dit-on, assassiné le 29 octobre 1832 par un de ses opérés, Demptos, que l'atrophie du testicule consécutive à l'intervention avait réduit à l'impuissance.

La *phlébite septique oblitérante* fut provoquée par des *sétons* Fricke (de Hambourg) [1834]; par l'*acupuncture* (Velpeau), par des *injections intra ou périveineuses coagulantes*, telles que le perchlorure de fer [Maisonneuve, Pourching (de San Francisco)]; le sulfate de fer (Isaac); le tannin (Bryant); enfin et plus simplement par l'exposition à l'air après découverte et isolement des veines. C'est là l'*isolement* de Rigaud (de Nancy), véritable exophlébopexie pour employer une désignation conforme à nos terminologies actuelles.

La *destruction* des veines, sans bistouri, cette méthode qu'on opposait à la phlébectomie à ciel ouvert, suscita de plus nombreuses tentatives. Les caustiques *chimiques*, et en particulier la pâte de Vienne et le chlorure de zinc (Bonnet) manié avec des porte-caustiques (Bonnet, Nélaton, Valette); les caustiques *thermiques* depuis le feu sous ses différentes formes (Voillemier), dont la plus sensationnelle fut la volatisation du varicocèle par une pince spéciale (Richet), encore défendue en 1886, jusqu'à la galvanocaustie [Onimus, Percepied, Bernard, en France; Gesualdo, Middeldorpt (1858), von Bruns, Pitha, Reichert (1875), en Allemagne, Clementi, en Italie] eurent grand succès. Mais aucun procédé de destruction n'eut plus d'originalité et une plus brillante fortune que celui de Vidal (de Cassis). On sait que cette étrange technique consistait dans l'*enroulement* des veines sur un treuil horizontal. En peu de temps, l'inventeur de ce traitement bizarre comptait, non sans fierté, jusqu'à 250 observations.

Sous le nom de *section hémostatique* extemporanée, Maissonneuve fit ici l'application de son serre-nœud. D'autre part, Chassaignac avec son *écraseur linéaire* réalisait la phlébectomie et la scrotectomie, sans instrument tranchant. Enfin Gagnebé et Ricord préconisèrent les *ligatures* sous-cutanées. Tel est le bagage de toute cette génération aveugle, qui ne laissa absolument rien, égarée qu'elle était dans une fausse route toute parsemée de périls (1).

Troisième phase : la deuxième chirurgie radicale (1870-1900). — Avec l'antisepsie reparurent les audaces et le bistouri abandonné depuis G.-L. Petit. Mais il fallait avancer avec prudence avant de pratiquer grandement des exérèses étendues. La *ligature* à ciel ouvert de Celse et de P. d'Egine, avec ou sans phlébotomie, marque les premières tentatives de cette renaissance. Les noms de A. Barker et Galland [1881 (2)], de Harrisson (1882) à l'étranger, ceux de L. Championnière [1875 (3)], de Nicaise [1884 (4)], de Richelot [1885 (5)], de Le Dentu [1886 (6)] en France, que suivirent plus tard Ferron et Carlier [1887 (7)], s'attachèrent à la réhabilitation de cette ligature avec ou sans section veineuse.

(1) Voir pour plus de détails sur cette deuxième phase, l'étude très claire et très documentée de P. Segond, art. varicocèle du *Dictionnaire Jaccoud*.

(2) A. Barker et Galland. Ligature simple des troncs veineux ectasiés, *The Lancet*, 1881; — Reginald et Harrison. Nouveau procédé de cure radicale du varicocèle, *The Lancet*, 25 mars 1882. Double ligature des grosses veines au catgut et oblitération des plus petites par cautérisation au thermo.

(3) L. Championnière. *Bull. de la Soc. de chir.*, fév. 1889. Ce chirurgien rappelle à la discussion qu'il employa la ligature et la résection depuis 1875.

(4) Nicaise. La section du paquet variqueux entre deux ligatures, *Revue de chir.*, 1884, et Vincent, Th. de Paris, 1884.

(5) Richelot. Ligature des troncs veineux ectasiés, *Union méd.*, 1885.

(6) Le Dentu. *Cong. franç. de chirurgie*, 1886. Mais ce chirurgien expérimenta aussi des opérations autres que la ligature.

(7) Ferron et Carlier. *Arch. de méd. milit.*, avril 1887.

De la ligature à la *phlébectomie* typique d'Arculanus, il n'y avait qu'un pas : c'est ce pas que franchirent Annandale (1) [1874] en Angleterre, Fischer [1881 (2)], et Zezas [1884 (3)] en Allemagne; Bœnning [1882 (4)] en Amérique; L. Championnière [1886 (5)], Le Dentu [1887 (6)], Terrier, Segond [1889 (7)], Tillaux [1889 (8)], Boulay [1893 (9)] en France.

Parallèlement à la phlébectomie, la *scrotectomie* de Dionis et A. Cooper, renaissait avec Henry [1875 (10)], Barton, Gollet (1883), Rey, Watson, Maclean, Lydston (1883) en Amérique, pour ne prendre de l'extension en France qu'après 1885, à la suite des travaux de Wickham (11).

L'*opération mixte* de Cumano revint à la lumière, d'abord en Angleterre grâce à R. Lee [1881 (12)], puis en Amérique grâce à Bœnning (13) et Levis [1882 (14)]. Presque en même temps, elle était pratiquée en France par Guyon (15) [1883] et surtout Horteloup [1885 (16)] (scrotectomie et phlébectomie postérieure) et Le Dentu [1887 (17)] (scrotectomie et phlébectomie antérieure). Plus tard Brault [1895 (18)], vint perfectionner cette méthode combinée qu'on peut considérer comme implantée chez nous dès 1885, malgré, dit Gillette (19), les résistances des professeurs de « l'enseignement officiel ».

Entre ces différentes opérations, bien des chirurgiens demeurèrent hésitants tout d'abord : c'est ainsi que les opérations veineuses, malgré l'antisepsie puis l'asepsie, malgré quelques plaidoyers ou préférences en leur faveur de la part de Tillaux [1895 (20)], de Verhoogen, de Gallet, de Lavisé [1877 (21)] en Belgique; malgré quelques tentatives d'extension, grâce à l'*inguinotomie temporaire* [L. Longuet,

(1) Annandale. Double ligature avec résection du tracé veineux intermédiaire, *Brit. med. Journ.*, 1879.

(2) Fischer. 5 cas de ligature et de résection des paquets variqueux, *Smid's Jahrb.*, 1881.

(3) Zezas. *Wien. med. Wochens.*, 1884.

(4) Bœnning. *Med. Times*, vol. XIII.

(5) L. Championnière, *Bull. de la Soc. de chir.*, fév. 1889. Ce chirurgien rappelle qu'il a pratiqué des phébectomies, mais il les avait abandonnées à cette époque (1889). Voir aussi la thèse de Bunna, Paris 1891, qui décrit le procédé de Championnière.

(6) Le Dentu. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1887, p. 14, 92 et 631.

(7) Terrier et Segond. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1889, et *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1889. L'auteur mentionne 1 cas personnel dans lequel il y eut retard de la guérison par phlébite de la veine crurale.

(8) Tillaux. De la cure radicale du varicocèle, *Tribune méd.*, 1889.

(9) Boulay. Le traitement du varicocèle, *Gaz. des hôpit.*, 1893, p. 91.

(10) Henry. Traitement of varicocele by excision of redundant scrotum, *New-York med. Rec.*, 1881.

(11) Wickham. *Traitement du varicocèle par la résection du scrotum*, Th. de Paris, 1885, et *Revue gén. de clin.*, 9 déc. 1892.

(12) Robert Lee. Soc. clin. de Londres, 14 janv. 1881. Combinaison de la section des veines avec la résection d'un lambeau de la partie antérieure du scrotum.

(13) Bœnning (de Philadelphie). *Med. Times*, 1882, vol. 11, p. 725.

(14) Levis. Traitement du varicocèle par l'excision du scrotum, *South. clin. Richemond*, 1882, t. V, 41, 45.

(15) Guyon. Ligature veineuse et résection scrotale. In Hache. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, mai 1884.

(16) Horteloup. Résection bilatérale du scrotum avec excision d'une partie des veines funiculaires, Acad. de méd., mars 1885, et *Bull. de la Soc. de chir.*, fév. 1889.

(17) Le Dentu. Cong. franç., 1886, et *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1887, p. 14, 92, 631.

(18) Brault. *Lyon méd.*, 1895.

(19) Gillette. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1885.

(20) Tillaux. *Leçons de clinique chirurgicale*, 1895, p. 237.

(21) Vèrhoogen, Gallet, Lavisé. Société belge de chir., janv. 1897. Discussion à l'occasion d'une communication de Dewandre.

1899 (1)], Narath [1900 (2)], Loison [1900 (3)], perd de plus en plus de terrain, aussi bien comme opération simple que comme opération combinée et n'est guère admise que comme *intervention d'exception* pour quelques varicocèles à forme exclusivement veineuse Le Dentu [1886 (4)], Segond [1889 (5)], Tuffier [1899 (6)].

Finalement le mouvement radical très refroidi se retranche dans la *scrotectomie seule* comme traitement de choix, et c'est à cette méthode que s'arrêtent la presque totalité des chirurgiens depuis Forgue et Reclus [1886 (7)], Segond [1889 (8)], L. Championnière [1889 (9)], Annequin (1894), jusqu'à Lejars (10), Berger (11), Routier (12) en 1900 (13).

Cette étude du traitement radical du varicocèle, se déroule dans l'ordre suivant : 1° exposé de la *conception* thérapeutique classique ; 2° exposé des *méthodes* opératoires classiques ; 3° exposé des *procédés* classiques qui réalisent en pratique le desideratum radical.

I

La conception classique. — La thérapeutique radicale repose sur la donnée suivante : le varicocèle est une maladie *locale*, qui se caractérise par une *tumeur* au sens anatomo-pathologique et clinique du terme. Cette tumeur complexe est constituée par deux éléments : d'abord et principalement par une tumeur *variqueuse* que forment les éléments veineux du cordon ; ensuite et accessoirement par les *enveloppes exubérantes* à l'excès.

En conséquence, cette thérapeutique ne prête guère à discussion : puisqu'il y a tumeur, celle-ci ressortit aux principes généraux qui s'appliquent à toutes les tumeurs ; c'est-à-dire qu'elle doit être traitée par « l'exérèse ». C'est là une *cure radicale*, mais il y a plusieurs manières d'être radical ; ces manières constituent autant de méthodes différentes et souvent rivales.

II

Méthodes classiques. — Trois grandes méthodes se présentent à nous, qui toutes trois sont radicales, puisqu'elles ont comme caractère commun l'exèrese. La première méthode s'attaque tout droit à l'*élément pathologique principal*, c'est-à-dire à la tumeur veineuse variqueuse seulement. C'est la résection veineuse ou « spermato-phlébectomie ».

La deuxième méthode d'exérèse vise, au contraire, l'*élément accessoire*, c'est-à-dire l'exubérance tégumentaire. C'est la résection scrotale ou « scrotectomie ».

La troisième méthode, combinaison des deux précédentes, est doublement radicale ; elle consiste dans la *phlébectomie associée à la scrotectomie*. C'est l'opération d'exérèse mixte.

Comme correctif, il convient d'ajouter ceci : *En théorie*, la méthode de choix est celle qui s'attaque à la tumeur veineuse, élément principal de l'affection. *En fait*, il en est autrement, et par une sorte de paradoxe, c'est la *résection scrotale* seule qui s'affirme comme le traitement de choix (1), bien qu'elle ne détruise que l'élément pathologique accessoire ; et ce, parce qu'elle est de toutes la plus bénigne, parce qu'elle est suffisamment efficace, enfin parce qu'une action directe sur les enveloppes produit à distance une heureuse influence médiate sur l'élément veineux, bien qu'on ne touche pas à ces veines.

Telles sont les conceptions et méthodes thérapeutiques actuellement adoptées. Elles nous ont été léguées intégralement par l'ancienne chirurgie, et chacun les défend avec une conviction traditionnelle. Le renégat ne porte que sur un point.

Tandis que nos pères, considérant à tort le varicocèle comme une tumeur de mauvaise nature, en laquelle s'amasse le mauvais sang mélancolique, mettaient plus de vigueur encore dans leur acte d'ablation de la « hargne variqueuse », et, poussant le radicalisme à son extrême limite, pratiquaient au besoin la castration, les modernes, au contraire, répudient, comme outrée, une pareille conduite.

III

Les procédés classiques. — Chacune des trois méthodes comporte un certain nombre de *procédés opératoires* que nous étudierons tous, et dans lesquels l'exérèse se retrouve comme stigmate originel commun. Ces procédés trouvent place dans trois classes correspondant aux trois méthodes : A. les procédés d'exérèse exclusivement *veineuse* ; B. les procédés d'exérèse exclusivement *scrotale* ; C. les procédés d'exérèse mixte, *scroto-veineuse*.

A. Procédés de la première méthode. — *α. De la spermato-phlébectomie typique.* — *Définition.* — La résection seule des veines spermatiques variqueuses est une méthode dont le but essentiellement radical est de supprimer l'élément fon-

(1) L. Longuet. De la phlébite variqueuse du cordon. Son traitement par la phlébectomie, *Presse méd.*, 2 sept. 1899.

(2) Narath. *Wiener klin. Wochens.*, 26 janv. 1900, p. 73, et *Sem. méd.*, art. de L. Cheinisse, 14 fév. 1900.

(3) Loison. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1900, p. 650-657.

(4) Le Dentu. Loc. cit.

(5) Segond. *Bull. de la Soc. de chir.*, 27 fév. 1889.

(6) Tuffier. Des différents varicocèles et de leur traitement, *Presse méd.*, 2 sept. 1899 ; — Pappadatos. Th. de Paris, 1897-98.

(7) Forgue et Reclus. Art. varicocèle du *Dictionnaire Dechambre* ; — *Traité de thérapeutique chirurgicale*, édit. 1898.

(8) Segond. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1889, p. 201.

(9) L. Championnière. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1889.

(10) Lejars. *Bull. de la Soc. de chir.*, 26 juil. 1900.

(11) Berger. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1900, p. 656, 657.

(12) Routier. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1900, p. 650, 657.

(13) Voir en outre les Th. de Rostaing, Th. de Lyon, 1897 ; de Saussol, de Pappadatos, de Montbernard, Paris 1897, et les monographies de Annequin. *Dauphiné méd.*, mars 1894 ; — Dardignac. Pince présentée à la Société de chirurgie par Peyrot, 31 juill. 1895 ; — Discussion à la Société de médecine de Londres, 1886 : Boyce Barrow, Pearce Gould, Edwards Hutchinson fils, in *Sem. méd.*, 1886, p. 16. — Lettre de Londres, *Englisch Allg. Wiener med. Zeits.*, 1897 ; — Thiriar. Du varicocèle, *Clinique de Bruxelles*, 1900, t. XIV, 57, 59 ; — Noel. La cure chirurgicale du varicocèle et la réduction des varicocèles, *Arch. de méd. milit.* et *Bull. méd. de Paris*, 1900, t. XIV, p. 1213 ; — Etourneau. *Arch. de méd. nav.*, Paris 1900, t. LXXIII, p. 143, 148 ; — Amat. Le traitement du varicocèle, *Bull. gén. de thérapeut.*, Paris 1900, t. CXXXIX, 301, 310 ; — Duplay. *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, Paris 1900 ; — Jacques. La cure radicale du varicocèle par la méthode d'Annequin, *Journ. des prat.*, Paris 1900 ; — Hammonic. Le varicocèle, *Revue chirurgicale d'andrologie et de gynécologie*, Paris 1900 ; — Claussat. Th. de Lyon, Chambéry, 1899-1900 ; — Véron. Présentation d'une pince-clamp pour le varicocèle, *Bull. méd. de l'Algérie*, Alger, 1900 ; — Carlier, *Revue de chir.*, sept. 1900.

(1) Forgue et Reclus. *Traité de thérapeutique chirurgicale*, édition 1898. « Si les souffrances s'accentuent (malgré le suspensoir) ; si l'ectasie veineuse devient une cause d'hypocondrie, on devra recourir à une intervention chirurgicale, et la *résection du scrotum nous paraît la méthode de choix*. On ne touchera directement au paquet variqueux par simple ou double ligature, avec ou sans résection scrotale, que dans les cas très rares où les veines auraient subi des altérations qui en rendraient l'extirpation nécessaire. »

damental de la maladie : la tumeur variqueuse spermatique, au même titre qu'on enlève une tumeur variqueuse hémorrhoïdaire. Elle s'attaque droit au but principal et pour cette raison mérite d'être étudiée en première ligne.

Historique. — Fille de la ligature, aussi bien dans les temps anciens que dans la phase antiseptique, la spermatophlébectomie typique à ciel ouvert semble appartenir à Arculanus, chirurgien du XVe siècle. Elle fut de nos jours, et pour ne citer que ceux qui ont écrit à son sujet, réhabilitée par Annandale (1874), Fischer (1881), Bœnning (1882), Legas (1884), L. Championnière, vers 1880, Terrier (1885), Le Dentu (1886), Segond (1889), Tillaux [1889 (1)], Duplay [1893 (2)], Verhoogen, Gallet, Lavisé (1897), Quénu [1898 (3)], Tuffier [1899 (4)], Longuet (1899), Narath (1900), Loison (1900), Berger [1900 (5)], bien que la plupart de ces opérateurs l'aient maintenant abandonnée en tant qu'opération de choix. Toutes ces interventions furent dirigées contre le varicocèle simple. Cependant, celle de Quénu et la mienne, furent décidées et exécutées sur l'indication : varicocèle phlébitique.

Technique. — En sa technique, la spermatophlébectomie comprend deux procédés d'extirpation très différents :

α. L'un est une résection veineuse parcimonieuse et principalement ramusculaire, qui se pratique par voie basse ou *scrotale*.

β. L'autre est, au contraire, une résection veineuse étendue, principalement tronculaire, et réclame la voie haute ou *inguinale*.

I. La *spermatophlébectomie transscrotale* ou par voie basse de Arculanus, Annandale, Fischer, etc., comprend quatre temps.

Le *premier temps, ou de découverte des veines*, se fait par une incision dont le siège peut varier selon qu'on cherche à atteindre le plexus veineux antérieur ou postérieur. Dans l'immense majorité des cas, c'est l'antérieur qui est seul ou le plus malade, aussi l'on aborde le paquet variqueux en avant. Mais s'agirait-il du faisceau postérieur, la voie antérieure n'en resterait pas moins satisfaisante et très suffisante. L'incision usuelle est une *préfuniculaire* verticale, antérieure, moyenne.

Cependant quelques opérateurs, comme Kocher (6), comme Kröne (7), font l'incision très haut, inguinale ou juxta-inguinale, prétextant que les téguments inguinaux sont de désinfection plus facile que les scrotaux. L'incision verticale postéro-externe de Ferron et Carlier, qui servit à ces chirurgiens, pour ligature seule, serait également utilisable pour la phlébectomie. Je pense, en outre, qu'en cas de résection veineuse parcimonieuse, devant porter sur les deux côtés à la fois, une incision *médiane unique* sur le raphé suffirait à la condition qu'elle soit assez longue pour donner libre accès sur les deux cordons variqueux. Après la section progressive au bistouri de tous les plans jusques et y compris la fibreuse commune, avec hémostase chemin faisant, le paquet des veines se présente en faisant hernie entre les lèvres de la plaie. Il est un point qui préoccupait beaucoup les opérateurs jusqu'à ces temps derniers, c'est de ne point ouvrir la vaginale et, pour réparer pareil accident, l'on a dès longtemps recommandé de fermer séance tenante la brèche par quelques points de suture. Actuellement ce méfait n'offre pas la moindre gravité ; je considère même qu'il peut être utile. J'en profiterais pour faire une exploration *de visu* de l'état du testicule et rechercher s'il y a des varices sous-albuginiques, dont Reclus a bien montré l'existence et que des constatations plus récentes confirment comme beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Bien plus, j'ai déjà fait valoir que le premier temps de ma pratique actuelle conservatrice consiste à ouvrir largement la vaginale et à commencer par une vaginotomie exploratrice, pour utiliser ensuite cette séreuse comme moyen d'engainement des veines variqueuses.

Le deuxième temps ou de libération veineuse est ici particulièrement délicat. A cette dénudation, l'on a procédé de deux manières : par dénudation massive ou par dénudation fasciculaire ; une troisième manière, que j'ai recommandée, consiste dans la dissociation individuelle successive après pincement et phlébotomie préalable.

α. La dénudation *massive* est une technique grossière encore en faveur il y a quinze ans, et qu'on ne saurait accepter aujourd'hui.

β. La dénudation *fasciculée* est déjà plus acceptable, mais ne m'a pas paru suffisamment prémunir contre la blessure du canal déférent ou de l'artère spermatique. Or c'est là la double faute qu'il faut chercher à écarter. Pour le canal déférent, il suffit d'y penser. Sa consistance spécialement ferme, sa rectitude, la sensation de fil de fouet qu'il donne au palper, l'uniformité et la régularité de son calibre, son siège postérieur sont autant de notions qui ne permettent pas la confusion. Au contraire l'artère spermatique, nourricière du testicule, peut échapper aux plus attentifs, adhérente qu'elle est au sein du plexus antérieur. On recommande de chercher du doigt ses battements ; mais ce signe est bien obscur s'il y a périphlébite ou disposition caverneuse. En ces cas, où l'artère est enfoncée au milieu d'un épais lacis veineux, tortueux ou hélicoïdal, sa libération isolée demeure bien difficile par une dénudation fasciculaire. D'aucuns avancent même, après vérification, comme Hutchinson fils [1886 (1)], qu'elle est fatalement enserrée, en même temps que les cordons veineux. Et de fait, Richelot ne put, ni par la vue, ni par le toucher, parvenir à la démêler dans le feutrage cellulo-veineux qui l'englobait. Sébileau dit aussi que ni à l'œil, ni au toucher, il n'a jamais perçu ses battements, et il ajoute que, même sur le cadavre, sa découverte reste très pénible.

C'est pour obvier, dans la mesure du possible, à cette difficulté que j'ai préconisé, en 1899, la *dissociation individuelle* successive ou monotronculaire de haut en bas, après phlébotomie entre deux pinces. Chaque veine est ici recherchée à la partie supérieure du cordon et reconnue à sa coloration bleuâtre, à son état serpentin. Puis elle est prise entre deux pinces, sectionnée entre celles-ci ; enfin le tronçon inférieur, manié par la pince qui obture son bout funiculaire, est attiré par traction douce et *énucléé* par refoulement ou glissement, au besoin par dissection, du tissu cellulaire qui

(1) Tillaux. Du traitement du varicocèle, *Tribune méd.*, 1889.
(2) Duplay. Du traitement du varicocèle, *Gaz. des hôp.*, 1893, n° 91.
(3) Robineau. *Traitement chirurgical des phlébites*, p. 62. Cas opéré par Quénu en 1891. Th. de Paris, 1898.
(4) Tuffier. Les varicocèles et leur traitement, 20 septembre 1899. *Presse méd.*
(5) Berger. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1900.
(6) Kocher. *Chirurgische Operationlehre.*
(7) Kröne. Supra pubis varicocélectomie, *Occidental med. Times*, juin 1898. Rapporté dans le *Centralbl. f. Chir.*, 1898, n° 51, p. 1275.

(1) Hutchinson fils. Lettre de Londres, 11 janvier 1886. *Semaine méd.*, 1886, p. 15.

l'entoure. Pour cette dénudation, j'ai fait valoir l'utilité d'une pince sans griffe, afin de ne pas entamer la paroi veineuse. Cette effraction doit être principalement évitée s'il y a phlébite septique, afin de ne pas inoculer le champ opératoire. La dissociation monoveineuse successive n'a pas seulement l'avantage de chercher à respecter l'artère spermatique ; elle a en outre celui de conserver, dans le cordon, nombre de troncs nerveux dont le rôle n'est peut-être pas à négliger dans l'interprétation des atrophies testiculaires consécutives à la phlébectomie. D'ordinaire, les ciseaux mousses manœuvrés fermés, ou les pinces à disséquer suffisent pour obtenir une bonne dissociation. On peut la poursuivre sur chaque cordon, jusqu'au voisinage de l'épididyme, et ne la cesser qu'au point où l'état variqueux n'existe plus. Une pince est placée sur cette extrémité juxta-testiculaire et la dénudation est terminée. Il reste à répéter la même manœuvre sur toutes les veines malades. Ce n'est qu'à titre exceptionnel que l'on est conduit à se servir du bistouri pour cette décortication libératrice.

Le *troisième temps ou de phlébectomie* proprement dite, consécutif en général à une hémostase préventive, est réalisable de trois manières : par ligature, par torsion, par angiotripsie ; dans ces deux dernières techniques que j'ai eu l'occasion d'appliquer, la résection est faite sans fil à demeure.

α. La phlébectomie par *ligature*, la seule qui ait été décrite jusqu'ici, consiste à remplacer les pinces par un fil soit de catgut stérilisé [dans l'alcool sous pression à 110 degrés (1)], soit par une soie ou un fil d'Alsace également autoclavé. J'ai insisté sur l'utilité qu'il y a de commencer par lier l'extrémité haute des veines. Cette manœuvre est indispensable en cas de phlébite, afin de fermer tout d'abord le circuit veineux du côté cardiaque et d'éviter ainsi, au cours des manipulations opératoires, d'envoyer quelque embolie septique dans le restant de la circulation. En cas de non-phlébite, A. Paré recommandait la même technique. Il liait « d'abord la veine variqueuse le plus haut possible, vers sa racine ». Une seule voix s'est élevée contre la ligature haute première, c'est celle de Nicaise. Ce chirurgien exprimait les veines du sang qu'elles renfermaient et ne serrait le nœud supérieur qu'en dernier lieu. Cette précaution semble inutile, parce qu'au moment et dans l'attitude horizontale où l'on opère les malades, la tumeur variqueuse s'est spontanément réduite, au moins en sa plus grande partie. Les fils supérieurs, puis les inférieurs une fois serrés, il y a, je pense, intérêt à ne sectionner qu'un de leurs chefs, afin de se servir de l'autre pour remonter le testicule, comme il sera dit plus loin.

β. La phlébectomie *sans ligature par torsion* est un moyen d'éviter les inconvénients septiques de fils mal stérilisés. A. Cooper et Velpeau réséquaient les veines spermatiques sans fil, mais nous ignorons comment ils évitaient l'écoulement sanguin. La torsion permet d'écarter cet inconvénient. On peut même se servir de l'adventice tordue et laissée suffisamment longue pour lier l'une à l'autre les deux extrémités des veines après l'excision et remonter ainsi le testicule, à l'aide de liens empruntés aux tissus opérés.

γ. La phlébectomie *sans ligature par angiotripsie* réalise enfin une troisième modalité de phlébectomie sans fils perdus. Malgré l'enthousiasme éphémère qu'a provoqué l'écrasement des vaisseaux en ces temps derniers, il ressemble quelque peu à l'écrasement de Chassaignac et, à ce titre, nous rapproche beaucoup de la chirurgie des anciens.

De toute manière, l'étendue de la résection veineuse parcimonieuse par voie scrotale ne dépasse pas en hauteur 4 à 6 ou 8 centimètres, veines déroulées.

Le *quatrième temps, ou de réfection des plans*, doit porter successivement : 1° sur le plan veineux qui est comblé par la suture l'un à l'autre des bouts veineux périphériques avec les bouts veineux centraux. De cette technique résulte une suspension du testicule, qui est maintenu à la hauteur voulue ;

2° Le plan de la fibreuse commune est rétabli par quelques points de suture ou un surjet fin.

3° La peau est suturée à son tour, et exactement fermée sans drainage. Cependant, lorsque les manœuvres de dénudation ont été très complexes, lorsqu'on a dû faire de nombreuses manipulations digitales ; ou s'il y a eu un suintement sanguin capillaire persistant malgré une compression temporaire ; enfin et surtout si une phlébite concomitante donne des craintes sur la réussite d'une réunion par première intention, mieux vaut drainer. Pour cela, Segond recommande de faire passer le drain par une petite incision indépendante de l'incision opératoire, située au-dessous d'elle et placée au point le plus déclive du décollement sous-cutané nécessité par l'extirpation.

II. *La spermatophlébectomie étendue ou transinguinale.* (*Excision principalement tronculaire par voie haute.* Longuet [1898 (1)], Narath [1899 (2)], Loison [1900 (3)], Berger [1900 (4)].) — Ce procédé que j'ai préconisé et appliqué pour varicocèle phlébitique, et que Narath et Loison préconisent et appliquent pour tous les varicocèles (5), s'exécute ainsi qu'il suit :

(1) *Nota.* — Tout catgut non autoclavé ne peut être considéré comme stérilisé. Les accidents dus à la préparation du catgut par désinfection à froid ne se comptent plus.

(1) LONGUET. *Presse méd.*, 20 sept. 1899, n° 75. Le cas dans lequel j'ai pratiqué cette inguinotomie temporaire a été publié dans cet article et daté du 15 juin 1898. Je ne pouvais avoir connaissance du travail de Narath, puisque celui-ci n'a paru que quatre mois après le mien (janvier 1900).

(2) NARATH. In *Wien. klin. Woch*, 25 janv. 1900, p. 73. Si ce travail est postérieur au mien de quatre mois par sa date de publication, par contre il contient des opérations similaires dont l'exécution est antérieure à la mienne. Le premier cas de Narath date en effet d'avril 1896. En conséquence, si la question de priorité valait d'être précisée, cette priorité m'appartient par la publication ; et d'autre part elle appartient à Narath par l'exécution. Le point fondamental qui nous sépare, c'est que le chirurgien d'Utrecht recommande l'*inguinotomie temporaire* pour tous les varicocèles, alors que je l'ai pratiquée et que je ne l'admets même maintenant que pour le varicocèle phlébitique.

(3) LOISON. L'auteur admet l'inguinotomie pour tous les varicocèles, comme Narath, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1900, p. 650-657.

(4) BERGER. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1900.

(5) A propos de l'observation de Loison, L. Championnière, Routier, ont cru devoir rappeler qu'ils avaient eu déjà l'occasion au cours de cure radicale de hernie, de réséquer dans le canal inguinal les veines variqueuses du cordon, fait banal dont chacun possède des exemples personnels. Dans leurs cas, l'inguinotomie fut faite pour des hernies et non sur la seule indication de varicocèle phlébititique ou non. On doit également laisser de côté les phlébectomies inguinales faites pour une hernie qui n'existait pas et que l'examen biopsique démontra simulée par un varicocèle. Ce sont des erreurs de diagnostic. Enfin Zoege Manteuffel, en 1896 (Zur operationen behundling der varicocele, *Saint-Petersburger med. Woch.*, 1896, n° 46), rapporte qu'il avait opéré deux varicocèles par le procédé de Bassini, pour hernie. Les veines ne furent ni liées, ni réséquées. On se contenta de remettre le canal déférent en place, et de reconstituer l'anneau comme dans l'opération de Bassini. De ce fait le cordon spermatique se trouva raccourci et la hauteur absolue de la colonne sanguine veineuse extra-abdominale fut diminuée. En outre l'influence de la pression abdominale sur les veines variqueuses fut amoindrie. En somme, il n'y eut phlébectomie, ni dans l'une ni dans l'autre de ces deux interventions intéressantes.

Le *premier temps, ou de découverte veineuse*, consiste dans une *inguinotomie*. La ligne d'incision est celle de la herniotomie *inguinale*, c'est-à-dire qu'elle est un peu supérieure (un travers de doigt) au milieu de l'arcade crurale, et qu'elle s'en écarte de plus en plus par son extrémité élevée. Exclusivement inguinale dans les cas de Narath et de Loison, cette incision fut dans mon cas *inguino-scrotale* parce que je dus réséquer un segment veineux thrombosé qu'il était impossible ou imprudent d'attirer en totalité par la voie haute. Comme pour toute herniectomie, la ligature ou le pincement de l'artère sous-cutanée abdominale est faite chemin faisant, et lorsque le canal inguinal est bien en vue, on incise sa paroi antérieure seule en n'intéressant que ses lèvres aponévrotiques. Dans le but de se donner plus de jour, on serait tenté d'inciser la paroi inguinale postérieure. Mais à cette conduite s'appliquerait l'objection faite par M. Poirier, à savoir qu'une telle opération nuit à la solidité ultérieure du canal inguinal. La remarque est surtout juste, si pour la réfection terminale de ce canal, les fils employés sont d'une asepsie douteuse. Dans le cas contraire, il n'y a pas lieu d'être arrêté par cette considération, d'autant que dans le varicocèle, le canal inguinal très souvent élargi, ou même constamment élargi d'après les constations de Narath, ne peut que bénéficier d'une reconstitution soignée.

Le *deuxième temps, ou de dénudation des troncs veineux*, demande les mêmes soins que dans la phlébectomie par voie basse. Dès que la paroi inguinale antérieure est fendue sur toute sa longueur, les gros troncs variqueux apparaissent nettement et se laissent facilement isoler puis dissocier, une fois sectionnés la fibreuse commune et le crémaster. Le pincement préalable du bout central doit être fait aussi haut que possible, jusque dans la fosse iliaque (cas personnel); avec ou sans soulèvement ou décollement du péritoine, en s'éclairant au besoin par des écarteurs larges et bien nickelés, comme je l'ai recommandé. Les troncs veineux qui se présentent à l'opérateur sont tantôt la veine spermatique interne ou ses branches, tantôt la veine spermatique externe ou ses branches, tantôt les deux également variqueuses. Les parois en sont généralement fort épaissies et le calibre atteint celui de l'artère humérale (Loison) ou celui du doigt (cas personnel et cas de Berger), au point que dans cette dernière observation la veine simulait une hernie. Le mode de dénudation qui, ici encore, nous semble le meilleur, est celui de la dissociation monotronculaire successive de haut en bas après pincement préventif, puis section et enfin énucléation à l'aide de la pince sans griffe. L'avantage de la dénudation haute, serait qu'elle est plus facile, et qu'il y aurait moins de crainte de lier l'artère spermatique. Nous avons vu, cependant, que par voie basse, la dissociation monotronculaire successive vise déjà vers le même but. Quant au canal déférent, il est presque toujours facile de le respecter.

Le *troisième temps, ou de phlébectomie proprement dite*, se fait comme par la voie basse. La longueur des troncs excisés a varié de 2 centimètres au minimum (Narath) à 8 centimètres (Narath, Loison), jusqu'à 15 centimètres (Narath) et 20 centimètres, veine non dénudée ; et 25 centimètres, veine dénudée dans mon cas personnel que j'ai représenté en photographie. Dès que les bouts centraux sont sectionnés, ils se rétractent, dit-on, et disparaissent dans la profondeur (Narath) à la manière d'un sac herniaire ligaturé. Ce fait, toutefois, ne m'a pas frappé. L'excision faite, si l'on constate une pointe de hernie concomitante, elle est traitée par la résection du sac comme de coutume.

Le *quatrième temps ou de réfection* comprend d'abord la réfection du plan inguinal postérieur suivant le procédé de Bassini, c'est-à-dire qu'on lie au ligament de Fallope, le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse. Ayant pu respecter le fascia transversalis, j'ai cependant jugé utile, dans mon cas, de le consolider par quelques points de suture. Sur ce plan reconstitué, les éléments du cordon sont replacés en leur situation et leur obliquité normales. Puis la paroi inguinale antérieure est suturée sur eux de même que la fibreuse commune, si elle est reconnaissable. Enfin, l'on termine par la suture cutanée ; après drainage facultatif, selon les indications qui ont été spécifiées plus haut (1). Comme manœuvre particulière, Narath a récemment lié le fil veineux profond au plan musculaire postérieur, ce qui aurait l'avantage de relever les parties restantes du plexus veineux.

Valeur de la spermatophlébectomie. — Parmi les avantages de cette méthode radicale, il en est un que ses partisans laissent complètement dans l'ombre : c'est son extrême *bénignité*. En vérité, ils ne sont pas de cet avis. A plusieurs reprises, des accidents infectieux post-opératoires ont été publiés qui ont mis des chirurgiens en garde. Ainsi James Paget (2) en 1881, Gant, Gross, Howe, chacun dans un cas, Erichsen dans 2 cas, ont perdu leurs malades de septicémie. Plus récemment, Richelot (1885) eut une hémorragie secondaire avec sphacèle. Segond, en 1889, fit connaître un cas personnel dans lequel la guérison fut retardée de plusieurs jours par une phlébite de la veine crurale et pour ce motif il ne pouvait alors admettre qu'il y eût parité de bénignité entre les opérations qui touchent aux veines et la simple résection scrotale. Narath, en 1889, a vu, chez un de ses opérés, se développer une thrombose de la veine fémorale qui maintint le patient cinquante-sept jours en traitement à l'hôpital. Nombre de chirurgiens qui furent, à la première heure, très amateurs de la phlébectomie contre le varicocèle, l'ont depuis totalement abandonnée, en disant seulement qu'ils n'en avaient point été satisfaits. Tout porte à croire que pareille conversion fut motivée par quelque accident septique demeuré secret. Mais il ne faut pas donner à cette complication, plus de valeur qu'elle n'en a ailleurs, par exemple, dans la suture de rotule. Elle est due à l'opérateur, et ne peut être mise sur le compte de la méthode. Je puis avancer — et c'est une opinion très formelle — que pour un chirurgien rompu à l'asepsie pure, et qui n'emploie que des fils rigoureusement autoclavés, que l'opération veineuse pour varicocèle, quelle qu'elle soit, n'offre pas la moindre gravité et qu'elle est tout à fait *adequate*

(1) Parmi les avantages de cette phlébectomie par voie inguinale, Narath dit qu'à ce niveau on ménage les voies collatérales dans toute l'étendue du scrotum, voies qu'on supprime pour la plupart quand on a recours au procédé usuel, et cela aux plus grands préjudices de la circulation en retour. L'auteur ajoute qu'au niveau de la région inguinale, l'asepsie est plus facile à réaliser qu'au niveau de la région scrotale. J'avoue ne pas être impressionné par cette manière de voir qui est reproduite dans l'article de L. Cheinisse, *Semaine méd.*, 14 fév. 1900, n° 60.

(2) James Paget. *Phil. med. Times*, 1881. Un dernier avantage de l'inguinotomie pour varicocèle mis en avant par Narath est que l'opération permet parfois de déceler les pointes de hernie ou un lipome cliniquement reconnaissable et de les traiter par la même occasion. D'ailleurs la coexistence du varicocèle avec une hernie cliniquement reconnaissable est fréquente puisque Narath l'a observée 5 fois sur 21 cas.

comme pronostic à celui de la scrotectomie, ainsi que Terrier l'a déjà soutenu il y a douze ans (1889). Les résections tronculaires les plus étendues, de nous-mêmes, de Narath, de Loison, de Berger, sans parler des excisions veineuses pratiquées éventuellement au cours d'une cure radicale de hernie par L. Championnière, Reclus, Routier, Delorme et tant d'autres attestent cette inocuité pour la phlébectomie large comme pour la phlébectomie parcimonieuse.

Ce qui fait de la résection veineuse l'une des méthodes de premier ordre, c'est qu'elle est essentiellement et rationnellement très radicale : c'est à proprement parler la *varicocélectomie*, pour employer une expression en usage dans la littérature étrangère.

D'où vient donc qu'elle est si déchue de sa grandeur première?

C'est tout d'abord qu'elle se termine trop souvent par la ligature de l'artère spermatique et par l'atrophie consécutive du testicule. Or, cette complication n'est pas chimérique. Elle est très nettement spécifiée dans les faits de Delpech (1832), puis dans les deux observations de Miflet (1), Malgaigne affirme qu'elle s'est produite plusieurs fois. Cependant l'accord n'est pas encore fait sur la valeur de cette accusation, car aux cas précités, s'opposent ceux de Terrier, de Ferron, de Carlier (ligature simultanée de l'artère et des veines); ceux de Annandale, de Fischer, de Richelot (excision simultanée de l'artère et des veines); ceux plus récents de Carlier (2), qui démontrent que, faite aseptiquement, la résection de tous les éléments du cordon ne produit ni nécrose, ni gangrène du testicule, grâce aux anastomoses des artères du cordon avec la circulation artérielle des bourses. Il est juste d'ajouter que ceci n'est vrai que chez les individus ayant dépassé cinquante ans, et non chez les jeunes gens comme ceux dont il s'agit ici. Enfin, on peut dire que, si l'objection vise les dénudations massives, elle est moins valable pour les dissociations monotronculaires par voie basse et par voie haute (3).

Un autre méfait à l'actif de la phlébectomie c'est l'*hydrocèle* à poussées successives qu'elle laisse derrière elle; ainsi que j'en ai observé un exemple très net dans un cas qui ne m'est pas personnel. Je croyais cette complication assez exceptionnelle pour ne pas mériter d'être prise en sérieuse considération, lorsque des recherches plus approfondies m'ont appris que ce n'est pas là une rareté. Ainsi Narath en a remarqué 1 cas; Lydston plusieurs autres cas; et Narath dit qu'il en existe encore d'autres exemples dans la littérature ancienne.

(1) Miflet. *Archiv. f. Klin. chir.*, t. XXIV.

(2) Carlier. *Revue de chir.*, sept. 1900, résultats de la résection du cordon spermatique et Cong. int. de 1900.

(3) Deux courants d'opinion se sont formés au sujet de la gravité résultant de la ligature de l'artère spermatique dans le varicocèle : les uns comme Guyon, Perier, Williams, Carnleber (de Breslau); Richelot, Tillaux, Terrier, B. Bennelt (in *Varicocele*, London, Longmans, Grean, 11 nov. 1891, et in *Centrabl. f. Chir.*, 1896, p. 979); Robson, d'après Lydston (Varicocele and its treatement, *Chicago W. T. Kenner*, 1892, et *Centralbl. f. Chir.*, 1894, n° 13, p. 304); Kocher (Die Krankheiten der mannlichen geschlechtorgane, *Deutsch. Chir.*, 6 50 B.) admettent que cette ligature accidentelle n'a aucun inconvénient parce qu'il se produit une suppléance par la funiculaire ou la déférentielle. Les autres, au contraire, Malgaigne, Gouchis, Goclat, Henry (de New-York), Lawrence, Genoker, Duplay (*Gaz. des hôpit.*, 1893); Wex, Wolf (*Zur therapie des varicoceles*, Dissert. inaug. de Halle, 1898); Esmarck et Kowalzig (*Chirurgische Technick*) disent qu'elle est nuisible et se complique d'atrophie ou de nécrose du testicule. Les deux opinions peuvent se soutenir, puisqu'elles reposent sur des faits; cependant la question n'est pas encore tranchée.

Enfin, un dernier reproche pèse sur toute la méthode et la frappe de tout son poids; c'est que cette varicocélectomie n'est *en fait nullement radicale* et, par conséquent, qu'elle manque à toutes ses promesses. La preuve en est donnée par les récidives qui sont à son actif lorsqu'elle est appliquée seule; comme en atteste entre autres l'une des observations de Narath, ou une première résection parcimonieuse fut suivie d'une récidive manifeste. D'où la nécessité universellement reconnue d'appeler au secours de la résection veineuse, un acte complémentaire de même ordre radical que l'excision veineuse; tel que la résection scrotale. Dira-t-on que l'objection n'est valable que pour les phlébectomies parcimonieuses? Non, elle frappe également les résections veineuses les plus étendues par voie haute. Blandin a montré que parfois les varices remontent jusqu'à la région lombaire. Poirier, à propos des opérés de Loison, a fait remarquer que des veines du cordon présentent au-dessus du canal inguinal des anastomoses autrefois décrites par Périer et qui font douter du succès définitif. Que reste-t-il à faire pour être plus radical? Il faut pratiquer une laparotomie afin d'enlever ce qui reste du plexus pampanniforme, opérer systématiquement des deux côtés? Mais qui consentira à un pareil entraînement opératoire pour une maladie qui est en somme relativement bénigne?

De cette discussion résulte qu'envisagée à titre d'opération radicale la spermatophlébectomie est indigne du but qu'elle se propose. Elle ne peut ni logiquement, ni pratiquement être regardée comme radicale. En conséquence, elle perd fatalement son titre d'opération de choix, qu'on avait espéré pour elle à la première heure.

Voilà pourquoi ses défenseurs eux-mêmes ont eu raison de la refouler au rang des interventions d'exception, ne convenant que pour certaines formes exclusivement veineuses, sans insuffisance des enveloppes, formes qui sont d'ailleurs exceptionnelles.

Je vais beaucoup plus loin dans cette désertion; elle n'est même plus, selon moi, l'opération destinée à ces formes exclusivement veineuses, si tant est que ces dernières existent et ne soient pas une vue schématique, car une autre intervention tout aussi palliative, et beaucoup plus simple, se présente à nous, c'est celle que j'ai préconisée sous le titre de *transposition extraséreuse du testicule*.

La seule indication que je reconnaisse à la spermatophlébectomie, c'est celle que j'ai formulée en 1899; c'est la *phlébite thrombosante, septique ou suppurée* du varicocèle, parce qu'ici les veines ne sont pas seulement gênantes, mais parce qu'elles sont dangereuses. Encore faut-il, pour qu'elle soit en pareil cas facilement et correctement réalisable, que l'on intervienne aussi précocement que possible.

(*A suivre.*)

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(15 juillet 1902)

M. le professeur A. Poncet est venu lire une magistrale communication sur le **rhumatisme tuberculeux abarticulaire**, les localisations viscérales et autres du rhumatisme tuberculeux.

Nos lecteurs connaissent déjà les importants travaux du professeur de Lyon et sa description du *rhumatisme tuberculeux articulaire* ou *pseudo-rhumatisme infectieux bacillaire* (1).

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1897, n° 125, p. 1218; 1901, n°s 85 et 123.

M. Poncet et ses élèves ont montré que les manifestations articulaires de la tuberculose sont beaucoup plus variées qu'on ne l'avait supposé, et que, soit au point de vue clinique, soit au point de vue anatomo-pathologique, elles ont été autrefois et sont encore confondues avec les attaques de rhumatisme franc.

Ils ont établi expérimentalement et cliniquement que la bacillose, maladie infectieuse, peut et doit, comme les autres infections, donner naissance à un rhumatisme infectieux suivant la loi de pathologie générale, formulée depuis longtemps déjà par le professeur Bouchard.

Le *rhumatisme tuberculeux abarticulaire* est celui dans lequel (son nom l'indique) l'attaque de rhumatisme ne reste pas limitée aux jointures, mais où elle atteint les viscères, où elle porte son action offensante sur les organes, sur les muscles, sur les nerfs, etc.

L'existence de ces localisations extra-articulaires nous est fournie par des faits cliniques que nous enregistrons chaque jour.

Ils sont d'autant plus acceptables que l'on ne voit pas en vertu de quel privilège, les organes, les tissus, volontiers frappés par les diverses variétés de rhumatismes infectieux : blennorragique, puerpéral, scarlatineux, etc., ne le seraient pas par le rhumatisme tuberculeux.

Au nom, encore une fois, de la pathologie générale, il est bien permis de croire que ce qui est vrai pour certaines infections, l'est pour un autre état infectieux : la tuberculose. Elle les prime, du reste, par sa fréquence, par ses manifestations multiples, etc.

Le pseudo-rhumatisme bacillaire peut, en effet, atteindre d'abord les articulations, et quelque temps après surviennent les localisations viscérales, telles que la pleurésie, la méningite, l'endocardite, etc. Mais parfois aussi, la marche habituelle de l'évolution rhumatismale est renversée, le malade a d'abord une pleurésie, une endocardite, et le rhumatisme articulaire n'éclate que plus tard.

Il est telles circonstances, encore, où les articulations restent indemnes, et où les organes, ou les divers appareils, sont seuls frappés.

M. Poncet cite alors un certain nombre d'observations de cardiopathies tuberculeuses, de méningopathies tuberculeuses, de dermatoses tuberculeuses, qui montrent que le rhumatisme tuberculeux abarticulaire crée, comme les autres rhumatismes infectieux, ou pseudo-rhumatismes, les manifestations cliniques les plus diverses, par leur siège, par leur évolution. M. Poncet a dû se borner à l'étude de quelques-unes d'entre elles. Il n'est cependant pas de viscères, d'appareils, de tissus, qu'il ne puisse frapper.

Un des élèves de M. Poncet, M. le docteur Trébeneau, a montré dans sa thèse (1) que dans les tuberculoses viscérales et dans les tuberculoses locales, les cas de rhumatisme articulaire sont sensiblement les mêmes.

Maladie atténuée, le rhumatisme tuberculeux abarticulaire comporte, quelles que soient ses localisations, un pronostic moins sévère que les autres lésions bacillaires. Il n'en est pas moins le témoignage d'actes infectieux dont la malignité peut s'accroître ; il n'est souvent aussi qu'un premier stade dans la voie d'une infection plus grave.

En résumé, dit M. Poncet :

Il existe un rhumatisme tuberculeux abarticulaire, au même titre qu'un rhumatisme tuberculeux articulaire.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 63.

L'un et l'autre appartiennent à la classe des rhumatismes infectieux ou pseudo-rhumatismes.

Les manifestations du rhumatisme abarticulaire : cardiopathies, méningopathies, dermatoses, névralgies, polynévrites, etc., offrent, entre autres particularités, celles :

1° De survenir dans le cours du rhumatisme articulaire tuberculeux, mais aussi, en dehors de toute arthropathie présente ou passée.

2° De représenter souvent des formes, atténuées, rhumatismales de la tuberculose, caractérisées cliniquement, par leur mobilité, leur moindre gravité, etc., enfin, par leur curabilité plus facile.

3° De provoquer du côté des organes atteints, des lésions allant depuis la simple fluxion jusqu'à la sclérose incurable. Ces lésions n'ont, la plupart du temps, rien de tuberculeux, au sens anatomique de ce mot ; elles ne se différencient pas, comme produits réactionnels, des altérations produites par d'autres maladies infectieuses.

4° D'être dues, soit au bacille de Koch (tuberculides bacillaires), soit à ses toxines (toxi-tuberculides).

A la suite de cet important travail, l'Académie a repris la nouvelle discussion sur l'**appendicite**. Après la communication de M. Dieulafoy, dans la dernière séance, il était tout naturel que les chirurgiens, les opérateurs à chaud, comme les opérateurs à froid, vinssent s'expliquer. C'est M. Championnière qui a commencé.

Attendre pour opérer que l'appendicite soit refroidie, c'est exposer le malade à mort. Tel est le titre que M. Lucas-Championnière donne à sa communication ; c'est assez dire qu'il vient appuyer l'idée émise par M. Dieulafoy dans la précédente séance. C'est, dit-il, que le principe sur lequel on s'appuie pour opérer à froid est contraire à tout ce que nous connaissons en chirurgie abdominale, où il faut, au contraire, se hâter d'enlever tout foyer de suppuration. Le diagnostic d'appendicite aiguë fait, il n'y a pas de raison pour ne pas intervenir.

Comme il est impossible de faire le départ entre les cas d'appendicite qui peuvent permettre d'attendre sans danger et ceux où la mort est rapidement fatale, M. Championnière pense qu'il faut toujours intervenir en présence d'une appendicite aiguë.

Quand un de ces malades meurt après l'opération, ce n'est pas le chirurgien qu'il faut incriminer, c'est l'intoxication déjà réalisée.

Le diagnostic d'appendicite n'est pas toujours facile et l'on peut hésiter entre cette affection et d'autres telles que la péritonite localisée, l'obstruction, la tuberculose, etc. ; mais comme toutes ces lésions sont justiciables d'une intervention, il n'y a donc que des raisons pour opérer.

On voit, d'après ce court résumé, que M. Lucas-Championnière partage complètement l'opinion de M. Dieulafoy et qu'il doit être rangé parmi les interventionnistes intransigeants.

Après lui, M. Reclus fait observer, avec raison, que la distinction établie par M. Dieulafoy entre les opérateurs à chaud et les opérateurs à froid est trop tranchée. Il n'y a pas, en effet, d'un côté des opérateurs qui n'opèrent jamais qu'à froid et, de l'autre, des opérateurs qui opèrent toujours à chaud. Les soi-disant opérateurs à froid n'attendent que quand ils croient pouvoir le faire sans préjudice pour les malades. Mais, dans bien des cas, ils opèrent à chaud. Ces mêmes chirurgiens savent bien que, dans les cas aigus, les

accidents tombent après l'opération, mais ils invoquent, à l'appui de leur temporisation, les arguments suivants :

1° Quand on opère lorsque les adhérences sont faites, lorsque des abcès plus ou moins nombreux sont formés, on n'est pas sûr de pouvoir enlever l'appendice; en revanche, on brasse les toxines dans la partie du péritoine protégée jusqu'alors, dans ce que les Allemands appellent le « péritoine actuel ».

2° Dans les opérations à chaud, on est obligé de drainer et, par suite, l'éventration est fréquente; tandis qu'en opérant à froid, on refait une paroi solide.

Ces opérateurs n'ignorent pas non plus ces cas qui semblent devoir se refroidir sans accidents et qui tout d'un coup prennent les allures les plus graves; aussi ces chirurgiens n'admettent l'expectative que chez les malades soumis à une surveillance incessante, minutieuse, comme cela a lieu à l'hôpital. Quand on ne peut établir cette surveillance, mieux vaut ne pas attendre et opérer tout de suite.

Cette remise de l'opération au moment où le malade est en convalescence a, pour lui, quelque chose de particulièrement pénible, il faut bien le reconnaître.

En tout cas, les soi-disant opérateurs à froid, en présence d'un cas récent, lorsque les adhérences ne sont pas encore constituées, n'hésitent pas : ils opèrent tout de suite à chaud.

M. Dieulafoy prend de nouveau la parole pour bien fixer la question et il rappelle l'évolution que nos connaissances ont subie en matière d'appendicite.

Au début, on avait surtout en vue les péritonites associées à la perforation de l'appendice, à ce que Peter appelait si justement la « perforite ». Puis on vit, et M. Dieulafoy l'un des premiers a vu que les péritonites localisées pouvaient se produire sans perforation de l'appendice, et que dans la cavité close constituée par l'appendice, il y avait une exaltation de la virulence de tous les microbes. On surprit ceux-ci se répandant dans la cavité abdominale à travers les parois de l'appendice. Enfin, dans une troisième phase de l'histoire de l'appendicite, on a reconnu qu'elle semait l'infection dans tous les organes et semait ainsi la mort. Le danger n'est pas seulement à l'appendice, il est partout. Enfin, il s'agit non seulement d'infection mais aussi d'intoxication.

On le voit, dans ce retour en arrière, M. Dieulafoy rappelle les différentes phases de l'histoire de l'appendicite, et on peut dire que chacune de ces phases est marquée par une brillante communication de M. Dieulafoy à l'Académie; perforation de l'appendice, exaltation de la virulence microbienne dans la cavité close de l'appendice, généralisation de l'infection, intoxication.

Devant ces dangers multiples et tous graves, M. Dieulafoy se croit en droit de conclure ainsi : Le commencement de la sagesse est la crainte du foyer appendiculaire.

M. Hervieux lit un rapport sur les **vaccinations** pratiquées en France et dans les colonies. Il appelle l'attention sur ce fait que la vaccine obligatoire suffira, aussitôt qu'auront été prises les mesures qu'exige son application, pour triompher de la variole en France, tandis que nos colonies resteront aux prises avec la variolisation.

Et, à ce propos, M. Hervieux rend compte des efforts variés tentés par nos médecins militaires pour substituer le bienfait de la vaccine à ce lamentable fléau. Cet exposé est suivi d'un historique, non seulement des vaccinations pratiquées en France, mais des diverses améliorations apportées dans la pratique de la vaccination.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — M. le médecin-inspecteur Marvaud, directeur du service de santé du 7e corps d'armée, est nommé directeur du service de santé du 18e corps d'armée, à Bordeaux.

M. le médecin-inspecteur Annequin, nouvellement promu, est nommé directeur du service de santé du 7e corps d'armée, à Besançon.

Marine. — Le prix du docteur Blache a été décerné à M. le médecin principal Le Dantec, professeur à l'École du service de santé de la marine à Bordeaux, pour ses travaux originaux sur la pathologie exotique.

— M. le médecin de première classe Chabanne, du port de Cherbourg, est désigné pour aller occuper les fonctions de médecin résidant à l'hôpital principal de Toulon, en remplacement de M. le docteur Santelli.

Statistique. — Le service de la statistique municipale n'a compté, pendant la vingt-huitième semaine, que 822 décès, au lieu de 894 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 910.

La fièvre typhoïde n'a causé aucun décès; ce fait heureux s'était déjà vu en avril 1901, mais n'avait jamais été observé précédemment depuis la réorganisation du service de statistique en 1880. Pendant la semaine précédente, le nombre des décès par fièvre typhoïde était de 6 (la moyenne est 12); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 16, au lieu de 14 pendant la semaine précédente et de la moyenne 64.

La variole a causé 1 décès, au lieu de la moyenne 2; le nombre des cas nouveaux 8, comme la semaine dernière, est notablement inférieur à la moyenne 15.

La rougeole a causé 21 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 14 pendant la semaine précédente.

La scarlatine a causé 2 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 4; la coqueluche, 6 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 8 pendant la précédente semaine. La diphtérie a causé 11 décès, chiffre qui se rapproche de la moyenne 7 (au lieu de 26 pendant la semaine précédente); le nombre des cas nouveaux (117, au lieu de 114 pendant la semaine précédente) continue d'ailleurs à être très supérieur à la moyenne 57.

La diarrhée infantile n'a encore causé cette semaine que 38 décès de 0 à 1 an, au lieu de 25 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 97. Cette faible mortalité est remarquable, eu égard à la température élevée que nous traversons. On doit craindre qu'elle ne devienne plus considérable; on ne saurait trop répéter aux familles combien il est important de veiller à la stérilisation du lait offert aux enfants et à la parfaite propreté des vases qui le contiennent.

En outre, 25 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 104 décès, au lieu de 116 pendant la semaine précédente et au lieu de 99, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 4 décès (au lieu de la moyenne 9); bronchite chronique, 8 (au lieu de la moyenne 13); pneumonie, 17 (au lieu de la moyenne 19); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 75 (au lieu de la moyenne 58), dont 24 sont dus à la congestion pulmonaire et 38 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 165 décès; la méningite tuberculeuse, 20; la méningite simple, 16; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 10 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 46; les maladies organiques du cœur, 43; le cancer a fait périr 50 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 8 décès; la cirrhose du foie, 8; la néphrite, 27; enfin, 33 vieillards sont morts de débilité sénile.

La nouvelle Chambre et la médecine. — On compte actuellement 53 médecins deputés, qui sont : MM. Amodru, Aubry, Barrois, Baudon, Bichon, Bourgeois (Vendée), Boutard, Borne, Cachet, Cazauvieilh, Cazeneuve, Chambige, Chapias, Chautemps, Clament, Dasque, David (Indre). Dèche, Defontaine, Delarue, Delbet, Devins, Dron, Dubief, Dubois, Dubuisson, Empereur, Gacon, Herbet, Isambard, Lachaud, Lanessan (de), Levraud, Loque, Mahy (de), Marot, Merlou, Meslier, Pourteyron, Rey, Rouby, Sarrazin, Simyan, Svieyjol, Turigny, Vaillant, Vazeille et Vigné.

La pharmacie a neuf députés : MM. Astier, Bachimont, Chamerlat, Delmas, Dussuel, Féron, Morel, Selle et Villejean.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Choiseau (d'Offranville).

Curiosités médicales. — Les prostituées arabes sont soumises en Algérie à des visites sanitaires administratives. Elles s'y résignent d'autant plus facilement que cette formalité revêt à leurs yeux un caractère presque symbolique. C'est ainsi que le speculum, le prosaïque Cusco, prend dans leur langage imagé une dénomination poétique : il devient le « zeb baïlik », le pénis du gouvernement.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Billets d'aller et retour de Paris à Berne et à Interlaken*, ou réciproquement, *et de Paris à Zermatt (Mont-Rose)*, sans réciprocité. Prix des billets : de Paris à Berne (viâ Dijon, Les Verrières, Délémont-Delle), 1re classe, 98 fr.; 2e classe, 73 fr.; 3e classe, 49 fr. — De Paris à Interlaken (viâ Pontarlier, Neuchâtel), 1re classe, 110 fr.; 2e classe, 82 fr.; 3e classe, 55 fr. — De Paris à Zermatt [Mont-Rose] (viâ Dijon, Pontarlier, Lausanne), 1re classe, 140 fr.; 2e classe, 108 fr.; 3e classe, 71 fr.

Valables 60 jours, avec arrêts facultatifs sur tout le parcours.

Trajet rapide de Paris à Berne et à Interlaken sans changement de voiture, en 1re et 2e classe.

Les billets d'aller et retour de Paris à Berne et à Interlaken sont délivrés du 15 avril au 15 octobre; ceux pour Zermatt, du 15 mai au 30 septembre. — Franchise de 30 kilogr. de bagages sur le parcours P.-L.-M. — Arrêts facultatifs.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 81. — MARDI 22 JUILLET 1902 75e ANNÉE. MARDI 22 JUILLET 1902. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

LA CIRRHOSE PALUDIQUE

D'après M. Géraudel (1),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La maladie de Hanot est-elle, comme on le croyait il y a encore quelques années, une affection autonome, possédant sa place distincte en nosologie, ou bien n'est-elle au contraire « qu'un assemblage symptomatique à démembrer, auquel ne correspondent ni une base anatomique fixe ni une étiologie précise »? C'est à établir cette seconde hypothèse que M. Géraudel consacre sa thèse. La cirrhose hypertrophique biliaire n'est pas une : c'est un syndrome à la constitution duquel prennent part de nombreuses hépatites, et particulièrement l'hépatite paludéenne dont, dès 1871, M. Lancereaux définissait ainsi les caractères : « La cirrhose paludéenne se distingue des précédentes lésions (foie alcoolique, foie syphilitique) par l'aspect lisse ou peu granulé de la surface du foie, l'augmentation considérable du volume du foie sans atrophie consécutive bien manifeste, et surtout par la coexistence d'une grande abondance de pigment sanguin plutôt que biliaire à l'intérieur des cellules hépatiques ; la prolifération conjonctive se retrouve dans toutes les parties de la glande, à l'intérieur même des lobules. Toutefois, comme ce nouveau tissu se rétracte généralement peu, il en résulte que l'ascite est beaucoup plus rare que dans la cirrhose alcoolique : par contre, l'ictère est beaucoup plus commun, sans doute à cause de l'altération concomitante du liquide sanguin et à cause de la modification subie par les cellules hépatiques. »

Les premiers signes de la cirrhose apparaissent chez un homme d'âge moyen qui, après avoir subi l'imprégnation paludéenne, présente dix, vingt, vingt-cinq ans après, tous les signes d'une affection abdominale à laquelle participent à la fois le foie et la rate. L'augmentation de volume de ces deux organes devient assez considérable, à un moment donné, pour attirer l'attention du patient. On note ainsi, dans cette première période, un degré plus ou moins prononcé d'anémie, mais parfois cette première période reste latente et le premier signe observé est l'ictère. Ce n'est pas l'ictère franc, l'ictère biliaire, mais un ictère hémaphéique : le tégument est bronzé plutôt que jaune, les urines ne renferment pas de pigment biliaire. Dès ce moment, l'augmentation de volume de l'abdomen devient de plus en plus nette; le foie et la rate se tuméfient sensiblement, font bomber l'abdomen supérieur et descendent dans les fosses iliaques. Mais on ne trouve ni ascite, ni dilatation des veines sous-cutanées. L'état général est remarquablement conservé, il n'y a ni fièvre, ni douleur et souvent le malade continue à faire son métier. Cependant, à l'occasion d'une infection aiguë, ou même sans cause, la fièvre s'allume, les hypocondres deviennent un peu douloureux, à la teinte bronzée se surajoute un ictère vrai. L'anorexie, l'abattement, l'émaciation sont alors notables, le foie et la rate augmentent momentanément de volume. Après quelques jours, quelques semaines, la fièvre disparaît, les urines augmentent, l'appétit renaît; seule la teinte bronzée ne se modifie pas et la cirrhose continue le cours de son évolution chronique. La durée en est fort longue, le foie se rétracte peu, la vie se prolonge dix, quinze, trente ans et plus, à moins qu'à l'occasion d'une complication telle que la pneumonie, le patient ne succombe avec tous les signes d'une insuffisance hépatique. Ou, sans complications, le marasme et la cachexie s'installent progressivement, « le malade maigrit, perd insensiblement les forces et l'appétit, la tuméfaction hépatique diminue peu à peu, il y a un peu d'ascite. Le trouble de la nutrition va en augmentant..., puis des hémorragies stomacales et intestinales surviennent, le malade tombe dans le coma et ne tarde pas à succomber. »

En somme, imprégnation palustre ancienne, début insidieux, augmentation lente et progressive du volume de la rate, toujours plus grosse, comparativement, que le foie, anémie plus ou moins marquée, apparition plus ou moins précoce d'un ictère bronzé hémaphéique, absence de fièvre, de douleur, de réaction péritonéale, évolution très lente, mort par insuffisance hépatique, tels sont les signes qui caractérisent le plus souvent la cirrhose paludique.

Le début est généralement très insidieux et les malades ne font le plus souvent commencer leur cirrhose qu'à l'apparition de l'ictère. Mais il existe cependant une période préictérique, souvent fort longue, et où l'on constate tantôt de l'anémie, tantôt de la diarrhée et de l'épistaxis, tantôt des poussées fébriles. Dans une deuxième période, c'est l'ictère qui domine. Son début peut relever de diverses causes : émotion vive, fureur ou colère, traumatisme, affection gas-

(1) Th. de Paris, 1902.

tro-intestinale. D'abord léger, cet ictère s'accentue à un certain moment et devient biliaire. Le tégument externe revêt une coloration bronzée, très différente de la teinte jaune-citron de l'ictère par rétention biliaire, et ce n'est que dans les dernières périodes de la maladie que la peau devient verdâtre ou même noirâtre; constant et durable, cet ictère s'accompagne quelquefois de prurit, mais il ne provoque pas de tachycardie. Les sclérotiques sont brunâtres, les muqueuses ne sont pas teintées, le malade ressemble à un mulâtre, parfois aussi il présente le teint de la maladie d'Addison, mais en plus clair; les matières fécales ne sont nullement décolorées, la réaction de Gmelin est négative, à la phase terminale, il se greffe sur l'ictère hémaphéique des poussées biliphéiques : la jaunisse devient plus intense, la prostration augmente, les selles se décolorent, puis tout rentre dans l'ordre et l'ictère devient hémaphéique.

L'accroissement graduel du foie et de la rate donne à l'abdomen un aspect spécial. L'abdomen est tuméfié d'une façon uniforme, la tuméfaction restant maxima au niveau de l'abdomen supérieur, les fausses côtes sont refoulées excentriquement, l'épigastre bombe notablement et le ventre tout entier prend l'apparence d'un ovoïde dont la grosse extrémité supérieure serait logée sous les côtes. Le foie est accru dans toutes ses dimensions. Son bord inférieur déborde les fausses côtes de plusieurs travers de doigt, descend jusqu'à l'ombilic ou même jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure et finit par remplir la totalité de l'abdomen. Il remonte, en effet, obliquement en haut et à gauche, passe au-dessous de l'ombilic et atteint le rebord costal gauche plus ou moins haut, se confondant là avec la rate. La percussion permet de constater que le bord supérieur du foie est à peine élevé. En somme, le foie « s'étend énormément par en bas et peu par en haut ». L'organe est très élastique, le bord tranchant du foie reste tranchant et régulier; la vésicule ne déborde pas; il n'existe aucune douleur à la palpation.

L'hypertrophie de la rate débute souvent avant celle du foie, elle est presque toujours prépondérante. L'hypocondre gauche est soulevé, et la partie gauche de l'abdomen supérieur distendue par la rate. Il s'agit ici d'un véritable foie gauche, appréciable à la palpation, dépassant de plusieurs travers de doigt le rebord des fausses côtes, occupant même la fosse iliaque gauche. Cette splénomégalie est d'ailleurs régulière, la rate conservant le plus souvent sa forme normale.

Il n'y a pas ici de dilatation de veines sous-cutanées, ni de météorisme, ni d'ascite. Cette dernière ne s'observe qu'à la période terminale : encore est-elle peu abondante et tend-elle à diminuer ou même à disparaître spontanément. Elle semble relever ici non de l'altération hépatique, mais bien plutôt de l'irritation péritonéale.

Les troubles fonctionnels, à peine marqués à la première période, augmentent un peu d'intensité à la phase ictérique. L'anémie et la perte progressive des forces dominent, les téguments se décolorent peu à peu, le teint pâlit. Au moindre effort, la fatigue survient et le malade ne peut se livrer à aucun travail. Les fonctions digestives, longtemps normales, rarement augmentées jusqu'à la boulimie, s'altèrent peu à peu dans quelques cas; l'appétit diminue, les digestions sont lentes, il survient assez fréquemment des crises de diarrhée. Tantôt les matières sont jaunâtres, très colorées, tantôt au contraire peu colorées, grisâtres, café au lait et alors fétides. Les urines rendues dans les vingt-quatre heures sont à peu près normales comme quantités, de couleur jaune rouge acajou; elles ne déposent pas. La réaction est acide, les chlorures et les phosphates conservent leur taux habituel, et le sucre et l'albumine font défaut s'il n'y a pas de pigments biliaires.

La circulation reste intacte; rien au cœur, le pouls est normal. A noter seulement quelques hémorragies, épistaxis, stomatorragies, rarement du purpura ou des hématémèses. Ces hémorragies peu abondantes se reproduisent surtout au moment des crises; elles traduisent l'insuffisance hépatique. L'anémie est variable, la leucocytose est de 15000 environ, chiffre identique à celui déjà donné par Hanot. C'est à côté de ces altérations du sang qu'il faut citer les « adénomégalies » relevées par nombre d'auteurs.

Aucun trouble respiratoire, il n'y a pas de dyspnée; la nutrition est peu troublée, les malades sont longtemps capables de fournir un travail pénible. Le système nerveux est peu touché; cependant à une période avancée, l'asthénie devient extrême, comme dans une des observations de M. Géraudel. On a noté parfois l'héméralopie, fonction du paludisme plutôt que de l'ictère (Lancereaux), le xanthélasma, diverses éruptions cutanées.

Cette longue période d'état, apyrétique et indolente, sans grand retentissement, est dans nombre de cas entrecoupée de crises aiguës fébriles, qui se rapprochent d'autant plus que la maladie approche de la terminaison fatale.

M. Lancereaux a noté la coïncidence de la cirrhose palustre et de l'infantilisme et établi l'influence de l'altération de la rate paludique sur le développement. Toutes les fois, en effet, que l'imprégnation palustre s'est produite avant la puberté, le malade présente tous les signes de l'infantilisme, et réciproquement, quand un individu âgé présente cet aspect infantile si particulier on peut affirmer l'ancienneté de l'affection.

La durée de la période d'état est toujours fort longue : de sept à dix ans en moyenne, elle dépasse trente ans dans un cas de Schachmann. Cette chronicité de la cirrhose est une de ses meilleures caractéristiques cliniques. Pendant toute cette longue période, le foie garde son volume exagéré; il peut dans quelques cas diminuer un peu de volume à la fin de la maladie, mais la rate garde toujours son volume primitif.

A la phase terminale, tous les symptômes observés précédemment s'exagèrent, parfois un amaigrissement énorme et rapide, une diarrhée profuse précèdent de peu la terminaison fatale, ou bien une hémorragie abondante emporte le malade. Mais, le plus souvent, le syndrome clinique ictère grave est réalisé : en même temps que les épistaxis le saignement des gencives, les hémorragies gastro-intestinales, s'installe un délire surtout nocturne, accompagné de prostration. L'ictère s'accroît jusqu'à devenir noir, le pigment biliaire apparaît dans les urines, l'amaigrissement est extrême. La fièvre est rare; le plus souvent, au contraire, il existe de l'hypothermie. La langue est sèche et rouge; quelquefois le malade meurt au milieu d'un véritable état typhoïde, ou bien la mort fait suite à l'une des crises déjà décrites à la période d'état, ou succède à une complication telle que la pneumonie. Mais la terminaison n'est pas nécessairement toujours fatale et M. Lancereaux a cité des cas incontestables de guérison.

Certains faits de splénomégalie primitive de Debove et Brühl, et d'ictères infectieux chroniques décrits par M. Hayem

relèvent peut-être de la cirrhose paludique. Enfin, une des formes les plus intéressantes de cette dernière est la cirrhose infantile que distinguent l'énorme hypertrophie splénique, l'arrêt de développement, la lenteur de l'évolution.

Le *diagnostic* de la cirrhose paludique est particulièrement difficile, à la phase pré-ictérique, avec la dégénérescence amyloïde et la lymphadénie. C'est alors que l'étude du malade (absence de lésions tuberculeuses, syphilitiques, suppuratives prolongées) et l'examen du sang permettront de trancher la question. La cirrhose alcoolique dans sa forme diffuse, dans la forme annulaire au stade hypertrophique, mais surtout dans la forme graisseuse a des analogies avec la cirrhose paludique. Mais les antécédents paludiques dans un cas, alcooliques dans l'autre, la splénomégalie beaucoup plus nette dans la cirrhose palustre que dans l'autre feront faire le diagnostic.

Dans la cirrhose syphilitique, le foie est irrégulier, à bord antérieur profondément échancré par des incisures anormales.

A la phase clinique, le diagnostic est assez facile. La cirrhose du buveur marche rapidement vers un dénouement fatal et à l'ictère font cortège les hémorragies, le délire, la prostration du sujet entrant rapidement dans le coma. Au contraire, l'état général reste bon dans la cirrhose paludique, les hémorragies sont rares et peu abondantes, l'évolution dure des années.

Le diagnostic le plus délicat est celui de la cirrhose biliaire par rétention. Dans cette affection comme dans la cirrhose palustre, on note en effet la même augmentation de volume du foie, mais l'ictère est foncé, biliphéique dans la première avec décoloration des selles, prurit, tachycardie, il est peu accentué, hémaphéique dans la seconde. Il n'y a pas de fièvre dans la cirrhose palustre; dans l'autre la température est rarement normale, il y a des antécédents de lithiase.

Le diagnostic se pose plus rarement avec l'épithélioma de la tête du pancréas, où la splénomégalie manque absolument, et avec l'épithélioma primitif du foie que distingue son évolution rapide.

Le *pronostic* varie suivant la période. A la phase pré-ictérique, la guérison peut être obtenue. A la période ictérique le pronostic est encore relativement bon et la guérison, ou du moins un arrêt dans l'évolution de l'affection semble ne pas devoir être impossible sous la réserve d'un traitement approprié. L'apparition de l'ictère, si redoutable dans les autres cirrhoses, est ici beaucoup moins défavorable. Il en est de même pour les hémorragies. Ces poussées aiguës elles-mêmes sont habituellement bien supportées, à condition d'être suffisamment espacées. A la troisième période, M. Lancereaux admet encore la possibilité d'un temps d'arrêt favorable, mais le pronostic est ici des plus sérieux.

La *thérapeutique* devra rarement s'adresser à la quinine, mais plutôt utiliser l'iodure de potassium, donné prudemment à petites doses, et l'hydrothérapie, agent thérapeutique de grande valeur, et combattre les symptômes, douleurs, hémorragies, etc., par les méthodes habituelles.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

18 JUILLET 1902

La **pathogénie du pouls lent permanent** est loin d'être univoque, ou plus exactement, elle est encore fort discutée. La discussion soulevée par la communication de MM. Widal et Lemierre le prouve surabondamment, puisque M. Siredey affirme qu'à côté du rôle joué par l'athérome des artères bulbaires, il faut admettre l'influence des causes toxiques dans la production du syndrome; puisque M. Chauffard parle de la grippe comme cause déterminante et que M. Du Castel affirme, au contraire, l'influence du système artériel. Dans le cas rapporté par MM. Widal et Lemierre, il s'agit d'un fait de pouls lent permanent avec ischémie bulbaire par oblitération athéromateuse des artères bulbaires au niveau de leur origine.

Il s'agit d'un malade âgé de soixante-dix-huit ans, qui depuis trente-cinq ans s'est aperçu que son pouls est irrégulier. Cet homme, ancien vétérinaire, s'observait avec soin; il comptait presque chaque jour les pulsations et n'avait jamais souffert d'aucun autre trouble vasculaire jusqu'en avril dernier. A cette époque, à la suite d'une attaque de grippe, on s'aperçut que son pouls jusque-là irrégulier était devenu lent d'une façon permanente et ne battait plus que 30 à 40 fois par minute. Il entra dans le service de M. Widal au mois de mai à la suite d'une crise d'angine de poitrine. A ce moment le pouls battait 34 fois par minute. Les bruits du cœur sont assourdis. Leur nombre est le même que celui des pulsations artérielles. La pointe bat dans le cinquième espace intercostal et on ne perçoit aucun bruit orificiel surajouté. Il y a chez ce malade de la pollakiurie, une légère albuminurie, et de la dyspnée nocturne; le malade succomba rapidement au milieu d'une syncope.

A l'autopsie : cœur hypertrophié, reins scléreux, aorte dilatée et athéromateuse, coronaires athéromateuses aussi.

En outre — ceci est le point le plus intéressant — on put noter un état athéromateux trés marqué des artères de la base de l'hexagone de Willis et de ses branches, du tronc basilaire et des artères vertébrales. Le tronc basilaire et les artères vertébrales sont presque complètement rigides, alors que les petites branches qui en partent sont presque intactes. Il est donc évident que les artérioles bulbaires peuvent, à leur origine dans le tronc basilaire, subir une altération qui occasionne le pouls lent permanent avec syncope par ischémie bulbaire, de même que l'oblitération des coronaires à leur origine dans l'aorte peut occasionner l'angine de poitrine par ischémie cardiaque.

L'observation clinique rapportée par M. Ferrier démontre qu'**une myélite, qu'une paralysie spinale aiguë peut débuter après un traumatisme violent**, dans le cas particulier après un traumatisme de l'épaule gauche. Il est possible que le traumatisme, en troublant le dynamisme des centres, puisse les placer en état de moindre résistance à l'égard des germes infectieux et provoquer ainsi des localisations poliomyélitiques.

M. Le Gendre rapporte un cas d'**hémichorée dans le mal de Bright.**

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(16 JUILLET 1902)

La Société poursuit la discussion sur l'**abaissement des testicules ectopiés.** M. Carlier (de Lille) déclare qu'il n'hésiterait pas à couper l'artère spermatique pour libérer un testicule ectopié. La section de cette artère et de l'artère déférentielle n'empêchera pas le testicule de vivre, grâce à l'existence d'une anastomose funiculo-testiculaire parfaitement suffisante pour nourrir le testicule. M. Mignon a donc raison

de ne pas désespérer de l'avenir des testicules qu'il a abaissés par le procédé en discussion. Il est vrai qu'il y a des cas de nécrose, mais cela tient à ce que, chez certains sujets très rares, cette anastomose fait défaut.

M. Mignon répond aux diverses objections et aux critiques qui lui ont été faites. Il déclare tout d'abord n'avoir jamais eu l'intention de donner ce procédé comme une méthode générale de traitement de l'ectopie testiculaire. Il est bien entendu qu'il ne coupe tous les vaisseaux que quand il ne peut pas mobiliser autrement le testicule. En présence, en effet, de cette variété d'ectopie testiculaire, il n'y a que trois conduites possibles : laisser le testicule à l'anneau, où il devient très douloureux; le réduire dans le ventre, ce qui n'est pas sans danger, ce qui eût été dangereux chez les malades de M. Mignon, puisqu'ils avaient de la vaginalite; ou enfin la castration, qui ne saurait être mise en parallèle avec l'opération conservatrice proposée par M. Mignon. Quant aux résultats, déjà éloignés, des opérations de M. Mignon, il rappelle qu'ils sont vraiment assez satisfaisants tant au point du volume du testicule qu'au point de vue de sa sensibilité.

La discussion est close.

M. Chaput revient sur les malades qu'il a opérés et suturés avec les **agrafes de Michel**. L'un de ces malades est guéri et a très bien supporté les agrafes. L'autre est mort et, à l'autopsie, on a trouvé de la péritonite; les sutures n'avaient pas tenu. C'était un cas particulièrement difficile.

MM. Poirier et Quénu soulèvent quelques objections contre ces agrafes qui, en s'éliminant, peuvent causer de l'infection.

M. Potherat fait un rapport sur une observation assez curieuse adressée par M. Matsoukis (de Constantinople). Il s'agit d'un **calcul vésical** qui a été enlevé dans des conditions tout à fait particulières. Ceci se passait dans une île de la mer Rouge; un bédouin est amené à l'hôpital n'ayant pas uriné depuis trente-six heures. Tous les moyens employés pour le faire uriner restèrent sans résultat. M. Matsoukis reconnut que la rétention était due à un calcul. Il conclut qu'il fallait pratiquer la taille sus-pubienne. Mais il n'avait rien de ce qu'il fallait sous la main, pas de ballon de Petersen, pas de tenettes, pas de liquides ni de pansements antiseptiques, rien. En outre, ce bédouin était un révolutionnaire. Sa mort pouvait susciter une vengeance cruelle. Malgré toutes ces difficultés, M. Matsoukis, ancien élève des hôpitaux de Paris, n'écouta que son devoir de chirurgien et il intervint. Il ouvrit donc la vessie, retira non sans peine le calcul, qui était très profondément situé vers l'orifice cervical, sutura la vessie au catgut, ferma la plaie en assurant un bon drainage. Dès le lendemain, le bédouin enleva son pansement et tenta de s'échapper; il en résulta des accidents assez graves. M. Matsoukis le fit alors transporter chez lui, où il le surveilla et le soigna, et le malade finit par très bien guérir. Le calcul pesait 50 grammes.

Cette opération, si elle est quelque peu banale en elle-même, est loin de l'être si on songe aux circonstances dans lesquelles elle a été pratiquée, et il faut féliciter M. Matsoukis non seulement de son habileté chirurgicale, mais aussi de son courage.

M. Poirier analyse une observation adressée par M. Gilis, professeur d'anatomie à la Faculté de Montpellier. Il s'agit d'une **appendicite aiguë** chez un jeune homme de vingt ans; température 39°5, pouls 112. M. Gilis, appelé quelques heures après le début des accidents, conseille et pratique aussitôt l'opération. En recherchant l'appendice derrière le cæcum, il ouvre une collection purulente, l'évacue, draine, et s'en tient là. La température baisse, les accidents s'amendent, mais la plaie suppure pendant trois mois et finit par se fermer. Il se fait trois récidives avec ouverture spontanée de l'abcès à quelques mois d'intervalle. Enfin, M. Gilis se décide à enlever l'appendice. Il reconnaît lui-même qu'il aurait dû tenter cette ablation dès sa première intervention. M. Poirier s'associe pleinement à cette auto-critique, et il conclut en disant, comme M. Dieulafoy : L'appendicite doit être opérée d'urgence; on doit toujours rechercher et autant que possible exciser l'appendice.

M. Quénu fait connaître à ses collègues les résultats éloignés de la **résection du rectum par voie périnéo-abdominale** dans les cas de cancer de cet organe. Il a pratiqué sept fois cette opération chez la femme; l'une est morte rapidement; une autre a récidivé peu de temps après; quant aux cinq autres, sauf pour l'une d'elles qui a vécu trois ans et demi et qui a succombé à une hémorragie cérébrale sans récidive, elles sont actuellement en bonne santé.

M. Schwartz fait une communication sur la **gastrostomie par le procédé de la torsion**. Bien qu'il ait toujours employé le procédé de la boutonnière, il a eu parfois à lutter contre quelques inconvénients. Aussi a-t-il essayé chez deux malades le procédé de torsion décrit par M. Souligoux. Dans le premier cas, M. Schwartz l'a appliqué sur un vieillard de soixante-quinze ans; il a eu beaucoup de peine à trouver la muqueuse. La fistule a été continente pendant huit jours; mais il y a eu une désunion superficielle et le malade s'est rapidement cachectisé et a succombé.

Le second malade, âgé de cinquante ans, plus résistant, a été opéré par M. Souligoux lui-même, qui a eu également de la difficulté à pénétrer dans l'estomac. Il croit donc que ce procédé offre l'inconvénient de trouver difficilement la muqueuse; la rougeur de l'orifice, que l'on peut constater parfois, est due sans doute aux quelques gouttes de liquide qui tombent de la sonde, quand on la retire. Pour ces raisons, il restera fidèle à l'ancien procédé qui est plus rapide et n'est pas inférieur aux autres procédés.

M. Guinard a appliqué six fois ce procédé sans jamais avoir éprouvé de difficulté à inciser la muqueuse; mais il faut avoir soin de bien saisir avec les pinces toutes les tuniques de l'estomac, pour qu'elles soient incisées d'un seul coup. De ses 6 opérés, 4 sont morts dans le mois qui a suivi. Les 2 autres vivent et la continence est bonne. Sur aucun d'eux, il n'a observé de rougeur de la bouche cutanée.

MM. Monod et Poirier, comme M. Schwartz, restent partisans du procédé ancien, contrairement à M. Reynier, qui adopte le procédé de Souligoux.

MÉDECINE PRATIQUE

Recherche simple et très sensible de l'albumine dans l'urine.

Le procédé suivant est indiqué par l'*Union pharmaceutique* (1902, p. 314) :

Dans un verre à réactif bien blanc et bien propre, on verse de l'eau distillée bouillante, dans laquelle on fait tomber une goutte d'urine. Si celle-ci contient des traces d'albu-

mine, il se produit dans le liquide, sur le passage de la goutte d'urine, gagnant le fond, une opalescence très caractéristique, ressemblant en tout à la fumée d'un cigare. Cette méthode est beaucoup plus sensible que la méthode par l'ébullition et est surtout recommandable lorsqu'on n'a que quelques gouttes d'urine à sa disposition.

La prophylaxie des moustiques.

Nous croyons utile de rappeler en cette saison les conclusions adoptées par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine :

1° Surveiller les divers réseaux d'égouts, et spécialement les bouches d'égout sous trottoir, ainsi que les canalisations privées dont l'entretien laisse souvent à désirer; y éviter toute stagnation d'eau, inspecter chaque semaine leurs parois, et détruire tout amas d'insectes, soit par flambage à la torche, soit par badigeonnage à la chaux;

2° Maintenir en parfait état de propreté les abords des fosses et cabinets d'aisances; ne jamais y laisser le moindre essaim d'insectes, quels qu'ils soient;

3° Éviter toute stagnation d'eau, toute mare, etc., dans les jardins et cours. Cette prescription devra surtout être observée dans les agglomérations (hôpitaux, casernes, prisons, pensionnats, etc.). L'ordonnance du 25 novembre 1853 (art. 5) sera partout rigoureusement appliquée;

4° Les fontaines, bassins, etc., des promenades publiques devront être vidés et nettoyés une fois par semaine. Dans les pièces d'eau de grande surface, les lacs, etc., on devra entretenir de nombreux poissons;

5° Pour les bassins, tonneaux, etc., situés dans les propriétés privées et dans les quartiers infestés, on se trouvera bien de disposer à la surface de l'eau une couche de pétrole (1 gramme environ de pétrole lampant par mètre carré) ou, s'il s'agit d'une pièce d'eau servant à la boisson, une couche d'huile alimentaire en même quantité;

6° Dans les quartiers infestés, l'usage du moustiquaire peut être utilement recommandé;

7° Sur les piqûres des moustiques, appliquer une goutte de teinture d'iode ou une goutte de solution de gaïacol au centième.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique chirurgicale [Hôtel-Dieu, 1901] (1), par M. Félix Legueu, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé.

M. Legueu a réuni dans ce livre toutes les cliniques qu'il a faites l'année 1901 à l'Hôtel-Dieu où il remplaçait le professeur Duplay.

Les principales affections, qui peuvent se présenter au chirurgien, tant au point de vue du diagnostic que du traitement avec leurs indications, y sont étudiées de la manière la plus claire au grand profit du lecteur. C'est ainsi que, dans sa leçon d'ouverture, M. Legueu explique ce que doit être un service modèle de chirurgie à notre époque avec sa division en aseptiques et en septiques, chacun ayant son personnel et sa salle d'opération spéciale, et quels sont les moyens à prendre pour réaliser l'asepsie des mains, des instruments, etc.

Il montre fort justement que le devoir de l'opérateur est, non seulement de sauver son malade, mais encore de diminuer le plus possible le choc opératoire, les complications secondaires, et que l'idéal est une guérison sans la moindre hyperthermie, comme souvent on arrive à en obtenir.

Citons parmi les chapitres que tous liront avec profit, celui sur la rachicocaïnisation, ses indications, ses résultats, ceux sur la chirurgie de l'ulcère d'estomac, le diagnostic des noyaux épididymaires.

M. Legueu nous donne ailleurs d'excellents conseils sur les indications de la néphrectomie dans la tuberculose rénale, et sur le traitement de l'hydronéphrose intermittente.

Il consacre une partie spéciale à la gynécologie, traitant de la valeur comparative des hystérectomies dans le cancer du col; des indications thérapeutiques dans le traitement des salpingites et du choix de l'opération.

Il termine en publiant sa statistique qui montre les excellents résultats qu'il a obtenus. E. L.

(1) In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, Félix Alcan.

Chirurgie du gros intestin (1), par M. Gérard-Marchant, chirurgien de l'hôpital Boucicaut.

M. Gérard-Marchant explique ce titre qui semble nouveau, en montrant qu'anatomiquement et physiologiquement le côlon et le rectum peuvent être confondus et qu'il est tout naturel au contraire de les séparer de l'intestin grêle.

La chirurgie de ces organes s'est développée considérablement ces dernières années depuis que l'on n'a pas craint de les aborder par la laparotomie et de les réséquer largement.

M. Gérard-Marchant nous donne le premier une étude très complète des affections du gros intestin, signalons surtout le chapitre très détaillé sur les tumeurs et rétrécissements du gros intestin, cancer, etc.

Dans la partie qu'il a consacrée au rectum et à l'anus signalons les articles au sujet des vices de conformation, aux corps étrangers, aux ruptures du rectum.

L'auteur nous donne enfin une importante étude sur le prolapsus du rectum, surtout au point de vue choix de la méthode thérapeutique et manuel opératoire. Il nous expose son mode de procéder qui a donné d'excellents résultats.

Finissons en disant que de nombreuses figures illustrent l'ouvrage. E. L.

Les bases scientifiques de l'éducation physique (2), par G. Demény, professeur du cours d'éducation physique de la ville de Paris, et de physiologie appliquée à l'École militaire de gymnastique de Joinville-le-Pont.

Le livre de M. Demény s'adresse particulièrement aux personnes qui veulent s'éclairer sur un sujet nouveau des plus importants. La division seule en indique l'étendue. Le rôle social de l'éducation, les préjugés courants de l'éducation physique, les effets de l'éducation sur les fonctions de la vie, les conditions hygiéniques, esthétiques et économiques de l'exercice y sont traitées avec la méthode la plus positive.

L'auteur développe particulièrement l'éducation de la respiration, l'ampliation de la poitrine, la fatigue et l'entraînement, l'éducation des mouvements et des sens. Il relie l'éducation physique à l'éducation morale en montrant l'effet de la première sur le caractère, et, dans une troisième partie, indique les procédés techniques de mensuration pour contrôler les résultats obtenus.

Cet ouvrage n'est pas seulement une étude spéculative, il associe les idées philosophiques les plus élevées aux conseils les plus pratiques et s'adresse ainsi aux personnes chargées de l'enseignement.

L'ouvrage donne sur la question la note juste et moderne. Rempli de documents originaux, appuyé de nombreuses figures, il est surtout remarquable par la netteté de son plan et sa logique précise, presque mathématique. F. R.

(1) In-8°. (Biblioth. Ricard et Rochard.) Prix : 6 francs. — Paris, Octave Doin.

(2) In-8°, avec 193 grav., cart. à l'angl. (Biblioth. scient. internat.) Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

Manuel de diagnostic médical et d'exploration clinique (1), par les docteurs O. SEIFERT et E. MULLER; traduit sur la 10e édition allemande par le docteur L. MARCHAND.

Depuis que des recherches nouvelles : examen du sang, cyto-diagnostic, cryoscopie, injection de bleu de méthylène, etc., ont agrandi le domaine de la science, il devient difficile à tout médecin de se tenir au courant de toutes les méthodes de diagnostic et de les appliquer convenablement. Ces renseignements indispensables, qui jusqu'ici étaient épars dans un grand nombre de traités et de monographies, MM. O. Seifert et Müller les ont condensés dans un manuel essentiellement pratique. Après quelques mots d'*introduction*, les auteurs étudient successivement la température du corps et l'examen des divers appareils. Ils consacrent des chapitres spéciaux aux rayons Röntgen, aux liquides obtenus par ponction, aux parasites de l'économie, aux échanges nutritifs. Un tableau des principales stations thermales et un court résumé des doses médicamenteuses et des principales intoxications termine ce livre fort clair, bien présenté, et dont M. L. Marchand nous donne aujourd'hui une traduction élégante. L. B.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

M. MATHIEU. Hérédité névropathique oculaire. Contribution à l'étude de la névrite optique rétro-bulbaire héréditaire. — M. BRUNET. Du système maxillodentaire dans l'hérédo-syphilis. — M. VENDEVILLE. De l'énucléation de l'œuf humain dans la césarienne. — M. MARTIN. De la manifestation emphysémateuse de la tuberculose pulmonaire. — M. LHOPITALLIER. Etude des liserons indigènes; leur emploi thérapeutique. — M. ALBERT. Considérations pouvant servir de contribution à l'étude de la folie transitoire au point de vue médico-légal. — M. MULLER. Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections de cyanure de mercure. — M. BERNARD. Traitement des névralgies par les injections sous-cutanées de sérum artificiel. — M. JANIN. Le pronostic et le traitement chirurgical chez les diabétiques. — M. VASSOR. Contribution à l'étude des difficultés de la version causées par l'anneau de Bandl (étude spéciale du deuxième temps). — M. JOSSO. Etude sur les chancres syphilitiques à localisations rares de la cavité buccale. — M. LEDOUX. Contribution à l'étude du pouls dans la tuberculose pulmonaire. — M. ROBLOT. Leucémie et lithiase unique à propos de deux observations, étude clinique, pathogénique et thérapeutique. — M. GILLOT. Des opérations à hystérectomies abdominales totales et supra-vaginales pratiquées pour fibromes utérins dans le service du docteur Schwartz (octobre 1899 à juillet 1901). — M. LEGROS. Contribution à l'étude des varices des régions sus et pré-pubiennes pendant la grossesse. — M. BLOCH. Rhumatismes et dyspepsies. — M. FOURNIOLS. Sérothérapie à dose massive; procédé du docteur Lesage. — M. POSTINA. Etude sur la propagation des abcès profonds de la région hypogastrique. — M. VAN OLDEN BARNEVELD. Etude sur la pathogénie et le traitement de la périhépatite et de la pleurésie appendiculaires. — M. LEBON. Sur les ruptures de la carotide interne dans le sinus caverneux (anévrisme carotido-caverneux). — M. A. LEVY. Contribution à l'étude des diplégies faciales totales. — M. LE GALL. Contribution à l'étude des gangrènes cutanées d'origine hystérique. — M. BICHOFSWERDER. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la syringomyélie. — M. Ch. DURAND. Traitement des ulcères variqueux par l'incision circonférencielle de la jambe. — M. P.-A. MERKLEN. Contribution à l'étude de l'étiologie de la tachycardie paroxystique. — M. HAMARD. Essai sur la viande et les conserves de viande. — M. WILLEMIN. De la laryngite catarrhale d'origine gastrique. — M. COIGNERAI. Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des tumeurs de l'ovaire. — M. SEVRAY. L'ophtalmie purulente des nouveau-nés, sa prophylaxie, son traitement; résultats obtenus à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine. — M. RENOULT. Contribution à l'étude du cercus grandiflora. — M. CALAMET. Etude clinique de la myocardite typhoïdique chez l'enfant. — M. BACARESSE. Considérations étiologiques sur le syndrome de Little. — M. LOBLIGEOIS. Étude clinique et diagnostique des érythèmes scarlatiniformes et de la scarlatine apparaissant au cours de la diphtérie. Valeur de l'examen du sang et de la diazoréaction d'Ehrlich. — M. Roger DURAND. La méthode des injections épidurales par voie sacrée. — M. GRULLON. Essai sur les phénomènes sympathiques de l'œil; troubles irritatifs et ophtalmies sympathiques. — M. BARBARIN. Les complications mastoïdiennes et intra-craniennes des otites moyennes suppurées chroniques. — Mlle BERLATZKY. Du massage en gynécologie. — M. GALLIOT. Ablation totale de l'humérus avec conservation de l'avant-bras. — M. REUMAUX. Contribution à l'étude de l'ostéome des cavaliers. — M. RISS. De la luxation congénitale de la tête du radius. — M. BENOIT. Les parotidites consécutives de l'ovariotomie. — M. GEIGER. Applications thérapeutiques du bain de lumière et du bain de chaleur lumineuse. — M. GEYER. Etude médico-psychologique sur le théâtre d'Ibsen. — M. TARGHETTA. Étude sur le thymus envisagé spécialement au point de vue médico-légal. — M. BEAUGEARD. Des difficultés de diagnostic dans les attentats à la pudeur chez les petites filles.

(1) In-8°, 324 p., 87 fig., dont 1 planche. Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Marseille.* — Le lundi 6 octobre 1902, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux.

Guerre. — M. le médecin aide-major Portes est désigné pour aller servir au bataillon d'infanterie coloniale de Zinder.

— Les mutations suivantes ont été effectuées parmi les officiers du corps de santé désignés ci-après :

MM. Sadoul, du 1er d'artillerie coloniale à Lorient, et Castueil, du 8e d'infanterie coloniale, précédemment désignés pour servir à la Guyane et qui n'ont pu suivre leur destination pour raison de santé, ont été replacés dans leurs positions primitives.

MM. Maurras, médecin-major de deuxième classe au 22e d'infanterie coloniale; Lafaurie, médecin-major de deuxième classe au 5e d'infanterie coloniale à Toulouse, ont été désignés pour servir à la Guyane, en remplacement de MM. les docteurs Sadoul et Castueil.

M. Féray, médecin aide-major de première classe au 5e d'infanterie coloniale à Cherbourg, a été désigné pour servir au corps d'occupation de Chine, en remplacement de M. le docteur Moulinier, remis à la disposition du département de la marine.

M. Aubert, médecin aide-major de première classe au 22e d'infanterie coloniale, a été désigné pour servir à la Nouvelle-Calédonie, en remplacement de M. le docteur Dagorn.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Barthe (de Bordeaux), Bide (de Clermont), Chevy (de Reims), Delotte (de Limoges), Denucé (de Bordeaux), Domergue (de Marseille), Ducamp (de Montpellier), Février (de Nancy), Focken (de Lille), Gascard (de Rouen), Gangolphe (de Lyon), Laguesse (de Lille), Leudet (de Rouen), Maitessier (de Montpellier), Moure et Regis (de Bordeaux), Roque (de Lyon), Surmont (de Lille), Tourneux (de Toulouse), Trolard (d'Alger), Wahl (de Lille), Wolf (de Tours).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Ardin-Delteil (de Montpellier), Boquel (d'Angers), Boussavit (d'Amiens), de Bovis (de Reims), Brissemoret (de Paris), Brouilhet (de Lyon), Bruchon (de Besançon), Camus (de Paris), Carrière (de Lille), Cathelineau (de Paris), Chavannaz (de Bordeaux), Cousin (de Marseille), Cur-

tillet, Pittger, Desgrez (de Paris), Dupouy (de Bordeaux), Faivre (de Poitiers), Gérard (de Lille), Guiart (de Paris), Hallé (de Paris), Jacquinet (de Reims), Joannin (de Paris), Martin (de Rouen), Martin (de Lyon), Monnier (de Nantes), Pancier (d'Amiens), Perruchet (de Dijon), Regaud (de Lyon), Rispal (de Toulouse), Sellier (de Bordeaux), Thiry (de Nancy), Vedel (de Montpellier), Vignard (de Nantes), Vincent (de Paris), Zilgien (de Nancy).

Une médaille de bronze a été décernée à M. Paul Lanes, étudiant en médecine à Toulouse, pour acte de courage.

Centenaire de Bichat. — Pour la célébration du Centenaire dont nous avons publié le programme, la Faculté de médecine a délégué cinq professeurs, parmi lesquels MM. Tillaux, Dejerine, Landouzy, Richet, etc., et cinq agrégés, notamment MM. Achard, Chauffard, Jeanselme, etc.

La Société de biologie a délégué MM. Gley, Hénocque et Capitan.

La Société de chirurgie, M. Poirier.

La Société d'anthropologie, son bureau entier.

La Société zoologique de France, MM. Trouessart et Guiart.

La Société française d'histoire de la médecine, MM. R. Blanchard et Prieur.

Enfin, le docteur Goujon, sénateur de l'Ain, représentera le corps législatif du département de l'Ain, dont Bichat était originaire.

Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie (VIe session, Grenoble 1902). — Ce Congrès s'ouvrira le 29 septembre 1902 sous la présidence du docteur Albert Robin, membre de l'Académie de médecine, président de l'Association générale des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France, et durera huit à neuf jours.

Les rapports sur les questions qui ont été posées seront distribués aux membres adhérents dès le 1er septembre. Les Compagnies de chemins de fer français ont accordé une réduction de 50 p. 100 sur leurs tarifs.

Pendant la session, des excursions seront organisées pour visiter Uriage, Allevard, La Mothe et des stations climatériques de montagne.

La session se terminera par une excursion à la Grande-Chartreuse, à Aix-les-Bains, Salins, Moutiers, Brides.

Le prix de la cotisation est de 20 francs.

Les membres du Congrès qui désirent faire des communications sont priés d'en donner le titre, avant le 1er août.

Pour les adhésions s'adresser au professeur Fernand Berlioz, secrétaire général, à l'École de médecine.

Une exposition sera annexée au Congrès. Les exposants doivent s'adresser à M. Girard, 10, rue Rossini, a Paris, qui en est l'organisateur.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bourguignon (d'Ambonay), Le Quinquis, médecin des colonies; Ordenstein (de Paris).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Billets simples et d'aller et retour pour Chamonix* [*Mont-Blanc*]. (*Chemin de fer électrique du Fayet-Saint-Gervais à Chamonix.*) — Il est délivré, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., des billets simples permettant de se rendre à Chamonix par le chemin de fer électrique du Fayet-Saint-Gervais à Chamonix.

Des billets d'aller et retour pour Chamonix sont également délivrés à Paris, Lyon, Marseille, ainsi que dans toutes les gares situées dans un rayon de 300 kilomètres de Chamonix. La durée de validité de ces billets d'aller et retour varie de 2 10 à jours, suivant l'importance du parcours.

Billets d'aller et retour de Paris aux points frontières suisses délivrés conjointement avec des cartes d'abonnements généraux suisses. — Il est délivré, au départ de Paris, des billets d'aller et retour de 1re et de 2e classe, valables 33 jours, dont les prix sont uniformément fixés à 87 fr. en 1re classe et 64 fr. en 2e classe.

Ces billets sont délivrés exclusivement aux voyageurs qui prennent, en même temps, une carte d'abonnement suisse de 15 ou 30 jours, valable sur les principaux chemins de fer et lignes de navigation suisses.

Les prix des abonnements généraux suisses sont les suivants : abonnement de 15 jours : 1re classe, 70 fr.; 2e classe, 50 fr.; 3e classe, 35 fr. — id. de 30 jours : 1re classe, 110 fr.; 2e classe, 75 fr.; 3e classe, 55 fr.

Les cartes d'abonnements généraux suisses sont délivrés dans toutes les gares des réseaux P.-L.-M. et Est.

Pour plus amples renseignements, consulter le Livret-Guide officiel P.-L.-M.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 82. — JEUDI 24 JUILLET 1902 — 75e ANNÉE. — JEUDI 24 JUILLET 1902. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

HOTEL-DIEU DE LYON. — Professeur A. Poncet.

TUMEUR MÉLANIQUE DE LA RÉGION CLITORIDIENNE

Par M. Paul Piollet, interne des hôpitaux de Lyon.

Nous venons d'observer dans la clinique de notre maître, M. le professeur Poncet, un cas d'une affection assez rare pour que l'observation mérite d'en être publiée. Il s'agit d'une tumeur mélanique développée primitivement sur la petite lèvre droite, enlevée il y a deux ans, et récidivée sur le capuchon du clitoris. L'ablation en a été faite de nouveau, avec succès, par M. le docteur Delore, assistant de M. Poncet.

Voici l'observation de cette malade :

Antoinette P..., soixante-quatre ans, de Givors, entre le 27 mai 1902 à la clinique de M. Poncet.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ni personnels : elle a toujours eu une bonne santé, s'est mariée jeune, n'a jamais eu de grossesse; ses règles, autrefois régulières, ont cessé à l'âge de cinquante ans; elle est veuve depuis onze ans.

Il y a près de cinq ans, la malade s'aperçut qu'il existait, dans les parties génitales externes, une petite grosseur brune, comme une verrue, siégeant à la partie supérieure de la petite lèvre droite : cette tumeur était absolument indolore, mais saignait un peu quand la malade se lavait et s'essuyait. Elle n'avait jamais remarqué qu'il existât en ce point, du reste peu accessible à la vue, de tache pigmentaire, ni de lentille. Cette tumeur grossit peu à peu, n'occasionnant aucune douleur, gênant seulement un peu la malade à cause d'un suintement séro-purulent assez abondant qui tachait son linge.

En août 1900, elle entra une première fois à la clinique à cause de cette tumeur; celle-ci formait, à ce moment, une petite masse grosse comme une noisette, noirâtre, humide, et insérée par un assez large pédicule sur la partie supérieure de la petite lèvre droite. Le diagnostic de tumeur mélanique était évident, et comme il n'y avait ni ganglions, ni généralisation, le 3 août 1900, M. X. Delore pratiqua l'ablation, au bistouri, de la tumeur et de la petite lèvre qui la supportait. A l'examen macroscopique la tumeur présentait un aspect rayonné, on voyait des traînées noires partir du pédicule et aller en divergeant dans la masse néoplasique ; le stroma était formé par du tissu rosé, assez ferme ; il ne fut pas fait d'examen histologique, le diagnostic étant évident.

Les suites opératoires furent très simples, et moins de quinze jours après, la malade partait guérie.

La guérison persista complète pendant un an et demi : c'est en février 1902 seulement que la malade s'aperçut qu'elle recommençait à saigner quand elle s'essuyait : pas d'hémorragie spontanée ; à ce moment, la tumeur était toute petite, grosse comme un petit pois, disait-elle. Peu à peu, la sécrétion séro-purulente reprit, amenant de l'intertrigo de toute la vulve, et la tumeur augmenta lentement, ne causant aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée par la marche ou la miction.

État actuel. — Excellent état général, embonpoint moyen. Rien à noter dans l'examen somatique.

A la vulve, on constate, ainsi qu'on peut le voir dans la figure 1, une petite tumeur noirâtre, de forme globuleuse,

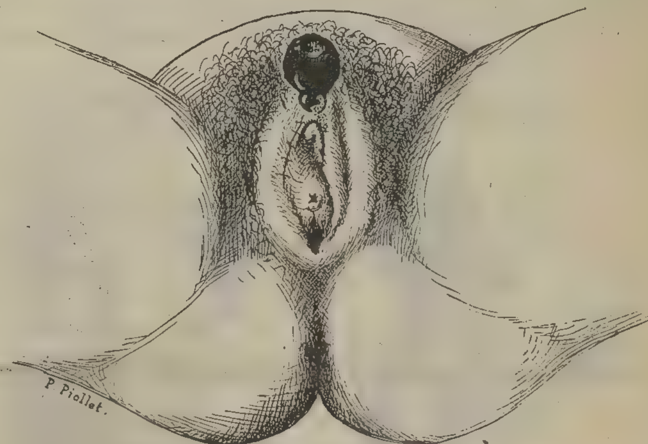


Fig. 1. — *Sarcome mélanique du capuchon du clitoris.*

de consistance ferme, ayant le volume de la pulpe du petit doigt, siégeant sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus du clitoris.

La tumeur étant entraînée par son poids, tombe en avant, et semble, au premier abord, insérée sur le clitoris lui-même ; mais si on la relève (et c'est ainsi que nous l'avons figurée), on s'aperçoit que l'insertion ne se fait pas sur le clitoris, mais au-dessus, sur le prépuce clitoridien, au point de réunion des deux petites lèvres. L'insertion se fait par un pédicule assez mince, de teinte normale, sauf à sa partie inférieure gauche, où la teinte noire se continue et couvre la partie toute supérieure de la petite lèvre gauche. Celle-ci est normale partout ailleurs, et peu saillante. A la place de

la petite lèvre droite, dont il ne reste que le tiers inférieur, on aperçoit la cicatrice de l'opération antérieure.

Le clitoris lui-même est sain, de couleur normale.

Rien du côté de l'urètre, dont le méat est bien plus bas, mobile, non douloureux, et complètement indépendant de la tumeur.

Pas de ganglions indurés dans les aines, non plus qu'en aucune autre région.

Au toucher vaginal, on trouve un vagin petit, rétracté, cloisonné à sa partie supérieure par un diaphragme incomplet, à travers lequel on peut engager l'extrémité de l'index. L'utérus est tout petit, atrophié, mais mobile et indolore. En aucun point du vagin on ne voit de coloration noire.

Intertrigo de toute la région génitale et de la face interne du haut des cuisses. Sur le haut des cuisses et le bas du ventre, cinq ou six petits nævi rouge-cerise, gros comme une tête d'épingle; rien sur le reste du corps.

Les urines sont normales.

Opération. — Le 30 mai 1902, après éthérisation, M. X. Delore fit une incision ovalaire circonscrivant la tumeur, en passant largement en tissus sains. Le haut de l'ovale arrivait au pubis, le bas descendait à un demi-centimètre au-dessus du méat. On enlève largement la graisse sous-cutanée, en rasant le pubis, jusqu'à ce qu'on arrive aux deux racines du clitoris, qui sont sectionnées près de leur origine; une sonde placée dans l'urètre permet de longer sa face antérieure sans l'intéresser. Deux ligatures sont mises sur les artères clitoridiennes, l'hémorragie veineuse est arrêtée par un surjet hémostatique au catgut; suture cutanée au fil métallique. Une sonde de Pezzer est mise à demeure dans la vessie.

Les suites ont été simples et apyrétiques; la malade fut constipée pendant quelques jours pour éviter toute souillure de la plaie. Le 6 juin on enlevait les fils métalliques et la sonde; le lendemain, purgation. Un petit hématome qu'on dut ouvrir en écartant la ligne des sutures, et qui suppura quelques jours, retarda un peu la guérison. Néanmoins le 17 juin la malade quitta le service complètement guérie.

L'*examen macroscopique* de la pièce (voir les fig. 2 et 3) montre que la tumeur s'est un peu affaissée; elle est de couleur noir verdâtre, sa surface est lisse, vernissée, régulièrement arrondie; sur le pédicule assez mince qui la relie au capuchon du clitoris se voit, une teinte noirâtre, qui va en se fondant peu à peu, et disparaît assez rapidement. Sur le bord libre de la petite lèvre gauche, on constate un petit point d'envahissement : c'est une surface de quelques millimètres carrés, noirâtre, non indurée, à bords irréguliers. De plus, à droite de la ligne médiane, à la hauteur du milieu de la tumeur, existent deux petites taches brun noirâtre, qui sont probablement des points de généralisation.



Fig. 2. — *Tumeur enlevée* (vue de face).



Fig. 3. — *Tumeur enlevée* (vue de profil).

A la coupe, la tumeur présente une consistance assez ferme, partout égale; la surface de coupe est complètement noire, comme la surface extérieure, et il n'y a pas trace de capsule propre.

A l'examen histologique (L. Dor), on constate que l'on est en présence d'un tissu caractérisé par un stroma conjonctif dans lequel sont englobés des amas cellulaires. Ces amas atteignent, au centre de la tumeur, des dimensions comparables à celles des amas cellulaires des épithéliomas malpighiens, bien que d'une façon générale leur forme soit plutôt celle de longs boyaux que d'amas arrondis; mais à la périphérie de la tumeur, il y a une multitude de petits amas isolés et il est plus facile de suivre leur genèse. Or il est frappant de voir qu'au début, il existe une lacune ronde avec des parois constituées par une membrane basale épaisse, rappelant un peu les vaisseaux dans certains nævi, et que, dans cette lacune, apparaît d'abord un petit amas de deux à trois cellules fusiformes à gros noyau et non pigmentées; puis la lacune se comble, et tout en restant encerclée par la membrane basale, elle apparaît comme un amas épithélial d'un carcinome; enfin la membrane cède et les cellules se répandent dans le tissu cellulaire. C'est alors qu'elles s'imprègnent de pigment noir, en assez grande quantité pour qu'on ne puisse plus voir leur noyau.

Doit-on dire sarcome, épithéliome ou carcinome mélanique? Sarcome par la forme de cellules prises individuellement, épithéliome ou carcinome par la disposition du stroma; n'est-ce pas là ce que l'on rencontre aussi dans l'endothéliome et ne serait-il pas plus exact de dire : *tumeur mélanique développée dans des vaisseaux sanguins, aux dépens des cellules chromatophores?* (L. Dor.)

Ainsi que nous le disions dès le début, les tumeurs mélaniques primitives de la vulve sont d'une extrême rareté.

Taylor (1), en effet, admet 1 tumeur maligne des parties génitales externes pour 35 ou 40 néoplasmes de l'utérus, et parmi les tumeurs malignes vulvaires, c'est, de beaucoup, l'épithélioma qui est le plus fréquent.

Dauriac (2), qui a rassemblé dans sa thèse 24 observations de néoplasmes de la région clitoridienne, trouve 20 épithéliomes pour 3 tumeurs mélaniques et 1 sarcome pur. En y ajoutant les quelques cas que nous avons pu colliger, nous ne pouvons pas trouver dans la science plus d'une douzaine de cas analogues à celui que nous venons de relater.

Voici, très brièvement résumées, ces observations :

I. Prescott Hewett. Melanosis of the Labium and Glands of the Groin, *The Lancet*, 1861, I, p. 264.

Cinquante-neuf ans. Huit mois avant l'opération, tumeur développée à la face antérieure des grandes lèvres, sur une tache brune existant précédemment. La tumeur grossit, s'ulcéra. Opération. Récidive deux mois après, mort après six mois, avec phénomènes cérébraux.

II. Klob. *Pathol. Anat. der Weibl. Sexualorganen*, 1864, p. 467.

Une femme âgée avait des nodules mélano-carcinomateux des grandes lèvres et mourut de généralisation.

III. Churchill. *Traité des maladies des femmes* (cité par Dauriac).

Cinquante et un ans, sept enfants, veuve, ménopause depuis deux ans. A la région clitoridienne, noyau dur; on remarque à sa surface des taches mélaniques. Cautérisations.

(1) Taylor. Mélano-sarcome primitif de la vulve (trad. par Labusquière), *Ann. de gynéc.*, juin-juillet, 1889.

(2) Dauriac. *Du cancer primitif de la région clitoridienne*, Th. de Paris, 1887-1888.

IV. Bailly. Tumeur mélanotique de la vulve, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1868, p. 740.

Soixante-douze ans, quatre enfants, ménopause à quarante-trois ans. Tumeur indolore, violacée, grosse comme une noisette, à la petite lèvre droite. Après cinq mois, accroissement plus rapide, ulcérations, douleurs. Plus tard, deuxième tumeur sur la petite lèvre gauche, dépôts pigmentaires sur la vulve et le vagin. Tumeur enlevée à l'écraseur Chassaignac. Examen histologique par M. Bouchard : cancer mélanique. Deux mois après, la malade va bien.

V. Fischer. Ueber die Ursachen der Krebskrankheit und ihre Heilbarkeit durch das Messer, *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1880-1881, p. 548.

Cinquante-six ans. Cinq mois avant, tuméfaction de la petite lèvre gauche, qui devient grosse comme une noix, noirâtre ; suintement sanguin ; ganglions inguinaux gauches pris en même temps. En avril 1870, Fischer enlève la tumeur, renvoie la malade après quatre semaines. Quelque temps après, récidive sur grandes lèvres, ulcérations des ganglions. Mort après six mois.

VI. Muller. Zur Kasuistik Neubildungen an die aüsseren weiblichen Genitalien, *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1881, n° 31.

Cas extrait du journal de Martin (de Berlin).

On avait enlevé une tumeur de la grosseur d'une noix qui comprimait le clitoris. Très mauvais état. Mort douze jours après l'opération.

Autopsie : sarcomes mélaniques dans tous les viscères et les ganglions (il n'est pas certain que la tumeur ait débuté par le clitoris).

VII. Muller. *Ibid.*

Trente-trois ans. Tumeur noir bleu, comme une noix, élastique, indolente, sur la grande lèvre droite, près du clitoris. Auparavant, productions de la nature des nævi. Extirpation large. Cicatrisation. Engorgement des ganglions aussitôt après l'opération ; ils redeviennent ensuite normaux.

Examen histologique : mélano-carcinome.

VIII. Göth. Pigmentsarcom der aüsseren Genitalien. *Centralblat. f. Gynäk.*, oct. 1881.

Agée, pas d'enfant. Début il y a deux ans. Actuellement, tumeur grosse comme un poing, coloration bleu noir, non douloureuse, tendance à saigner. En réalité deux tumeurs accolées, l'une (7 centimètres, 5 centimètres, 2 centimètres et demi) à la portion supérieure de la petite lèvre gauche, l'autre, plus petite, de sa portion moyenne. Pas de ganglions. Ablation soigneuse. Pas de récidive cinq mois après.

IX. Terrillon. Mélanose généralisée ayant débuté par la petite lèvre, *Ann. de gynécol.*, juillet 1886.

Soixante-deux ans. Douleur, suintement sanguin depuis quelques mois. Tumeur sur la petite lèvre droite, comme une noisette, dure, sans bosselures, absolument noire, mobilisable. Tout autour, pigmentation uniforme avec traînées de peau saine. Pigmentation dans le vagin et sur le col utérin. Pas de ganglions inguinaux. Opération 28 juin 1885, excision large au thermocautère ; guérison, sauf pigmentation.

Examen histologique par M. Babinski : sarcome mélanique.

Novembre 1885, ganglions dans l'aine droite, ensuite tumeurs noires sur le vagin, la petite lèvre gauche, dans le dos, ganglions multiples. Granulations noires dans le sang et dans les urines. Mort le 6 mars 1886.

Autopsie : tous les ganglions inguinaux, iliaques, abdominaux, thoraciques envahis ; foie plein de noyaux noirs.

X. Hœckel. Ueber melanotische Geschwülste der weibl. Genitalien, *Arch. f. Gynäk.*, 1888, p. 400.

Soixante-neuf ans, 6 enfants, 2 fausses-couches. A remarqué depuis onze mois une petite tumeur, cinq mois après, ganglions inguinaux pris à gauche, cinq mois après à droite. Tumeur comme le poing d'un enfant, noire, striée blanc, comprenant : toute la petite lèvre gauche, le clitoris, le haut de la petite lèvre droite. Prolongement sur les grandes lèvres. Nodule vers le méat.

Extirpation de toute la masse et des ganglions. Mort cinq mois après, ascite, ictère, cachexie.

XI. Taylor. Mélano-sarcome primitif de la vulve, *Ann. de gynéc.*, 1889.

Soixante-deux ans, 2 enfants. Deux ans avant, suintement sanguin, raie bleue entre les grande et petite lèvres gauches. Ensuite tumeur noirâtre à gauche, vers le méat, puis une plus petite à droite ; extirpation (docteur Trenholme) en juin 1886. Deux mois après, petites taches, excisées en octobre 1886. Ensuite, tumeur sur la petite lèvre droite près du clitoris ; augmente progressivement.

En juin 1887 : tumeur (4 centimètres sur 3 1/4) comme une *prune mûre*, sur le haut de la petite lèvre droite ; autre nodosité sous-muqueuse. Ganglions dans les deux aines ; 16 juin, ablation de la tumeur, commencée à l'anse galvanique, finie par énucléation avec les doigts. Cicatrisation ; amélioration ; traitement arsénical, trois mois.

Un an après, appétit diminué, hémiparésie, hémianesthésie, marasme, mort le 26 juillet 1888.

Telles sont les observations que nous avons pu rassembler ; nous devons ajouter que, d'après Taylor, il y a, dans l'*Atlas de la syphilis* de Kaposi, une planche (n° 1, pl. XII), représentant un mélano-carcinome de la portion externe de la grande lèvre gauche. Les cas de tumeurs épithéliales de la vulve abondent au contraire [Lapinsky (1)] et nous ne nous en occuperons pas plus que des tumeurs bénignes [voir Lambret (2)], rares d'ailleurs. Nous avons également laissé de côté les sarcomes primitifs du vagin, très différents des tumeurs mélaniques dont nous nous occupons ici, et dont 32 cas ont été réunis par M. Jones (3). Quant aux sarcomes purs de la vulve, ils sont plus rares encore que les sarcomes mélaniques ; Taylor en cite quelques observations anciennes, douteuses, auxquelles on peut ajouter celle de de Saint-Germain (4), concernant une fillette de cinq ans.

On peut donc dire avec Pozzi (5) que, parmi les tumeurs de la vulve, l'épithéliome est plus fréquent que le sarcome, et que, si le sarcome pur existe, c'est le plus souvent à la variété mélanique qu'on a affaire.

Ce qui est à remarquer au point de vue étiologique, c'est que, dans presque tous les cas (sauf celui de Müller, mélano-carcinome), les malades avaient plus de cinquante ans : et c'est vers soixante que se trouve le maximum de fréquence. Toute autre cause étiologique ne saurait être invoquée, car parmi ces femmes, les unes avaient eu de nombreux enfants, les autres aucun.

Nous ne discuterons pas ici la question de nature de la mélanose, voulant faire ressortir uniquement la partie clinique : et nous retiendrons seulement l'extrême gravité de cette maladie, qui a, dans la plupart des cas, emporté les

(1) Lapinsky. Cancroïde du clitoris... etc., *Ann. de gynéc.*, 1898, t. I, p. 82.

(2) Lambret. Les tumeurs bénignes du clitoris, *Rev. de chir.*, 10 mai 1898.

(3) Macnaughton Jones. Primary Sarcoma of the Vagina, *The Lancet*, 1902, t. I, p. 439.

(4) In Launois. Soc. anat., 1883.

(5) Pozzi. *Traité de gynécologie.*

malades par généralisation, en un ou deux ans, malgré des ablations larges et étendues de la tumeur. Ces opérations semblent pourtant des plus indiquées, surtout s'il n'y a pas de ganglions, comme dans le cas que nous avons observé : c'est le seul moyen que nous possédions de prolonger un peu la vie de ces malheureuses, en leur évitant les souffrances d'une tumeur vulvaire ulcérée.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(22 JUILLET 1902)

M. Proust continue la lecture de son rapport annuel sur les **épidémies**. C'est de la peste qu'il s'occupe aujourd'hui. Dans cette question de la peste et surtout de la peste à bord, c'est toujours le rat qu'il faut viser. Tout navire contenant des rats pesteux doit être soumis aux mêmes mesures que tout navire ayant à son bord des cas de peste humaine. Il faut donc exercer une surveillance constante sur l'état sanitaire des rats à bord et dans nos ports et s'appliquer à les détruire, c'est ce qui se fait maintenant à Marseille. On a recours, pour les navires, à la sulfuration après le déchargement. Malheureusement cette sulfuration après le déchargement n'est pas sans inconvénients au point de vue des intérêts commerciaux. Elle entraîne une perte de temps assez considérable et empêche de faire, à la fois, le déchargement et le chargement.

D'autre part, la sulfuration ne pourrait être faite avant le déchargement que dans les cas où le navire ne contiendrait que des marchandises sèches, les vapeurs de soufre altérant les marchandises humides. Enfin, la sulfuration ne détruit pas absolument tous les rats; un certain nombre parviennent à s'échapper des parties soumises à cette sulfuration.

Après la peste, M. Proust aborde l'étude de la fièvre jaune : elle a pris un grand développement au Mexique, en Colombie, aux Antilles, au Sénégal. Il est bien démontré aujourd'hui que les moustiques jouent un rôle considérable dans la propagation de la fièvre jaune comme les rats dans celle de la peste.

Les moustiques peuvent transmettre la fièvre jaune, comme le paludisme, la filariose. De trop nombreuses expériences ont été faites qui ne peuvent laisser aucun doute à ce sujet. Il y a eu, en effet, de nombreux cas dans lesquels la fièvre jaune a été communiquée à des personnes saines par des piqûres de moustiques. En entendant le récit de ces expériences, nous n'avons pu nous défendre d'une certaine stupéfaction en constatant la facilité avec laquelle elles ont été pratiquées. Elles ont été presque toutes suivies de mort.

Au cours de ce rapport, M. Proust a montré avec quel bonheur les Américains, en fort peu de temps et grâce à l'énergie des mesures adoptées, sont parvenus à éteindre complètement la fièvre jaune à Cuba : traitement des mares et des flaques d'eau par le pétrole, amendes considérables aux médecins en cas de non-déclaration immédiate des cas suspects, isolement absolu des malades, destruction de leurs linges et même de leurs habitations par le feu. En six mois et avec quelques centaines de mille francs, c'était fini.

Quant au choléra, il n'y a rien à en dire pour l'année 1901, mais il est bien à craindre qu'il fasse parler un peu plus de lui au cours de cette année.

M. Laveran insiste sur l'importance des expériences rappelées par M. Proust et sur le grand enseignement qu'elles comportent relativement à la nécessité d'arriver à la destruction des moustiques. D'ailleurs, on a déjà débarrassé la Havane de la fièvre jaune par la destruction des moustiques. On a déjà obtenu des résultats très satisfaisants à la Nouvelle-Orléans. Il faut aussi détruire les moustiques à bord des navires. C'est là une indication formelle au point de vue de la prophylaxie de la fièvre jaune. Il faut faire la désinfection des navires avant le déchargement. M. Laveran insiste, avec raison, sur la grande importance de ces mesures et il regrette que M. Proust n'y ait pas insisté davantage dans son rapport.

M. Roux fait observer que, d'après les travaux les plus récents d'une commission américaine, on n'a pu encore parvenir à déterminer la nature du microbe qui donne la fièvre jaune. Il résulte d'une expérience très intéressante de l'un des membres de cette commission, que ce microbe passe à travers les filtres et qu'il est si petit qu'il est invisible au microscope.

M. Chantemesse a communiqué un travail intéressant sur le microbe de la **dysenterie épidémique**. Sa communication est à la fois une revendication de priorité et un exposé très complet de l'état de nos connaissances sur la maladie et son agent causal. Il rappelle que, dès 1888, dans un travail fait en collaboration avec M. Widal, il faisait connaître la découverte d'un bacille qu'il croyait pouvoir affirmer être le bacille spécifique de la dysenterie. Les recherches de Celli, celles du savant japonais Shiga et, plus récemment, tout un ensemble de travaux ont confirmé pleinement cette manière de voir. Quelques auteurs américains proposent maintenant de donner le nom de Shiga au bacille en question. M. Chantemesse demande, si les précédents scientifiques justifient un procédé qui frustre deux savants français de leur indéniable droit de priorité.

M. Chantemesse nous apprend que les dysenteries épidémiques ou sporadiques qui éclatent dans une région ou dans une autre sont provoquées par la culture intestinale de deux espèces microbiennes absolument différentes, une amibe et un bacille.

La dysenterie amibienne, observée pour la première fois en Égypte, frappe surtout les hommes adultes, et a d'ordinaire une marche chronique. La maladie dure des mois et des années; elle peut guérir ou se terminer par épuisement, par perforation intestinale et surtout par abcès du foie.

La dysenterie bacillaire se différencie de la première en ce qu'elle est surtout épidémique et infectieuse; elle peut tuer rapidement par son propre virus ou alors, évoluant d'une manière chronique, elle amène des ulcérations et des épaississements du gros intestin. Le bacille qui la détermine tient le milieu entre le coli-bacille et celui de la fièvre typhoïde; il est principalement reconnaissable à ce fait qu'il s'agglutine dans le sang des malades atteints de dysenterie depuis un certain nombre de jours.

Si on pouvait à la rigueur conserver des doutes sur le rôle spécifique de ce microbe dans la genèse et le développement de la maladie, les preuves directes ne manquent pas. Il y a le cas, rapporté par Flexner, de cet individu qui, ayant avalé des bacilles dysentériques, a eu une attaque de dysenterie caractérisée.

Plus probante encore est la démonstration faite par Strong, qui, ayant fait manger à un prisonnier philippin une culture

de bacilles dysentériques, a vu se manifester chez ce « sujet » une dysenterie typique avec présence de bacilles caractéristiques dans les garde-robes.

L'Académie a élu deux membres correspondants nationaux, MM. Deniger et Carles (de Bordeaux). MM. Kossel (de Heidelberg) et M. Guararchi (de Turin) ont été élus membres correspondants étrangers.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Guérison de la méningite tuberculeuse à sa période prodromique, par l'emploi répété des vésicatoires sur le cuir chevelu. — M. le professeur R. TRIPIER (de Lyon) a obtenu des guérisons à la période prodromique de la méningite tuberculeuse par le traitement suivant : raser le cuir chevelu et faire de la révulsion en appliquant au-dessus du front et parallèlement à lui des bandelettes vésicantes de 4 à 5 centimètres de largeur sur 10 à 12 de longueur.

Les classiques définissent ainsi la période prodromique : « Ce sont, d'une part, des troubles généraux, communs à diverses maladies, tels que la perte de l'appétit avec l'état saburral de la langue et de la constipation, en plus, parfois, avec des envies de vomir, et même des vomissements, un peu de fièvre survenant irrégulièrement ou même existant d'une façon persistante jusqu'à simuler une fièvre typhoïde légère, désignée aussi sous le nom d'embarras gastrique fébrile ou de fièvre muqueuse, mais le plus souvent avec des températures irrégulières. En même temps on remarque de l'amaigrissement avec pâleur de la face et un dépérissement qui, le plus souvent, a débuté une ou plusieurs semaines avant la période fébrile. D'autre part, ce sont des troubles du côté de l'encéphale ; d'abord un changement dans le caractère, dans la manière d'être habituelle de l'enfant qui cesse ordinairement de s'amuser, devient plus ou moins triste, grognon ou plaintif, qui estagité ou cherche, au contraire, à s'immobiliser, particulièrement lorsqu'il souffre de la tête, et à se mettre à l'abri de la lumière, lorsqu'il a de la photophobie. Ces derniers symptômes, joints aux phénomènes généraux, font songer à la possibilité ou même à la probabilité d'une méningite au début, à moins que le diagnostic permette d'éliminer l'hypothèse d'une fièvre typhoïde ou de toute autre affection, et surtout lorsqu'il existe des antécédents tuberculeux personnels ou héréditaires. »

Ce sont les cas traités par M. Tripier dans le cours de cette période qui ont toujours guéri ; tandis que les malades présentant les mêmes symptômes avec la moindre trace de contracture au niveau de la nuque ou des membres, ou avec des phénomènes de parésie plus ou moins localisés, avec les plus légers indices de strabisme, ou encore des convulsions généralisées, en somme avec les moindres contractures ou parésies indiquant la méningite confirmée, n'ont jamais guéri ni même été sensiblement améliorés par le même traitement qui réussit si bien lorsque les malades ne sont encore qu'à la période prodromique.

D'après M. Tripier, il ne survient pas d'albuminurie, et le procédé est supporté sans douleur. (*Prov. méd.*, 1902, n° 29).

S. L.

CHIRURGIE

Appendicite et oxyures. — M. BÉGOUIN a rapporté à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, l'histoire d'une jeune fille qui, depuis quatre ou cinq ans, présentait, sans cause connue, des douleurs dans la fosse iliaque droite. Il n'y avait pas de troubles intestinaux. En décembre dernier, on constata une petite tuméfaction de la grosseur d'une amande qui siégeait tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de la ligne de Mac-Burney.

Le diagnostic était hésitant entre une appendicite ou une ovarite. On enleva d'abord l'ovaire atteint d'ovarite kystique. Quand à l'appendice, il était un peu turgide, presque normal. Il fut enlevé également, et à l'ouverture, on trouva un bouchon formé de quinze oxyures, d'œufs d'oxyures et d'un fragment de pain. Les tuniques musculaires étaient intactes, mais il existait quelques ulcérations au niveau des follicules clos.

M. Bégouin rapproche ce cas de ceux rapportés par Metchnikoff, Lannelongue, Kirmisson, etc. Les trichocéphales, les ascarides étaient cependant seuls en cause dans ces divers cas. La présence des oxyures n'a été signalée qu'une fois par Routier. M. Bégouin conclut que la pathogénie de l'appendicite invoquée par Metchnikoff ne peut s'appliquer qu'à quelques cas particuliers : 1° parce que les selles de gens bien portants contiennent plus souvent des vers intestinaux que celles de gens atteints d'appendicite ; 2° en Chine, où les vers intestinaux sont très fréquents ; il y a très peu d'appendicites ; 3° au cours d'autopsies, on a trouvé des vers chez des individus qui n'avaient jamais eu de signes d'appendicite et sans lésion appendiculaire ; 4° il est très exceptionnel de rencontrer des vers dans les appendices enlevés chirurgicalement.

Au cours de la discussion qui a suivi M. VILLAR a cité trois cas personnels d'appendicite où les selles, examinées, ne présentaient pas de vers. M. Villar dit que dans les nombreuses interventions qu'il a pratiquées, il n'a jamais trouvé de vers dans l'appendice. M. Metchnikoff lui semble donc par trop affirmatif. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 juillet.)

F. R.

LE CENTENAIRE DE BICHAT

La Société française d'histoire de la médecine célébrait hier, ainsi que nous l'avions annoncé, le centenaire de la mort de Bichat.

A dix heures du matin, une soixantaine de personnes étaient réunies au Père-Lachaise. C'est là, en effet, que depuis 1845 — date de l'exhumation de ses restes qui auparavant se trouvaient au cimetière Sainte-Catherine — repose le corps de Bichat, non loin de ceux de Cuvier et Béclard, dans la 8e division, à droite de l'entrée principale.

Nous remarquons MM. les professeurs Blanchard et Brissaud ; Jeanselme, Gilbert Ballet, Gley, Guiart, agrégés de la Faculté ; Motet, membre de l'Académie de médecine ; Prieur, secrétaire général de la Société ; Coquerelle (de Beauvais), Verneau, de la Société d'anthropologie ; Huguet, de la même Société ; du Castel, de l'Académie de médecine ; Mme Féderoff, docteur en médecine, etc., etc.

La famille de Bichat était représentée par deux de ses petits-neveux, MM. Adet de Rosville et Estibal, descendants directs de Jean-Baptiste-César Bichat, frère de l'illustre physiologiste.

M. le professeur Blanchard, au nom de la Société française d'histoire de la médecine, a prononcé, devant la tombe de Bichat, un fort beau discours dont voici quelques passages :

« Messieurs,

Il y a aujourd'hui cent ans, la médecine française éprouvait la perte la plus cruelle et la plus prématurée. Xavier Bichat mourait avant d'avoir atteint sa trente et unième année, mais après avoir accompli les découvertes scientifiques de la plus haute valeur qui lui assuraient à jamais l'admiration des savants.

Sa mort, en ces temps troublés où tant de graves questions préoccupaient l'esprit public, fut envisagée comme une calamité nationale : « Bichat vient de mourir à trente

ans, écrivait Corvisart au premier consul; il est tombé sur un champ de bataille qui veut aussi du courage et qui compte bien des victimes, il a agrandi la science médicale; nul à son âge n'a fait autant de choses et aussi bien... »

Ce jugement de Corvisart, qui était ami personnel de Bichat, fut ratifié par ses contemporains; bien plus, la gloire du jeune anatomiste est allée en grandissant avec le temps; le recul des années permet de juger mieux l'ampleur de son œuvre, l'admirable originalité de ses conceptions et l'influence grandiose qu'il a exercée sur les progrès des diverses branches de la biologie. Aussi, le centième anniversaire de sa mort ne pouvait-il passer inaperçu.

Bien que de création récente, la Société française d'histoire de la médecine, eu égard au but qu'elle poursuit, a pensé qu'il lui appartenait de célébrer cette date à jamais mémorable et de rendre à Bichat un hommage d'admiration et de pieux souvenir... »

Après avoir rapidement parcouru la carrière si bien remplie de l'illustre savant, l'orateur poursuit :

« ... Bichat est l'une des gloires les plus pures et les plus resplendissantes de la médecine française. L'impulsion vigoureuse qu'il a imprimée à la marche de la science a été le promoteur de tous les progrès splendides réalisés par la biologie depuis un siècle : Laënnec, Claude Bernard, Pasteur, tous les noms les plus illustres de la science se rattachent directement à lui : il a été le levier qui a secoué le vieux monde scientifique endormi dans les ténèbres; il a été le rayon qui a percé les nuages; il a été l'étincelle qui a définitivement allumé le flambeau de la science biologique. A tous ces titres, il mérite la vénération et l'admiration sans bornes de tous ceux qui aiment la science et lui consacrent leur vie. C'est, animé de tels sentiments, qu'au nom de la Société française d'histoire de la médecine, je dépose des fleurs sur la tombe qui renferme ses restes. »

Des fleurs sont ensuite déposées par M. R. Blanchard, au nom de la Société française d'histoire de la médecine, et par le président de la nouvelle Association des étudiants en médecine.

A quatre heures, nouvelle réunion plus considérable devant la maison portant le numéro 14 de la rue Chanoinesse, où mourut Bichat. Sur cette maison, qui a été retrouvée grâce aux recherches patientes de M. Prieur, on lit l'inscription suivante :

Xavier Bichat est mort dans cette maison le 3 thermidor an X. — Cent ans après, la Société française d'histoire de la médecine fit apposer cette plaque en signe de pieux hommage.

M. Blanchard prononce encore quelques paroles, puis on se rend au grand amphithéâtre de la Faculté où se trouvent, outre les personnes citées plus haut, les professeurs Tillaux, Landouzy et Déjerine; MM. Lucas-Championnière, Poirier, Julien; M. Maurice Quentin, représentant le conseil municipal.

Prennent successivement la parole : MM. le professeur Tillaux, au nom de la Faculté; Maurice Quentin, au nom de la Ville; Poirier, au nom de la Société de chirurgie; Gley, au nom de la Société de biologie, et Albert Prieur, qui prononce un dernier et bel éloge de Bichat au nom de la Société d'histoire de la médecine.

« Bichat, dit-il, a été le lien qui a uni l'ancienne médecine à la nouvelle.

Le génie de Bichat consiste non pas à avoir détruit et à reconstruire : c'est à avoir construit *ceci avec cela*...

Quand il arriva, malgré la prescience superbe de Bordeu, la séductrice imagination de Cabanis, les tentatives méthodiques de Pinel, les idées étaient éparses. Chaque doctrine s'offrait, tentante par le nom même de celui dont elle se réclamait : dans toutes il y avait une part d'indiscutable vérité, et une part d'erreur que le maître cachait par des artifices en rapport avec son tempérament.

Il y avait bien une anatomie, une physiologie, une anatomie pathologique, une pathologie générale; mais non seulement il y avait dans chaque groupe un tas de choses hors d'usage, mais encore chacun d'eux semblait s'être retranché à l'écart des autres et vouloir vivre de sa propre vie...

Xavier Bichat arriva, qui voulut mettre de l'ordre et voir clair. Comme ce n'était pas un démolisseur, il voulut vérifier chaque objet afin d'en garder le plus possible.

Il fit les choses vite, car il était pressé, mais il les fit bien, car il avait l'esprit droit.

Il vérifia l'anatomie par les dissections, la physiologie par des expériences, l'anatomie pathologique par des autopsies, la pathologie par la clinique. »

Ainsi fut dignement louée, grâce à l'initiative de la Société française d'histoire de la médecine, la mémoire de l'auteur du *Traité des membranes*, des *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, et de l'*Anatomie générale*.

Notons qu'une médaille commémorative du centenaire de Bichat a été frappée par souscription; elle porte au revers l'inscription suivante :

X. BICHAT
NÉ LE 14 NOVEMBRE 1771,
DÉCÉDÉ LE 3 THERMIDOR AN X.
LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE
CÉLÈBRE LE CENTENAIRE DE SA MORT
LE 22 JUILLET 1902.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Décret réglementant l'emploi du blanc de céruse dans les travaux de peinture en bâtiment. — M. le ministre du Commerce a fait signer à M. le président de la République le décret suivant :

« ARTICLE PREMIER. — La céruse ne peut être employée qu'à l'état de pâte dans les ateliers de peinture en bâtiment.

ART. 2. — Il est interdit d'employer directement avec la main les produits à base de céruse dans les travaux de peinture en bâtiment.

ART. 3. — Le travail à sec au grattoir et le ponçage à sec des peintures au blanc de céruse sont interdits.

ART. 4. — Dans les travaux de grattage et de ponçage humides, et généralement dans tous les travaux de peinture à la céruse, les chefs d'industrie devront mettre à la disposition de leurs ouvriers des surtouts exclusivement affectés au travail, et en prescriront l'emploi. Ils assureront le bon entretien et le lavage fréquent de ces vêtements.

Les objets nécessaires aux soins de propreté seront mis à la disposition des ouvriers sur le lieu même du travail.

Les engins et outils seront tenus en bon état de propreté, leur nettoyage sera effectué sans grattage à sec.

ART. 5. — Les chefs d'industrie seront tenus d'afficher le texte du présent décret dans les locaux où se font le recrutement et la paye des ouvriers. »

L'inoculation de la tuberculose à l'homme. — M. le docteur Garnault, qui s'était inoculé la tuberculose bovine il y a quelques semaines sans résultats, vient de renouveler son expérience.

La médecine chez les Annamites. — Rien de plus curieux que la consultation d'un médecin chinois chez un riche Annamite.

Il n'est pas nécessaire que le médecin soit en contact direct avec le patient pour bien saisir son affection au battement de ses artères. On raconte que les médecins de Hué, qui ne pouvaient pénétrer, d'après les usages et les rites du palais, dans le

harem du monarque, arrivaient tout de même à établir journellement la clinique des femmes malades aimées du roi. Ils leur faisaient attacher autour du poignet un fil de soie qui communiquait avec l'extérieur par des trous ménagés dans la cloison épaisse Les célèbres médecins de Sa Majesté annamite arrivaient ainsi, dit-on, à connaître toutes les maladies des favorites royales sur le visage desquelles les simples mortels ne pouvaient jeter leurs yeux sous peine de mort.

L'opération du tâtement du pouls est toujours solennelle, car les médecins doivent tout reconnaître, à sa plus ou moins grande force ou à sa variation. Les Annamites sont persuadés que leurs médecins possèdent à cet égard une science supérieure à celle des universités occidentales, et qu'ils ne peuvent se tromper s'ils sont tant soit peu habiles dans leurs diagnostics.

Après avoir inspecté le pouls d'un patient, l'esculape doit dire sans se tromper : « Vous avez telle ou telle maladie, son siège est à tel endroit, elle débute de telle et telle manière, vous avez chaud ou froid *dans le ventre*, etc., etc. » Les Chinois, dans leurs livres médicaux, reconnaissent l'existence de deux grands principes, le froid et le chaud. C'est dans ces deux catégories que sont classées toutes les maladies humaines, et c'est à l'opposition, à la lutte que se livrent ces deux principes dans l'organisme, que se rapportent les souffrances qui assiègent le genre humain (1).

L'image du Christ. — On se rappelle la communication faite à l'Académie des sciences par M. Delage, professeur à la Sorbonne, sur l'image de la face et l'empreinte du corps du Christ que M. Vignon, docteur ès sciences et préparateur à la Faculté des sciences de Paris, a relevées sur le suaire de Turin.

(1) Extrait de : *La vaccine en Cochinchine et les idées chinoises sur la variole et la variolisation*, par le docteur Mougeot.

M. Delage revient sur cette question et annonce à l'Académie qu'un savant belge, M. Vanwelt, désireux de voir si la chose était possible, est arrivé à reproduire l'image du corps émettant des vapeurs ammoniacales sur des linges enduits de substances d'aloès.

On sait que ce corps parfumé entrait dans les procédés d'ensevelissement en usage dans l'antiquité.

Ces images seraient également d'une netteté parfaite. La communication de M. Delage se borne à cette constatation.

Hôpital Broca. — *Clinique gynécologique.* (Service de M. le professeur Pozzi.) — L'ouverture du cours de vacances par MM. Beaussenat, Bender, Zimmern est reportée au lundi 28 juillet, à deux heures, dans l'amphithéâtre de la Clinique.

Le cours et les manipulations au service d'analyse et de chimie appliquée à l'hygiène (troisième année) commenceront en novembre.

Ce cours s'adresse spécialement aux médecins, aux pharmaciens et chimistes industriels.

S'adresser, pour renseignements, Institut Pasteur, 26, rue Dutot.

Les fonctions hépatiques, par MM. A. Gilbert et P. Carnot. Petit in-8°, cart. — Paris, G. Naud.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. IMPRIMERIE F. LEVE, R. CASSETTE, 17

N° 83. — SAMEDI 26 JUILLET 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 26 JUILLET 1902. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Chirurgie radicale du varicocèle. [Conception et méthode thérapeutique, procédés opératoires classiques (1).]

Par M. le docteur L. LONGUET,
Professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Rouen.

B. PROCÉDÉS DE LA DEUXIÈME CLASSE. — *De la scrotectomie typique.* — *Définition.* — La résection seule des téguments scrotaux exubérants, ou *scrotectomie*, est une méthode dont le but primitif essentiellement radical est de supprimer l'élément accessoire de la maladie, c'est-à-dire l'excès d'étoffe enveloppante. Elle n'est donc *théoriquement* qu'une thérapeutique de deuxième plan. Mais *en fait*, sa bénignité supérieure à celle de tous les autres modes d'action et sa suffisance, non seulement comme curative de l'élément pathologique accessoire, mais aussi comme modificatrice médiate de l'élément principal, lui a progressivement fait décerner la place première qu'elle occupe aujourd'hui dans le traitement du varicocèle.

Historique. — La scrotectomie — nous le savons déjà — fut conçue et appliquée par Dionis à la fin du XVIIe siècle, et surtout par A. Cooper (1831), B. Cooper, Luke (1841), en Angleterre, Velpeau (1844), Voillemier, en France, dans la chirurgie préantiseptique.

Sa renaissance se fit en Amérique, en 1871, sous l'influence de Henry (de New-York), en 1871, suivi de Barton, Rey, Watson, Maclean, Goelet (2), Lydston [1883 (3)]; enfin elle ne tarda pas à reparaître en France, en 1885. Wickham, dès cette époque, a chez nous attaché son nom à cette scrotectomie, dont il réunissait sans peine, dans sa thèse devenue classique, une vingtaine d'observations, sans parler des interventions mixtes dans lesquelles elle figure. Parmi ceux qui, par leurs publications, ont contribué au succès de la résection scrotale, nous citerons Forgue et Reclus (1886), Segond (1889), Lucas-Championnière (1889), Annequin [1894 (1)], Dardignac [1895 (2)], Doubre (3), Rostaing (4), Bonnet (5), Montbernard (6), Baissas (7), Saussol [1897 (8)], Escat [1898 (9)], Barbiere (10) et Chavier [1898 (11)], Véron (12), Lejars (13), Berger (14), Routier (15), Etourneau [1900 (16)].

Technique. — Avant d'aborder la description de la scrotectomie, il convient de mentionner des tentatives qui visent au même but, sans enlever de téguments. De même que la *phlébectomie* fut tout d'abord préparée par la ligature et en particulier par la *ligature sous-cutanée* des veines, dite procédé de Ricord, dont la vogue fut grande, parce qu'elle réalisait la phlébectomie sans excision veineuse ; de même, la *cure radicale scrotale* a été essayée, sans excision scrotale, par la *ligature sous-cutanée du scrotum*, sorte de scrotectomie sans résection tégumentaire. Nimier (17) a recommandé cette

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 80, p. 801.
(2) GOELET. *North.-Carol. med. Journ.*, octobre 1883.
(3) LYDSTON. *Chicago med.*, octobre 1883.

(1) ANNEQUIN. *Dauphiné méd.*, mars 1894 ; — in Th. de ROSTAING, Lyon 1896-1897 ; — in JACQUES. La cure radicale du varicocèle par la méthode d'Annequin, *Journ. des prat.*, Paris 1900, et ANNEQUIN, *Arch. de méd. milit.*, août et septembre 1899.
(2) DARDIGNAC. Le traitement du varicocèle, *Rev. de chir.*, 1895, et pince présentée par Peyrot à la Société de chirurgie, 31 juillet 1895.
(3) DOUBRE. *Bulletin méd.*, 2 juin 1897, n° 44, pp. 515 et 167.
(4) ROSTAING. *Procédé d'Annequin à l'aide du clamp de Baissas*, Th. de Lyon, 1896-1897.
(5) BONNET. Cure radicale du varicocèle, *Arch. de méd. et de chir. milit.*, t. XXI, p. 379 ; exposé du procédé de Thiersch.
(6) MONTBERNARD. Th. de Paris, 1897.
(7) BAISSAS. In *Dauphiné méd.*, et in DOUBRE. *Bull. méd.*, 2 juin 1897
(8) SAUSSOL. Th. de Paris, 1897.
(9) ESCAT. Etiologie et traitement du varicocèle, *Presse méd.*, 5 février 1898, n° 12.
(10) BARBIERE. *Gaz. des hôp.*, 29 septembre 1898.
(11) CHAVIER. *Id.*, 1898, n° 140.
(12) VÉRON. Présentation d'une pince-clamp, *Bull. méd. de l'Algérie*, Alger 1900.
(13) LEJARS, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1900.
(14) BERGER. *Id.*, 1900.
(15) ROUTIER. *Id.*, 1900.
(16) ETOURNEAU. *Arch. de méd. navale*, 1900, p. 145.
(17) NIMIER. *Rev. de chir.*, 1898, n° 10, p. 929. L'auteur décrit ainsi cette ligature sous-cutanée :

Le testicule étant refoulé contre le pubis, pendant qu'une main tient la région inférieure des bourses étalée en tablier, le chirurgien situé à gauche du malade engage dans le bord gauche du tablier scrotal, au ras des doigts de l'aide, une aiguille de Reverdin droite. Celle-ci est poussée sous la face profonde du derme de la paroi antérieure des bourses jusqu'au bord scrotal droit qu'elle perfore. Puis on la retire avec l'un des chefs d'un fil de soie, l'autre chef étant laissé en place. Ceci fait, on réintroduit l'aiguille par la même piqûre sur le bord scrotal gauche, et, après qu'elle a cotoyé cette fois la face profonde du derme de la paroi

manière de faire ; actuellement il semble y avoir renoncé pour employer l'opération de Parona, que nous décrirons ultérieurement (1) dans une autre étude sur le traitement palliatif du varicocèle.

En sa technique, la scrotectomie fut tour à tour réalisée par excision très *parcimonieuse*, puis par excision excessivement *large* ; mais après tâtonnement, on s'est tenu à un radicalisme moyen qu'exprime la formule suivante de Wickham : « L'excision de la peau des bourses ne commence à être efficace, que lorsque la suspension dépasse celle susceptible d'être obtenue par le suspensoir le mieux fait et le mieux appliqué. Il faut ne laisser du scrotum que l'étendue indispensable pour recouvrir les testicules. » Ce n'est donc pas par une plus ou moins grande étendue dans la résection que les procédés diffèrent entre eux. Ce n'est pas non plus par l'unilatéralité ou la bilatéralité de l'exérèse, car si A. Coöper fit la scrotectomie unilatérale du côté malade, chacun a reconnu depuis Henry et Wickham qu'il est préférable de recourir à une excision unique, médiane, symétrique et antéro-postérieure, sur le raphé (2). On désigne généralement cette manière de faire sous le nom de *résection bilatérale unique* du scrotum. Elle a l'avantage d'emprunter en parties égales les téguments aux deux côtés et par conséquent de porter son efficacité sur les deux côtés à la fois.

Le point capital qui sépare les chirurgiens consiste, à mon sens, dans la manière de pratiquer l'hémostase. Les uns font l'*hémostase médiate*, après pincement ou ligature préventive ; les autres, au contraire, font l'*hémostase directe* et pincent ou lient les vaisseaux à ciel ouvert, à mesure qu'ils se présentent saignants dans le champ opératoire. D'où deux groupes de procédés distincts, que réunit une manœuvre préliminaire commune. Celle-ci consiste tout d'abord à refouler les testicules et leurs cordons, aussi haut que possible contre le pubis, et à les maintenir en cette situation par la main de l'opérateur ou de l'aide (3).

L'*hémostase médiate* fait partie intégrante de deux procédés : celui des pinces, celui des ligatures préalables, soit en tout trois procédés à décrire : procédé d'hémostase médiate instrumentale ; procédé d'hémostase médiate par ligature ; procédé d'hémostase directe à ciel ouvert.

postérieure des bourses, on la fait sortir par le bord scrotal droit où elle charge l'autre chef du fil de soie ; puis on retire définitivement l'instrument. En tirant sur les deux extrémités du fil, qui émerge du bord gauche des bourses, on fait disparaître dans le sac scrotal l'anse de fil qu'on aperçoit sur le bord droit, au-dessus des doigts de la main gauche de l'aide. On serre modérément les bouts libres du fil et on les coupe au ras de la peau, sous laquelle le nœud s'enfouit complètement. La paroi inférieure froncée des bourses pend au-dessous du suspensoir naturel qui renferme les testicules. Le segment inférieur vide du scrotum revient peu à peu sur lui-même et au bout d'un certain temps, on ne remarque plus d'étranglement des bourses, au niveau de la ligature.

(1) Nimier. *Bull. de la Soc. de chir.*, 12 juillet 1899, avec présentation d'un malade opéré par le procédé de Parona.

(2) Tillaux, cependant, fit la résection transversale au-dessous d'une pince à kyste de l'ovaire. Il se contenta de couper de gauche à droite (*Tribune méd.*, 1889, nº 7).

Dardignac fit de même (1894) pour éviter plus sûrement l'artère de la cloison.

J'ai pratiqué dans un cas cette scrotectomie bilatérale unique *transversale*. Le résultat esthétique m'a paru moins bon qu'avec la scrotectomie bilatérale unique médiane. Il persistait une petite oreille à chaque extrémité de la suture. En outre, il m'a paru difficile de faire ainsi une résection scrotale aussi étendue qu'avec l'excision médiane.

(3) L'attitude du malade est pour tous les chirurgiens celle du décubitus dorsal. Annequin, au contraire, et Dardignac quelquefois, mettent leurs opérés dans l'attitude de la taille.

a. *Procédé d'hémostase médiate instrumentale* (Henry, Wickham, etc.). — L'opération comprend deux temps. — *Premier temps : résection cutanée après hémostase préventive.* — Au ras des testicules fortement reclinés, sur la ligne médiane, d'avant en arrière ou d'arrière en avant, les téguments étalés en éventail sont coincés en bloc dans les branches d'un instrument. Afin d'exciser du scrotum autant d'étoffe que possible, et avant le pincement définitif, il convient d'attirer avec les doigts ou des pinces à griffes au-dessous du clamp, tout ce qui se laisse attirer, à part le testicule et les éléments du cordon. Il n'y a point d'inconvénient à empiéter sur la peau du périnée ; par contre, c'est une faute que d'entamer celle de la verge, car son excision pourrait gêner l'érection. Le clamp, bien placé, est alors serré énergiquement. Il est rare qu'il glisse de sa situation, cependant pour plus de précautions, quelques opérateurs assurent sa fixité, soit par quelques points de suture, soit par la traversée du scrotum par des épingles qui forment une ligne d'arrêt.

La liste est grande et variée des clamps qui ont été imaginés pour la scrotectomie. En allant des plus spéciaux, souvent les plus complexes, jusqu'aux instruments de la plus simple chirurgie courante, nous citerons :

1. Le *clamp de Henry*, sorte de compas dont l'articulation est mise sous le périnée et dont les branches incurvées, cannelées et fendues reproduisent la courbure normale du raphé scrotal.

2. Le *clamp de Wickham*, qui diffère peu de celui imaginé par Horteloup pour la méthode mixte.

3. Le *clamp de Baissas*, adopté par Annequin, par Barbiere, par Wissemans, est d'une forme très élégante. Le bord convexe en est dentelé : chaque dent est séparée de sa voisine de 4 millimètres et est munie d'un trou pour passer des fils, à l'extrême fond de chaque espace interdentaire. Comme pour beaucoup d'autres, la solidarisation des deux lames est obtenue au moyen d'une vis à chaque extrémité.

4. Le *clamp de Delorme* est représenté par deux lames de liège qu'on réunit l'une à l'autre à travers le scrotum par des épingles.

5. La *pince de Dardignac* (1) présente un protecteur mobile démontable ; elle n'a pas d'articulation terminale, malgré ses dimensions considérables.

6. La *pince de Bazy* n'est en somme qu'un clamp double (Escat).

7. La *pince-clamp de Véron* est d'un modèle différent.

8. La *grande pince courbe à ovariotomie* fut surtout préconisée par Le Dentu (1887). Mais comme une de ces pinces serait à elle seule de longueur insuffisante, ce chirurgien a montré comment l'on parvient, en étageant trois de ces instruments d'avant en arrière, à reproduire la courbure nécessaire à la réfection d'un raphé surélevé (2).

J'ai successivement employé des longues *pinces élastiques à pylorectomie*, puis de simples *pinces de Kocher*, puis des *pinces à mésentère*, enfin mes *pinces à dix dents*, étagées en

(1) Dont l'idée lui aurait été suggérée par Bazy.

(2) Le Dentu. Le premier clamp courbe est placé de telle manière que sa courbure est tournée en avant, puis on excise les téguments au-dessous de lui. On place ensuite le deuxième clamp, concavité en haut, et l'on excise la portion de scrotum qui lui correspond. Enfin le clamp postérieur est placé convexité en haut, puis le restant de la peau est excisé. En sorte que l'excision des enveloppes se fait en trois fois. Les fils profonds sont placés avant chaque enlèvement de pince. Tuffier se sert lui aussi de deux bons clamps ordinaires engainés de caoutchouc.

nombre suffisant sur le raphé. Toutes ces pinces, même et surtout les plus simples, peuvent suffire, comme Dieu l'a déjà fait remarquer.

Avant d'exciser le scrotum, et dès que les pinces sont serrées, il faut préparer le plan des sutures profondes. Pour cela, toute une rangée de fils de soie ou de crin, au nombre d'une trentaine environ, est passée à travers les téguments scrotaux, au-dessus du clamp ; chaque fil est espacé de 5 à 6 millimètres de son voisin. L'aiguille de Reverdin sert à cet embrochement de part en part. Annequin a bien insisté sur la valeur de cette manœuvre, qui empêche les tuniques de se rétracter ainsi que leurs vaisseaux à des profondeurs inégales après la section. Les extrémités de ces fils sont réunies de chaque côté en quatre ou cinq faisceaux, au moyen de pinces hémostatiques qui évitent de les entremêler. Telle est, d'après Annequin, la meilleure manière de préparer la suture profonde.

Comme particularité, Chavier et Latouche font la suture profonde avec un fil muni d'une aiguille à ses deux bouts, alternativement passée par le même trou : c'est la *suture à double aiguille ou du cordonnier*. Etourneau recommande une *suture préalable verticale alternante* par des points en U.

Dans le même but d'obvier à une rétraction tégumentaire après l'ablation des pinces, comme aussi dans celui de réaliser l'hémostase médiate, Horteloup avait imaginé une technique beaucoup plus grossière. Immédiatement au-dessus de son clamp, il plaçait à droite et à gauche un tube de plomb perforé de place en place, puis il réunissait ces deux tubes par des fils d'argent au nombre de douze à quinze, qui traversaient le scrotum ; enfin des tubes de Galli serraient chaque fil à ses extrémités. Allant plus loin encore, Horteloup préparait même la suture superficielle en traversant le scrotum, comme le faisait d'ailleurs Henry, par des épingles placées entre les deux lames qui constituaient de chaque côté son clamp. Actuellement, les tubes de Galli, les lames de plomb, comme le clamp spécial, peuvent s'apprêter à passer à l'histoire, pour faire place au seul usage des pinces, des fils et des aiguilles ordinaires munies comme de coutume.

Le pincement préventif et le placement des fils de la suture profonde terminés, l'excision de tout ce qui dépasse la pince est fait en quelques coups de bistouri ou de ciseaux. Il suffit, avec ces instruments, de couper au ras de la convexité du clamp. Le temps n'est plus où l'on s'en tenait, comme le recommandait Williams, au seul pincement, en confiant à la nature le soin de faire tomber l'excès de téguments, avec la chute de la pince, par gangrène, le cinquième ou le sixième jour (1).

Deuxième temps : Suture profonde et suture superficielle. — Les clamps devenus inutiles sont enlevés. Les fils profonds hémostatiques sont serrés ; puis, après que l'opérateur s'est assuré qu'il ne se produit aucune hémorragie, une suture superficielle dite d'affrontement est conduite de l'une à l'autre extrémité de la plaie, soit par surjet, soit par points séparés (2). Pour faire bien, il convient d'éviter tout recroquevillement. C'est pour ce motif que Annequin recommande de passer la sonde cannelée entre les surfaces cruentées de chaque point de suture. Dans la technique très primitive d'Horteloup, la suture superficielle, après placement préalable d'épingles, consistait à jeter sur chaque épingle une suture entortillée. Puis les extrémités pointues de ces épingles, laissées en place, étaient soit réséquées, soit recouvertes de cire au niveau de leur tête et garnies de morceaux de liège au niveau de leurs pointes laissées à demeure, comme le faisait déjà Henry (1).

(1) Wickham fit remarquer qu'on pouvait se prémunir de toute hémorragie en faisant avec le thermo cette section scrotale sous les pinces, ce qui n'empêche pas la réunion par première intention, ainsi que les expériences de Reclus l'ont démontré.

(2) Afin d'éviter toute hémorragie tardive, Annequin ne serre les sutures superficielles qu'après une attente de dix minutes, pendant lesquelles on peut faire, s'il y a lieu, la torsion ou la ligature des artérioles maintenues à proximité de la branche.

b. *Procédé d'hémostase médiate par des fils.* — Ce procédé mis en usage par A. Cooper, Voillemier, et plus récemment par Lejars (2), est très semblable au précédent. Il n'en diffère que par ce fait fondamental que les pinces sont supprimées et que leur rôle est confié exclusivement à des fils. C'est dans un même but hémostatique, que Guelliot [1895 (3)] et Schwartz [1896 (4)] ont recommandé les points profonds en U ; toutefois ces chirurgiens n'en parlent que comme hémostase terminale et non préventive.

Premier temps. Résection cutanée après hémostase préventive. — Le scrotum est traversé par une ligne de sutures en anse, disposées suivant une ligne courbe ou arciforme, qui représente la ligne des sutures profondes. Lejars, dans ce but, se sert d'anses de catgut. Ces fils une fois serrés, le scrotum est excisé à une certaine distance au-dessous de cette rangée profonde.

Deuxième temps. Suture profonde et suture superficielle. — La suture profonde est renforcée s'il y a lieu ; ou bien elle est serrée, si cela n'a été fait avant la section des téguments scrotaux. On termine par une suture superficielle d'affrontement.

c. *Procédé d'hémostase directe.* — Le *procédé de Championnière* (5) se caractérise par une ligature *directe* et *massive* des vaisseaux.

(1) La technique de Bazy, telle qu'elle est décrite par Escat (*Presse méd.*, 6 février 1898), ne comporte pas de sutures profondes : après pincement et excision, on passe, au-dessous de la pince et des clamps, des crins de Florence très serrés. Les clamps étant enlevés, les fils soulevés et tendus par un aide assuraient l'hémostase. On les nouait avec soin, car un défaut d'affrontement peut entraîner la production d'un hématome scrotal. Ce dernier temps de suture étant toujours long à cause de la minceur et de la rétractilité de la peau, on remplaça, sur le conseil d'Escat, cette suture par un surjet au catgut ; avec la pince et le surjet, le procédé de M. Bazy dure à peine quelques minutes, il représenterait le procédé de choix. Par ce surjet, l'affrontement et par suite l'hémostase sont bien assurés. Au huitième jour, on sectionne les deux bouts de surjet, si le catgut n'est pas résorbé, ce qui arrive par exemple avec le catgut au formol, on tire sur l'un des bouts, le catgut suit sans désunir la plaie. « M. Bazy, dit Sébileau (in *Traité de chir.* de Le Dentu, Delbet), se garde de l'hémorragie en exerçant, avant d'enlever la pince, une traction sur les fils, pris en faisceaux, ce qui coude les vaisseaux et les empêche de saigner. Il importe de nouer chaque fil en tirant toujours. » Sébileau préfère la ligature, c'est qu'en effet si un surjet bien fait assure l'hémostase de la peau, il ne peut rien contre l'artère de la cloison, lorsque celle-ci a été tranchée haut, comme cela est prévu dans une résection non parcimonieuse.

(2) Lejars. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1900.

(3) Guelliot. Ce chirurgien pour toutes les sutures scrotales, à la suite de castration ou de scrotectomie, a recommandé, dans un but hémostatique, de faire un premier plan de sutures profondes en U, au crin de Florence, suivi d'une suture superficielle par surjet en points séparés. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, oct. 1895, p. 926, 927.

(4) Schwartz, dans le même but, fait des points profonds en U, mais il les serre sur de petits rouleaux de gaze iodoformée. C'est là une suture en capiton, d'après Goupil. (In Goupil : Th. de Paris, 1896.)

(5) L. Championnière. In Doutric. La cure radicale du varicocèle, *Bull. méd.*, 2 juin 1897, n° 44, p. 585.

Premier temps. — *Excision première du lambeau*, comprenant la peau et le tissu cellulaire. Aussitôt ces tissus se rétractent fortement, mettant à nu les couches sous-jacentes.

Deuxième temps. — *Ligature en masse* de toutes les autres tuniques dans une suture *en chaine*, analogue à celle employée par l'auteur pour la cure radicale de hernie, et faite au catgut. Elle sert de suture profonde et reste à demeure.

Troisième temps. — *Excision terminale des enveloppes profondes en excès.* Lorsque la ligature en chaîne est complète, on excise en avant de celle-ci tous les tissus, et l'hémostase étant bien vérifiée sur la surface de section, un deuxième plan de suture superficielle rapproche les lèvres de la peau.

Le procédé qui suit et auquel j'ai eu recours est celui qui se rapproche le plus de la chirurgie courante; il est assimilable à l'excision d'un lambeau quelconque. L'hémostase est faite *individuellement* pour chaque artère ou artériole, et par *pincement terminal* (1).

Premier temps. — *Excision première du lambeau*, suivant les dimensions voulues, au-dessous des doigts de l'aide servant de conducteurs et de protection pour le testicule; ces doigts ne cherchent nullement à assurer l'hémostase préventive. Bien au contraire, le but à obtenir est de laisser saigner tous les vaisseaux afin de bien les voir, et de les traiter séparément et de n'en laisser aucun inaperçu.

Deuxième temps. — *Hémostase individuelle* de tout ce qui saigne sur la tranche de section, largement étalée, et asséchée par compression à l'aide de tampons. Chaque vaisseau est pincé à ciel ouvert, puis ligaturé isolément.

Troisième temps. — *Suture superficielle seulement.* Les bords de la section sont rapprochés progressivement par des points de suture en surjet ou séparés (2).

Chacun des procédés de scrotectomie a ses défenseurs très convaincus; aucun ne peut être rejeté, parce que chacun a donné des succès en nombre suffisant; ensuite parce que la critique n'est permise que si on l'a expérimenté soi-même. Toutefois, je suis de ceux qui pensent que tous les clamps à instruments spéciaux sont inutiles, et qu'il faut pour une opération d'une telle simplicité rester avant tout chirurgien, et appliquer les règles les plus usuelles de la chirurgie courante. Ici, comme ailleurs, c'est vers la simplicité que doivent tendre nos efforts (3).

Valeur de la scrotectomie. — Trois qualités maîtresses sont en faveur de cette méthode et sont hautement proclamées par les chirurgiens aujourd'hui en très forte majorité qui la considèrent comme le traitement de choix du varicocèle. Elle a pour elle son innocuité, sa simplicité, sa grande efficacité.

(1) Je ferai remarquer que les ligatures massives, malgré leur multiplicité, perdent de plus en plus de terrain, même dans la chirurgie abdominale pour la confection des pédicules.

(2) La technique indiquée par Forgue et Reclus dans leur traité de thérapeutique chirurgicale, est intermédiaire entre le premier et le troisième procédé. Elle consiste à faire l'excision après pincement; puis à enlever les pinces, ensuite à faire l'hémostase directe, enfin à terminer par suture superficielle. C'est cette technique qu'emploie Sébileau, *Traité de chirurgie* Duplay-Reclus. La vaste brèche, fait-il remarquer, laisse à découvert le canal déférent et ses satellites veineux. « Dans ces cas, il est plus sage, après avoir réséqué le scrotum, de pratiquer la ligature et l'excision des vaisseaux funiculaires postérieurs. L'artère spermatique n'est plus là » (Sébileau).

(3) Je mentionne seulement pour mémoire un procédé d'exception indiqué par Delorme, (*Gaz. des hôp.*, 1898, n° 134) et qui consiste après la résection scrotale en croissant transversale, à refermer la plaie, et à soutenir les testicules par une *sangle de peau autoplastique* prise sur la paroi abdominale, sous forme de deux lambeaux pubiens.

La *simplicité* est telle qu'elle est à la portée de tout chirurgien; c'est une des opérations les plus simples de la chirurgie. On passe un clamp en bonne place, on excise, on suture et tout est fait.

L'*innocuité* est évidente, parmi les autres méthodes aucune n'a une page aussi blanche de toute complication. On ne connaît aucune mort dans ces temps derniers.

L'*efficacité* est vraiment merveilleuse, inespérée même, puisque cette résection scrotale, qui ne s'adresse qu'à l'élément morbide accessoire, a comme curieux résultat, de produire un heureux effet sur la tumeur veineuse à laquelle, cependant, on ne touche pas : quelques-uns nous écrivent même, que les veines s'atrophient spontanément. Si donc il en est bien ainsi, pourquoi plus longtemps nous attarder sur le traitement opératoire du varicocèle? la question est jugée.

Mais ces trois arguments sont-ils vraiment sans réplique? Dire que la scrotectomie offre une *simplicité* plus grande que les autres méthodes, n'est pas exact. Je montrerai plus tard, qu'il y a, à mon sens, une opération plus simple encore que celle qui consiste à passer 60 points de suture dans un scrotum sans parler des fils spéciaux de ligature. Cette opération est la transposition extra-séreuse du testicule.

Quant à l'*innocuité*, elle est également contestable. La preuve en est qu'il faut compter avec quelques accidents, et ceux-ci ne sont pas exceptionnels. N'y a-t-il pas de temps à autres quelques accidents hémorragiques? Or, je suis suffisamment documenté sur ce point. Déjà, en 1885, la plupart des chirurgiens américains relatés par Wickham avaient signalé l'hémorragie comme relativement fréquente. Laissons de côté les cas d'hémorragies infectieuses consécutives, observées autrefois avant l'antisepsie, par Lydston, en 1883, et d'autres. Rappelons seulement qu'un de ces hématomes infectés, se compliqua de suppuration pelvienne mortelle dans une observation rapportée par Cattelin dans sa thèse en 1893.

Passons de suite aux primitives. Cinq observations de Horteloup, rapportées par Wickham, mentionnent cette complication. Mais, dira-t-on, dans cette technique, les veines funiculaires excisées systématiquement en même temps que le scrotum sont peut-être à prendre en considération. Ce à quoi l'on doit faire remarquer que ces mêmes veines procidentes et variqueuses sont parfois prises et excisées par l'opérateur, alors même qu'il ne cherche à faire qu'une simple scrotectomie. Voici d'autres faits : un sixième appartient à Lydston (1883), deux autres à Maclean; un autre à Pearce Gould (1886), et dans celui-ci, l'hématome fut si considérable que, malgré des incisions évacuatrices, les jours du malade furent en danger. Forgue et Reclus signalent un cas personnel où il y eut une légère hémorragie; et ils rapportent en outre celui d'un collègue qui faillit perdre d'hémorragie scrotale un jeune homme probablement hémophile. La thèse de Dunna, en 1891, n'en consigne pas moins de 5 autres cas, tirés de la pratique d'un même chirurgien. Dardignac mentionne trois autres accidents du même genre, Bonnet deux autres, Etourneau (1) trois autres, Cattelin 1 cas. Sébileau, chez un de ses opérés, par le procédé des clamps, eut une hémorragie si abondante que l'épanchement formait une tumeur remontant de chaque côté jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal, et exerçant une telle compression sur les veines du pénis qu'un pria-

(1) Etourneau. *Arch. de méd. navale*, 1900, p. 145.

pisme énorme et très douloureux se développa; il fallut faire sauter les points de suture. A cette liste, j'ai à ajouter une observation personnelle du même genre. Voici donc un relevé très impressionnant (29 cas) qui ne porte que sur les seuls cas publiés, sans parler de ceux probablement très nombreux qui sont restés dans l'ombre. Qu'est-ce à dire sinon que la scrotectomie, dit Sébileau, est une opération dangereuse? A cette manière de voir, on objecte que l'accusation ne vise que les scrotectomies faites par le procédé des clamps. Soit, ceci prouve seulement que l'avantage est aux opérations où l'hémostase est faite directement, ce que j'ai soutenu plus haut. Mais alors la scrotectomie n'est plus l'intervention idéalement simple, elle demande dix ou vingt minutes pour son exécution correcte, et douze à quinze jours pour la cure consécutive. Voilà qui ébranle singulièrement nos convictions premières sur la simplicité et l'innocuité de la seule résection scrotale partout proclamée la méthode de choix.

L'*efficacité* est-elle au moins indiscutable? A ce point de vue, les débuts de la méthode ne furent pas non plus bien heureux. Les premiers cas de A. Cooper se marquèrent, d'après Curling, par quatre récidives. Plus tard, la technique se perfectionna, et cependant Wickham (1), l'un de ses promoteurs, écrit encore en 1892, que « cette operation ne met pas à l'abri de la récidive ». Plus récemment, Robineau (2), en 1898, rapporte le fait d'un malade dont le scrotum avait été excisé, qui vit celui-ci reprendre les dimensions qu'il avait avant l'opération, au point qu'une seconde intervention devint nécessaire.

Pour être fixé définitivement sur ce point d'importance capitale, il faudrait réunir un certain nombre de statistiques étendues portant sur les résultats éloignés. Or, chaque chirurgien se contente de dire qu'il a revu un ou plusieurs de ses opérés après un temps suffisant en très bon état. Mais les chiffres manquent. Il n'existe, à ma connaissance, qu'un seul document de ce genre : c'est celui tiré de la pratique personnelle d'Annequin (3), qui a, de ce fait, une extrême valeur. Or, sur 67 scrotectomies, 21 ont récidivé partiellement et 1 s'est marquée par une absence totale de bénéfice. Soit l'énorme proportion de 32,88 p. 100 d'insuccès.

Rappellerons-nous enfin que l'accord est unanime parmi les défenseurs de la scrotectomie, pour avouer que l'action sur les veines, c'est-à-dire sur l'élément principal, n'est que *médiate et modificatrice*, problématique même? Il est un moyen de parer à cette dernière attaque. C'est de dire que le varicocèle n'est pas toujours semblable à lui-même, qu'il se présente tantôt sous la forme exclusivement veineuse, tantôt sous la forme mixte; tantôt sous la forme exclusivement scrotale. Or, c'est précisément cette dernière qui ressortit à la résection scrotale. Quoi d'étonnant dès lors si l'opération ne donne rien, lorsqu'on l'applique mal à propos, aux cas qui ne lui appartiennent pas. Eh bien, cette dernière défense, à son tour, va se trouver forcée. Déjà Sébileau fait, avec raison, remarquer que « cette distinction qui simplifie beaucoup les indications opératoires, est un peu schématique ». Depuis que mon attention est spécialement attirée sur ces faits, j'ai personnellement recherché systématiquement quelle est la fréquence relative de ces principales formes. Or, je suis arrivé à cette constatation très nette que la forme exclusivement scrotale, est de beaucoup le plus exceptionnelle, si tant est qu'elle existe. De cette donnée, quelle est la conséquence? C'est que la scrotectomie seule appliquée aux cas qui lui conviennent ne peut et ne doit rester comme ces cas eux-mêmes, qu'une exception.

De cette discussion serrée, résulte que, comparée aux autres méthodes dont nous disposions jusqu'ici, l'opération scrotale mérite peut-être bien la préférence, puisqu'elle compte à son actif des guérisons éloignées en nombre sérieux, qui n'ont même pas été établies suffisamment pour les autres méthodes. Mais il ne s'ensuit pas qu'une intervention d'une autre essence, exclusivement palliative, ne puisse lui être opposée. Aussi bien, nous restons toujours sous la même impression et le paradoxe demeure entièrement debout : il est impossible d'affirmer que la meilleure des opérations radicales soit précisément celle qui laisse en place tout l'élément morbide principal, pour ne supprimer que l'accessoire. Et ceux-là même qui lui sont le plus favorables n'arrivent pas à masquer leurs inquiétudes. « Il est bien certain, dit l'un d'eux (1), que la suppression, si je puis dire, des veines variqueuses par la double ligature ou la résection, offre contre les récidives ultérieures des garanties trop sérieuses pour être négligée de parti pris... l'action directe sur les veines est donc un temps qui s'impose. » Concluons donc que la scrotectomie seule, opération radicale, loin d'être exempte d'inconvénients, n'est en réalité et ne peut être suffisamment radicale, elle n'est que palliative, si généreuse qu'elle soit.

C. Procédés de la troisième classe. — De la résection mixte (scrotectomie et phlébectomie). — *Définition.* — La résection combinée de la tumeur variqueuse et des téguments scrotaux exubérants, est le traitement radical par excellence du varicocèle : elle supprime à la fois et l'élément principal, et l'élément accessoire de la maladie. Cependant, si elle est théoriquement la méthode de choix, elle ne convient en pratique qu'à certains cas exceptionnels où « les veines auraient subi des altérations qui en rendraient l'extirpation nécessaire (2) ».

Historique. — Conçue et appliquée par Cumano (de Trieste), elle doit à Robert Lee (1881), Bœnning et Levis (1882), d'avoir revu le jour. En France, Guyon, en 1883, mais principalement Horteloup (1885) et Le Dentu (1886) s'en sont, par des techniques différentes, constitués les principaux défenseurs. Plus tard, Brault, en 1895, lui apportait un important perfectionnement. D'abord accueillie avec faveur, cette opération mixte est actuellement tombée au deuxième plan, et ne vient qu'après la scrotectomie typique, et si beaucoup de chirurgiens en parlent encore, le relevé attentif des nombreuses observations que j'ai consultées, démontre qu'en fait elle n'est presque plus jamais pratiquée.

Technique. — Dans sa technique, la méthode combinée comporte quatre procédés qui peuvent être répartis en deux groupes selon que l'excision scrotale porte sur le fond, ou au contraire sur les faces de la région des bourses.

I. *Excision scrotale basse de Horteloup* (*scrotectomie et phlébectomie partielle postérieure en deux temps*). — L'opération est iden-

(1) Wickham. *Revue gén. de clin.*, 9 déc. 1892.
(2) Robineau. *Traitement chirurgical des phlébites*, Th. de Paris, 1898, p. 49.
(3) Annequin. *Arch. de médecine militaire*, août et sept. 1899.

(1) Segond. *Dictionnaire Jaccoud*, art. Varicocèle, p. 295.
(2) Forgue et Reclus. *Thérapeutique chirurgicale*,

tique à celle de la scrotectomie typique par clamp, sauf qu'ici le clamp doit coincer, en même temps que le scrotum, les veines funiculaires ou postérieures, afin de les exciser du même coup. Comme précaution préliminaire, il faut reconnaître à la palpation ce faisceau postérieur, et l'isoler du canal déférent récliné en avant et en haut. Le plexus est attiré fortement en arrière, soit par les doigts de l'aide, soit plus sûrement par une anse de fil posée au-devant de lui (1).

II. *Excision scrotale basse de Bœnning et Le Dentu* (*scrotectomie et phlébectomie partielle antérieure*). — Les deux premiers temps de scrotectomie sont les mêmes que pour une scrotectomie typique (les pinces à ovariotomie remplacent les clamps spéciaux). Le troisième temps consiste dans l'excision du plexus veineux antérieur, abordé par une incision spéciale, verticale, antérieure. Il faut éviter que les deux incisions, haute et basse, se rencontrent angulairement en formant un V, car cette pointe se sphacela dans un cas de Le Dentu. Aussi ce chirurgien recommande [in Darché (1897)], de poursuivre les deux incisions en ligne directe.

III. *Excision scrotale antérieure de Guyon* (*scrotectomie et phlébectomie des veines malades*). — Le *premier temps* consiste dans une excision elliptique antérieure à grand diamètre transverse. Cette excision n'a pas besoin d'être très étendue à cause de la grande contractilité de la peau du côté malade (Segond).

Le *deuxième temps* sert à une double ligature (Guyon) ou mieux à une excision entre ligatures des plexus malades (Segond).

Le *troisième temps* est consacré aux sutures.

IV. *Excision scrotale postéro-externe de Brault, scrotectomie postéro-externe et phlébectomie des veines malades.* — Le *premier temps* est caractérisé par l'ablation d'un lambeau scrotal postéro-externe, de forme ovalaire et allongée, on prend un pli en croissant qu'on fixe entre deux grandes pinces courbes, se correspondant par leurs extrémités. L'excision faite, les pinces sont enlevées et on procède à l'hémostase par forcipressure.

Dans le *deuxième temps*, les veines variqueuses sont à leur tour excisées. On prendra soin de ne pas aller trop loin pour ne pas ouvrir la vaginale.

Dans le *troisième temps*, la suture des enveloppes est faite comme de coutume, mais celle de la peau est très spéciale. La moitié inférieure de la surface cruentée est rabattue sur la moitié supérieure, de façon à obtenir une ligne de suture en V renversé. La suture, commencée au milieu, au niveau de l'angle, est ensuite continuée de chaque côté suivant les deux branches du V. Il est à remarquer que dans ces deux derniers procédés, l'excision des veines est faite par une seule et même voie.

Valeur de la méthode mixte. — Avant de porter la moindre appréciation sur cette méthode, il convient de mettre hors de la discussion le procédé de Horteloup, auquel les promoteurs ont eux-mêmes donné le coup de grâce, en lui adressant les critiques suivantes :

1. Quand le faisceau antérieur est le siège des lésions principales, il est inadmissible d'agir néanmoins sur le faisceau postérieur (Segond).

2. Or c'est contraire à tout ce qu'on sait et tout ce qu'on écrit, pourquoi ne pas s'attaquer au faisceau antérieur [Nicaise (1)]?

3. On ne peut accepter qu'il faille réséquer quand même le faisceau postérieur sain et que cette extirpation modifie heureusement l'état des veines antérieures (Segond).

4. On ne saurait trop insister sur la difficulté qu'il y a à saisir le faisceau des veines postérieures, sans risquer d'enserrer en même temps le canal déférent [Le Dentu (2)].

5. Ce procédé a l'inconvénient de nécessiter un instrument spécial. Or il faut savoir se servir le plus possible des instruments usuels dont on a l'habitude (Le Dentu, Segond).

6. Enfin cette technique ne permet pas de pratiquer une bonne suture superficielle, à cause des sutures profondes qui font hernie à travers la plaie (Le Dentu).

En somme, ce procédé doit être délaissé, parce que malgré son but radical, il n'est rien moins que radical ; on peut en dire autant de tous ceux qui limitent l'exérèse à un groupe de veines seulement, les autres plexus laissés en place restant virtuellement ou réellement variqueux.

Ceci dit, la méthode mixte a pu être regardée comme le traitement par excellence du varicocèle, parce qu'*elle enlève tout le mal.* Sans doute elle est peut-être moins simple et moins inoffensive que les résections simples, mais avec l'asepsie, la différence est négligeable. En toute logique, on devrait bien lui donner la préférence. La réfutation d'une telle conception ne saurait se prolonger longtemps. D'où vient tout d'abord qu'une si rationnelle méthode ne soit plus acceptée par les chirurgiens qu'*à titre purement exceptionnel*, lorsque « les veines sont le siège d'altérations qui en rendent la conservation impossible »? Ainsi Wickham, élève de Horteloup, défenseur de l'opération mixte, réservait, dès 1885, l'intervention combinée « aux cas où le faisceau postérieur est surtout atteint et a acquis un certain volume ». Cas qui sont plutôt exceptionnels.

Abordons, sans nous attarder, l'argument de « la radicalité », puisque là se trouve le critérium. On prétend qu'une telle opération est essentiellement radicale. Mais je m'élève contre cette manière de voir. Non cette opération n'est pas radicale, alors même qu'à la scrotectomie, l'on associe les phlébectomies bilatérales, même les plus étendues. Pour avoir le droit de parler ainsi, l'opérateur doit aller beaucoup plus loin. Il faut : 1° enlever le scrotum généreusement; 2° enlever de chaque côté, par voie basse et par voie haute, les rameaux et les troncs variqueux, jusqu'à l'orifice profond du canal inguinal; 3° laparotomiser le malade pour enlever, en leur totalité, les plexus pampiniformes jusqu'à leurs terminaisons respectives dans la veine cave à droite, dans la veine rénale à gauche. Nous savons, en effet, depuis Blandin, que les varices peuvent s'étendre jusqu'aux lombes. Certes un tel programme opératoire est aujourd'hui très réalisable et plus d'un opérateur aseptique se fera fort de le mener à bien, sans la moindre complication. Si le déférent reste intact, il y a gros à craindre que l'artère spermatique résiste cette fois à pareille attaque, puisque en six régions, dont trois pour chaque côté, celle-ci se présente au chirurgien, dans son segment scrotal, dans son segment inguinal, puis dans son segment abdominal. Sans parler non plus des

(1) Sébileau in *Traité de chirurgie* (Duplay-Reclus), pour cette même excision basse suivie de phlébectomie postérieure, recommande après excision basse sous un clamp, d'ouvrir largement la plaie, d'y faire l'hémostase directe, et la résection à ciel ouvert du plexus postérieur. Apres quoi, il s'adresse à la voie antérieure pour exciser les veines antérieures.

(1) Nicaise. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1885.

(2) Le Dentu. Congrès français de chir., 18 au 24 octobre 1886.

uretères auxquels il faut songer attentivement dans l'acte laparotomique. 4° Il resterait encore les varices intratesticulo-épididymaires, qu'une opération vraiment radicale devrait aussi supprimer; mais elles sont négligeables et l'on peut faire grâce d'une castration, sorte de complément de luxe. Qui ne voit pourtant qu'une intervention de ce genre est franchement déraisonnable et hors de proportion avec la gravité de la maladie qu'il s'agit de guérir? Aussi bien un dilemme se dresse qu'il est impossible d'éluder : ou bien l'opération mixte est acceptable, parce qu'elle est parcimonieuse, mais alors elle n'est pas radicale; ou bien l'opération est réellement complète et radicale, mais elle est déraisonnable. Concluons donc que la scroto-phlébectomie classique et raisonnable, la seule permise, n'est en réalité que *palliative*.

IV

Conclusions. — I. Le traitement sanglant *radical* du varicocèle, reposant sur la notion de *tumeur*, subit la conséquence fatale de cette notion qui mène à la recherche de la guérison par l'« exérèse ».

II. Le *radicalisme* s'exerce sous trois formes qui constituent trois méthodes distinctes, ce sont :

α. L'exérèse veineuse seule ou *spermato-phlébectomie*, suppressive de l'élément morbide principal.

β. L'exérèse scrotale seule ou *scrotectomie*, suppressive de l'élément morbide accessoire.

γ. L'exérèse mixte ou *scroto-phlébectomie*, suppressive des deux éléments à la fois. Telles sont les trois étapes hiérarchiques des ambitions radicales.

III. La première méthode, *phlébo-suppressive*, bien que l'une des plus logiques, a contre elle une absence d'innocuité, point contestable; les poussées d'hydrocèle récidivante; l'atrophie testiculaire qu'elle laisse trop souvent à sa suite par suppression de l'artère nourricière du testicule; enfin et surtout son insuffisance de radicalité. Ses défenseurs l'ont d'ailleurs dégradée au rang de traitement d'exception et ne lui reconnaissent qu'une action *purement palliative*.

IV. La deuxième méthode, *scroto-suppressive*, proclamée méthode de choix, a pour elle sa simplicité d'exécution, point contestable, et son efficacité qui justifient sa bonne renommée et sa grande faveur. Toutefois cette efficacité reste encore à démontrer par des statistiques étendues. Il est établi qu'elle n'est pas constante et le seul document sur lequel nous puissions porter un jugement à ce point de vue ne révèle pas moins de 32 p. 100 d'insuccès thérapeutiques éloignés. De même l'innocuité est contredite par le nombre d'hématomes post-opératoires avoués discrètement chaque année en proportion imposante. Enfin la scrotectomie seule reste des trois méthodes la moins logique, respectueuse qu'elle est de l'élément morbide principal dont elle escompte l'atrophie problématique ultérieure. A ce titre de respectueuse de l'élément principal, la deuxième méthode n'est, en réalité, que *purement palliative*.

V. La troisième méthode, *scroto-phlébo-suppressive*, est d'allure beaucoup plus radicale. En fait, les chirurgiens ne l'acceptent que comme thérapeutique d'exception. On peut ajouter que, telle qu'on la pratique, elle est bien loin d'être radicale, puisqu'elle laisse, au-dessus et au-dessous des segments excisés, de longs tronçons de veines variqueuses. En conséquence, la troisième méthode, comme les deux autres, n'est que *purement palliative*.

VI. Puisque le *traitement sanglant radical* du varicocèle, envisagé dans son ensemble, puis analysé sous toutes ses formes, prête encore à bien des discussions, il ne saurait être imposé. Depuis longtemps, les défenseurs de telle ou telle méthode, ou les innovateurs des procédés anciens réédités, arrivent invariablement à se lancer à la face cette accusation que le nouveau traitement présenté comme radical doit être rejeté parce qu'il n'est pas radical. Il est dès lors légitime de chercher dans d'autres voies, au risque de rompre complètement avec la tradition. Ce sont des tentatives personnelles de ce genre, basées sur le renoncement primordial et systématique à toute radicalité, sur une conception des méthodes et des procédés diamétralement opposés à ceux qui ont fait l'objet de la présente étude, que j'exposerai ailleurs sous le nom de *traitement sanglant palliatif*, conservateur ou purement orthopédique, du varicocèle.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

23 JUILLET 1902)

M. Terrier analyse une observation adressée par M. le docteur Pluyette (de Marseille), dans laquelle il s'agit d'un **kyste hydatique du rein droit compliqué de lithiase biliaire.** Le diagnostic porté avait été : Hydronéphrose ou kyste hydatique du rein. M. Pluyette, en raison du gros volume de la tumeur, fit la laparotomie latérale, trouva des adhérences, arriva sur une tumeur fluctuante, fit une ponction qui donna issue à un liquide eau de roche. Dès lors, le diagnostic de kyste hydatique était confirmé. M. Pluyette incisa la poche, en évacua les hydatides et tenta de l'isoler et de l'extérioriser. Il n'y put parvenir et se décida alors à faire la néphrectomie, à enlever le rein avec la poche. La partie inférieure du foie se trouvant alors à découvert, M. Pluyette reconnut l'existence de nombreux calculs dans la vésicule biliaire. Il fit une cholécystotomie idéale, retira 140 calculs, referma la vésicule et le ventre. Les suites furent des plus simples, et le malade guérit fort bien.

M. Pluyette fait suivre cette observation de quelques réflexions : il explique tout d'abord qu'il choisit la voie transpéritonéale à cause du volume de la tumeur et de l'incertitude du diagnostic. La méthode de Delbet ayant été ici inapplicable, M. Pluyette pensa qu'il ne devait plus hésiter à faire la néphrectomie. Se trouvant en présence d'une lithiase biliaire, il aurait pu ajourner cette seconde intervention. La cholécystotomie simple étant une opération assez inoffensive, il préféra la pratiquer séance tenante. Le bon résultat obtenu par M. Pluyette justifie pleinement sa conduite.

Très intéressantes les deux observations de M. Lévêque (de Saint-Germain), au sujet desquelles M. Rochard nous fait un rapport qui va devenir le point de départ d'une petite discussion. M. Lévêque a eu la bonne fortune, dans l'espace de trois semaines, de rencontrer deux cas d'**obstruction intestinale par calculs biliaires.** Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de soixante-neuf ans qui arriva à l'hôpital de Saint-Germain au septième jour d'une occlusion intestinale, dans un état lamentable. Un lavement électrique resta sans résultat. M. Lévêque se proposa donc d'établir un anus artificiel. Dans ce but, il fit une laparotomie latérale droite; plongeant sa main dans l'abdomen, il trouva un corps dur; c'était un calcul biliaire dans l'intestin; il

amena près de la plaie l'anse intestinale où se trouvait ce calcul, ouvrit l'intestin, retira ce calcul, sutura l'intestin en le fixant par son mésentère à la paroi et referma le ventre. La malade guérit fort bien. Elle n'avait jamais eu de coliques hépatiques ni d'ictère. Jamais, non plus, elle n'avait présenté de crises d'obstruction intestinale.

La seconde observation a trait à une femme de plus de soixante ans, qui fut amenée à l'hôpital au quatrième jour d'une occlusion intestinale. Comme la précédente, cette femme n'avait aucun passé hépatique. Elle présentait un météorisme assez accentué. Pensant à une obstruction possible par calcul biliaire, M. Lévêque fit une incision à droite, chercha et, ne trouvant rien, dévida l'intestin; il finit par sentir une petite tumeur dure dans le petit bassin. L'anse intestinale où se trouvait cette tumeur étant difficilement mobilisable, il fit cheminer le calcul dans l'étendue d'une quinzaine de centimètres de cet intestin et, grâce à cette manœuvre, amena le calcul assez près de la plaie pour faire facilement l'entérotomie et extraire ce calcul. Il sutura et referma le ventre. Cette intervention fut moins heureuse que la première; la malade succomba trente-six heures après l'opération sans avoir eu d'évacuations. L'autopsie montra que toute la partie de l'intestin où avait cheminé le calcul était sphacélée, d'où péritonite généralisée mortelle.

Ainsi, dans ces deux cas, il s'agit de femmes âgées, sans aucun passé hépatique, prises d'occlusion intestinale plutôt aiguë déterminée par la présence, dans l'intestin, d'un calcul biliaire. Dans le premier cas, M. Lévêque a pu arriver assez facilement sur le calcul; il n'en a pas été de même dans le second cas; et M. Rochard se demande avec raison si la manœuvre qu'a dû faire, dans ce cas, M. Lévêque n'était pas vraiment trop dangereuse. Peut-être aurait-il mieux valu agrandir l'incision et faire une incision plus longue sur l'intestin. Il n'est pas douteux, en effet, que dans ce second cas c'est le déplacement du calcul, à travers un intestin déjà altéré, qui a déterminé les accidents qui ont entraîné la péritonite mortelle.

M. Routier a observé un cas analogue : Femme de plus de soixante ans, sans aucun passé hépatique, prise d'une occlusion subaiguë, arrivant à l'hôpital dans un état précaire, grosse, ballonnée, toussant. M. Routier fit la laparotomie sans diagnostic de la cause de l'occlusion. Supposant plutôt cependant une lésion annexielle, il fit la laparotomie médiane; il arriva sur une anse intestinale très distendue, puis, un peu plus loin, très serrée sur un calcul. Il fendit l'anse intestinale, enleva le calcul, sutura l'intestin et referma le ventre. La malade alla à la garde-robe; le ballonnement du ventre disparut, mais elle succomba le quatrième jour à une congestion pulmonaire. Dans ce cas, comme dans ceux de M. Lévêque, il n'y avait pas de passé hépatique; il s'était fait une occlusion lente et une véritable stricture de l'intestin sur le calcul. Il eût été ici absolument impossible de le faire cheminer.

C'est une observation semblable que nous apporte M. Reynier : Femme âgée, grasse, sans passé hépatique, obstruction intestinale, laparotomie sans diagnostic précis, calcul biliaire dans l'intestin grêle également très serré sur lui, entérotomie, extraction du calcul, suture intestinale, fermeture du ventre, mort le cinquième jour; ce qui fait dire, avec juste raison, à M. Reynier que ce sont là des cas très graves, dans lesquels le péritoine est déjà infecté, ce qui cause l'extrême gravité de ces interventions. M. Reynier insiste avec beaucoup de raison, selon nous, sur la nécessité d'un bon drainage dans ces cas. Or ce drainage, incontestablement très important, n'a été pratiqué dans aucun des cas rapportés dans cette discussion... pas même dans celui de M. Reynier.

Dans bien des cas, ce drainage même ne suffirait pas, et c'est jusqu'à la résection de l'anse intestinale qu'il faudrait aller. Tel est du moins l'avis exprimé par M. Terrier à l'occasion d'un cas analogue aux précédents, qui a été opéré par son chef de clinique, M. Raymond. C'est toujours la même histoire : Femme âgée, obstruction lente; on croit à un cancer, on fait la laparotomie médiane, on trouve un calcul, on ouvre l'intestin, on extrait ce calcul, on suture un intestin plus ou moins altéré par ce calcul, on referme, puis survient une péritonite généralisée, et la malade meurt. Il est bien certain, ainsi que le fait observer M. Terrier, qu'il vaudrait mieux réséquer l'intestin dans ces cas et faire ensuite une anastomose latérale.

Même observation aussi de M. Tuffier : Femme âgée, obstruction; on croit à un néoplasme, on fait la laparotomie, on trouve une masse dure, c'est un calcul biliaire dans une anse d'intestin; on ouvre celui-ci, on enlève le calcul, on suture et on ferme. Mort quarante-huit heures après.

Encore un cas semblable de M. Ricard : Grosse femme de soixante ans, venue à pied à l'hôpital, bien que dans un état très grave; occlusion intestinale depuis plusieurs jours, opération immédiate, présence d'un calcul biliaire dans une anse intestinale, entérotomie, ablation du calcul, suture, fermeture du ventre. L'opération s'est très rapidement passée; néanmoins la malade meurt le lendemain. M. Ricard insiste sur la latence de l'obstruction chez ces malades.

M. Rochard se rallie à l'opinion de M. Terrier et pense, avec lui, que, dans les cas où l'intestin est très altéré, il vaut mieux le réséquer.

On voit que toutes ces observations sont calquées les unes sur les autres : il s'agit de femmes âgées, sans aucun passé hépatique, prises d'obstructions intestinales subaiguës, déterminées par la présence d'un calcul biliaire dans l'intestin. Le diagnostic de lithiase biliaire ne peut être porté; on croit à un cancer, ou à tout autre chose; on fait la laparotomie généralement médiane, on cherche, on trouve le corps du délit, c'est-à-dire un volumineux calcul biliaire dans l'intestin. On fait l'entérotomie, on enlève le calcul, mais malgré cela, l'âge avancé des malades, leur peu de résistance, l'infection déjà commencée du péritoine sont autant de causes qui rendent la mort post-opératoire très fréquente. La conclusion à tirer de ces faits nous paraît être d'abord que ces cas, comme l'a dit M. Reynier, sont très graves, et qu'ensuite, comme l'a dit M. Terrier, il faut bien examiner l'anse intestinale altérée et la réséquer plutôt que de se contenter de la suturer.

M. Albarran nous communique l'histoire intéressante d'une femme de trente-six ans, habituellement bien réglée, mère d'un enfant de dix ans, qui est prise de douleurs dans les reins et d'hématuries. Ces hématuries devinrent de plus en plus fréquentes; on pense à une tumeur de la vessie; les deux reins sont normaux et insensibles; au cystoscope, on trouve une vessie saine, sauf au niveau de l'orifice urétéral gauche, où existe une petite tumeur d'aspect épithéliomateux; en soulevant avec la sonde uretérale cette petite tumeur qui bouche l'orifice de l'uretère, on voit qu'elle est pédiculée et que son pédicule se trouve dans l'intérieur même de l'uretère; c'est donc une tumeur de l'uretère faisant

saillie dans la vessie. Voici l'intervention à laquelle eut recours, dans ce cas, M. Albarran : il fit la laparotomie, trouva une salpingo-ovarite gauche, enleva les annexes de ce côté, ferma le péritoine et ouvrit alors la vessie, donna un coup de ciseau sur la paroi supérieure de l'orifice uretéral gauche et enleva ainsi facilement la petite tumeur. Il reconstitua l'uretère, referma la vessie, et la malade est restée guérie depuis quatre mois.

M. Albarran insiste sur la rareté de ces tumeurs uretérales; dans ses recherches, il n'a pu en relever que 27 cas, dont 10 seulement primitivement uretérales et les autres ayant envahi secondairement l'uretère.

La petite tumeur enlevée par M. Albarran a été examinée histologiquement; c'est un adénome. Il fait suivre cette intéressante observation d'un historique de la question et de réflexions sur le diagnostic au moyen de la cystoscopie, sur le pronostic et sur le traitement de ces tumeurs. Au point de vue du diagnostic, la cystoscopie peut seule permettre de reconnaître ces tumeurs uretérales. Au point de vue du pronostic, il s'agit le plus souvent de tumeurs épithéliales sujettes à récidive. Quant au traitement, le seul rationnel est l'ablation par la taille avec, si la tumeur est étendue et nécessite des délabrements plus ou moins importants, abouchement consécutif de l'uretère à la vessie ou même à l'intestin si on a dû réséquer une certaine longueur de l'uretère.

Nous arrivons aux présentations :

M. Walther présente un homme de quarante-cinq ans auquel il a fait une **gastro-entérostomie pour sténose pylorique d'origine cancéreuse.** Il existe, en effet, une tumeur volumineuse, avec des ganglions; rien de tout cela n'était appréciable à la palpation et, en outre, le malade présentait une hyperchlorhydrie très prononcée. C'est surtout à ce point de vue que cette observation présente de l'intérêt.

Dans un cas analogue, M. Ricard s'est trouvé en présence d'une tumeur volumineuse, inextirpable; il était difficile de savoir si on était en présence d'un néoplasme ou d'une périgastrite d'origine ulcéreuse; il prit un ganglion et le fit examiner. Il s'agissait bien d'un cancer.

M. Tuffier demande à M. Walther pourquoi il n'a pas fait l'examen du sang. C'est là un élément précieux de diagnostic. C'est aussi l'avis de M. Hartmann qui reconnaît que l'hyperchlorhydrie ne saurait indiquer qu'il ne s'agit pas d'un cancer. C'est là un signe incertain. Mieux vaut l'examen du sang.

L'examen du sang, ajoute M. Ricard, n'est pas toujours si concluant. En résumé, même avec le chimisme stomacal, même avec l'examen du sang, on se trompera souvent encore en matière de cancer de l'estomac, même le ventre ouvert.

M. Jalaguier présente une petite fillette de vingt et un mois à laquelle, il y a six semaines, il a enlevé un gros **sarcome du rein droit.** Cette tumeur était molle, fluctuante, il y avait du pus dans les urines, ce qui fit croire à une hydronéphrose suppurée. M. Jalaguier fit la laparotomie antérieure et extirpa ce sarcome qui pesait 800 grammes. C'est un sarcome mixte, disent les histologistes. L'enfant est complètement guérie, fraîche, rose et gaie; qu'est-ce que cela durera?

M. Berger a diagnostiqué un sarcome du rein droit sur un enfant de moins de six mois. Il n'intervint pas. L'enfant est mort quatre mois après l'examen.

M. Albarran affirme qu'on a vu des survies de cinq et six ans, chez les enfants après l'ablation de ces sarcomes mixtes. Aussi dans un cas analogue à celui de M. Jalaguier n'hésiterait-il pas à opérer.

M. Broca a opéré trois tumeurs du rein chez des enfants. L'un avait six ans, il est mort après l'opération; il avait une tumeur dans l'autre rein. Les deux autres ont guéri opératoirement, mais ils sont morts six mois après. Aussi, il ne les opère plus, et il pense bien que M. Jalaguier n'aurait pas opéré sa petite malade s'il n'avait cru à une hydronéphrose.

M. Chaput présente des radiographies relatives à un cas de **fracture du radius** vicieusement consolidée qu'il est arrivé à redresser par l'ostéotomie du radius et de la tête cubitale. La fracture était très oblique et il a été impossible au chirurgien très distingué qui l'a soigné primitivement d'obtenir la réduction. En raison des douleurs et de l'attitude vicieuse que présentait ce malade, M. Chaput a pratiqué l'opération qu'il vient d'indiquer et a obtenu un redressement très suffisant.

M. Bazy présente une **prostate** qu'il a enlevée il y a cinq jours, chez un homme qui ne pouvait plus uriner sans sonde depuis un an.

REVUE DES THÈSES

De la péritonite à pneumocoques chez l'adulte, par M. le docteur E. Carratier. (Th. de Paris, 1901.)

La péritonite à pneumocoques est une manifestation rare de l'infection pneumococcique, plus rare encore chez l'adulte que chez l'enfant; chez le premier, le sexe masculin est le plus souvent atteint, contrairement à ce qui a lieu dans la pathologie infantile.

La péritonite à pneumocoques frappe des malades dans le cours ou le décours d'une pneumonie; le plus souvent, elle survient en dehors de toute pneumonie; tantôt elle évolue parallèlement avec d'autres localisations pneumococciques, telles que pleurésie, péricardite, méningite, gastrite, arthrite, thromboses artérielles; tantôt elle débute et évolue isolément; la péritonite pneumococcique existe alors à l'état de pureté : elle est primitive et isolée.

Dans la généralité des cas, c'est une infection d'origine sanguine; le courant circulatoire apporte dans le péritoine l'agent infectieux, le pneumocoque; l'infection peut aussi se faire par les lymphatiques qui unissent la plèvre au péritoine à travers le diaphragme, par les trompes ou les lymphatiques utérins, enfin par le tube digestif; en réalité, ces dernières voies doivent être bien rarement suivies.

Au point de vue anatomique, la péritonite à pneumocoques peut être enkystée ou généralisée; l'exsudat présente le plus souvent les caractères du pus pneumococcique : pus épais, verdâtre, crémeux; des fausses membranes fibrineuses baignent dans le pus ou tapissent les anses intestinales et les viscères de la cavité abdominale.

Cliniquement, la péritonite à pneumocoques peut évoluer insidieusement. D'autres fois, une symptomatologie bruyante annonce l'entrée en scène de l'affection.

Primitive ou secondaire, la péritonite pneumococcique peut affecter trois types principaux :

1° La forme enkystée, qui se rapproche le plus de la forme infantile et qui peut, comme cette dernière, se révéler par le syndrome caractéristique décrit par M. le professeur Dieulafoy : début brusque par une vive douleur abdominale (point de côté abdominal), des vomissements, de la diarrhée, de la fièvre; plus tard, l'on note l'apparition dans le ventre d'un épanchement purulent circonscrit. L'évolution en est le plus souvent subaiguë, mais elle peut aussi être rapide;

2° La péritonite pneumococcique aiguë généralisée dont les symptômes sont ceux d'une péritonite septique ordinaire;

3° Enfin, dans la dernière forme, l'infection péritonéale, circonscrite ou généralisée, n'est qu'un épisode d'une pneumococcie multiple; l'infection se diffuse dans l'organisme, et le tableau clinique est différent, selon le siège des localisations. Le syndrome initial de la péritonite pneumococcique peut se montrer nettement dans cette forme; mais des phénomènes morbides d'un autre ordre masquent souvent les symptômes péritonitiques.

Le diagnostic est surtout à faire avec l'appendicite, la fièvre typhoïde, les péritonites tuberculeuse, appendiculaire, streptococcique.

Le pronostic est en général plus grave chez l'adulte que chez l'enfant; la péritonite pneumococcique a moins de tendance à s'enkyster chez le premier. Quand elle est généralisée, la mort est de règle; circonscrite, primitive et isolée, elle peut assez souvent, mais moins fréquemment que chez l'enfant, se terminer par la guérison, grâce à une intervention chirurgicale. La laparotomie, suivie de drainage, est le traitement de choix de la péritonite à pneumocoques, enkystée ou généralisée.

Quand l'infection du péritoine n'est qu'un épisode d'une pneumococcie diffuse, la mort est le plus souvent observée; la thérapeutique est commandée par les différentes localisations pneumococciques; la conduite à tenir varie avec chaque modalité clinique.

PRATIQUE MÉDICALE

D'après le docteur Abr. Wolbarot (de New-York), le protargol en solution de 1/2 à 1 p. 100 constitue le médicament le plus efficace contre l'urétrite antérieure. Il est bien supporté, n'irrite pas et ne provoque pas de douleurs. On peut commencer le traitement au protargol, sans aucun danger, dès les premiers symptômes de l'affection. L'écoulement purulent abondant disparaît en sept à dix jours. Le seul danger du traitement par le protargol consiste, d'après l'auteur, dans la suppression de l'écoulement et l'absence de douleurs et d'autres inconvénients. Le malade trompé sur la gravité de l'affection est tenté de cesser trop tôt toute médication. Le protargol est très efficace, mais il faut avoir soin de préparer soigneusement les solutions et ne pas les faire chauffer, sans quoi le médicament se décompose et ne produit plus l'effet recherché.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Avis à MM. les candidats aux concours pour les places de médecin et de chirurgien des hôpitaux et à MM. les élèves internes et externes en médecine des hôpitaux et hospices.* — Par un arrêté en date du 13 juin 1902, pris après avis du Conseil de surveillance et approuvé par M. le Préfet de la Seine, les modifications suivantes, nécessitées par le report du 1er mars au 1er mai de la date annuelle de l'entrée en fonctions des internes en médecine, ont été introduites dans les articles ci-après du règlement général sur le service de santé des hôpitaux, savoir :

« Art. 133. — Les élèves internes et externes en médecine qui obtiennent le titre de docteur sont tenus de quitter immédiatement le service.

Une exception est faite en faveur des internes de quatrième année qui ont la faculté de passer leur thèse dans les trois derniers mois de leur exercice.

Les élèves internes en médecine qui ont obtenu la médaille d'or ont également droit de se faire recevoir docteurs pendant la durée de leur année supplémentaire, sans être obligés de quitter leurs fonctions...

Art. 181. — Un concours pour deux places au moins de médecin ou de chirurgien aura lieu régulièrement chaque année.

Le concours des médecins s'ouvrira le quatrième lundi du mois de février et celui des chirurgiens le quatrième lundi du mois de mars...

Art. 226. — Au mois de mars de chaque année, il est ouvert pour les prix à décerner aux internes en médecine qui terminent leur quatrième année d'exercice, deux concours distincts portant : l'un sur la médecine, l'autre sur la chirurgie et les accouchements.

Le concours de médecine s'ouvrira le deuxième lundi du mois de mars; le concours de chirurgie et d'accouchement le deuxième jeudi de ce mois.

Les candidats ne peuvent se faire inscrire que pour l'un ou l'autre de ces deux concours...

Art. 228. — Les épreuves des concours pour les prix à décerner aux élèves internes en médecine de quatrième année sont réglées ainsi qu'il suit :

1° Un mémoire, soit de médecine, soit de chirurgie ou d'accouchement, basé sur des observations recueillies dans les services pendant l'internat. Ce mémoire sera remis ouvert et devra être déposé au secrétariat général de l'administration, le 15 janvier au plus tard ;

2° Une épreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne ou, s'il s'agit du concours de chirurgie et d'accouchement, sur un sujet de pathologie externe. Il sera accordé à chaque élève quinze minutes pour développer la question après quinze minutes de réflexion :

3° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie, soit interne soit externe, suivant la nature du concours, et pour laquelle il sera accordé trois heures.

Le maximum des points à attribuer aux candidats pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour le mémoire....................	30 points.
Pour l'épreuve théorique orale........	20 —
Pour la composition écrite...........	30 —

Le mémoire est jugé au début du concours. A cet effet, le jury reçoit, dans les premiers jours du mois de février, communication des mémoires déposés par les candidats. Il est réuni de nouveau deux jours au moins avant la date fixée pour l'ouverture du concours, afin de délibérer sur la valeur de ces mémoires; les points attribués sont communiqués aux candidats à l'ouverture de la première séance du concours...

Art. 171. — Le jury de chaque concours est formé dès que la liste des candidats a été close.

Pour les concours des prix de l'internat en médecine et en chirurgie, le jury est formé dans la deuxième quinzaine de janvier. »

Guerre. — Voici la liste par ordre alphabétique des candidats admis à subir les épreuves orales d'admissibilité du concours d'admission à l'école du service de santé militaire :

MM. Alison, Antoine, Armengaud, Arnal, Arnaud, Auvert, Bahier, Baron, Basso, Batier, Belle, Bertaux, Bertein, Besse, Billet, Bonnotte, Bordes, Bories, Bourgeot, Bourland, Bovier-Lapierre, Briend, Brochet, Burgard, Camus, Carel, Cassan, Castay, Cayrel, Cazes, Chabbert, Chailly, Cheynel, Chollet, Clot, Corbel, Costa, Coudray, Cruzel, Cugno, Decour, Delahousse, Delater, Delaunay, Desbœufs, Dubs, Duchêne-Marullaz, Dudon, Dumont, Dupau, Dupuy, Etienney, Faivre, Famechon, Fayet, A. Ferras, H. Ferras, Feuilié, Flèche, Floquet, Fontanel, Gaillaud, Gand, Garcin, Gillouin, Griscelli, Guglielmi, Guichard, Guillot, Haettiger, Hérisson, Herpin, Herrmann, Heyraud, Homolle, Hourtoulle, Hudellet, Jacques, Jagues, Jaubert, Jeandidier, Jeandin, Julien, Jund, Labastie, Lacoste, Lacrotte, Laforge, Lancelot, Larrazet, Lasaygues, Laurent, Lefébure, Lemosy-d'Orel, Létang,

Leuc, Levêque, Liébault, Mallié, Mangenot, Manificat, Marchal, Marchand, Marini, Marnata, Martin, Massie, Mazet, Mazot, Médan, Mercier, Meyer, Minel, Minouflet, Monziols, Mossier, Mouchard, Moutet, Mulot, Née, Nicod, Pagès, Pagnier, Paloque, Péré, Perret, Perrier, Perrignon de Troyes, G. Petit, M. Petit, Pichet, Pigache, Pineau, Piollenc, Planques, Playoust, Pochoy, Pons, Rebaud, Rigaux, Ruchaud, Saffores, Saiget, Saury, Sauveplane, Seron, Servières, Solle, Sorlat, Tardieu, Tertois, Thellier, Théron, Thurel, Timbal, Toinon, Torresse, Truchetet, Trucy, Ufferte, Vendeuvre, Vialle, Vidal, Villeneuve, L. Vincent, M. Vincent, Worms.

Les candidats auront à se rendre à la date fixée pour les épreuves orales dans la ville qu'ils ont choisie au moment de leur inscription.

Distinctions honorifiques. — MM. les docteurs Guillaud (de Bordeaux) et Hamonic (de Paris) sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Association amicale des internes et anciens internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris. — Le Comité de l'Association, assisté d'une Commission composée de MM. Gastou, Lepage, Millet, Teissier, Triboulet, s'est réuni le 1er juillet sous la présidence de M. le professeur Guyon.

Il a été décidé : 1° de pourvoir l'Association d'un conseil juridique; 2° d'organiser dans le plus bref délai l'Office de l'Internat. Il a été entendu toutefois que cette organisation serait faite en ménageant les fonds de l'Association, dont le but principal restera toujours de venir en aide aux camarades malheureux ou à leur famille ; 3° de créer un bulletin de l'Internat.

M. Lepage a fait part dans cette réunion des démarches dont il s'était chargé pour faciliter l'entrée des internes en exercice dans les différentes sociétés d'assurance médicale.

Tous les internes et anciens internes qui désireraient adhérer à l'Association sont priés d'envoyer leur adhésion le plus tôt possible, à M. le docteur Chaillous, 14, rue de Longchamp, Paris.

Interne demande remplacement août et septembre, de préférence Paris ou environs. — Écrire au journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bibliographie méthodique des livres de médecine, chirurgie, pharmacie, sciences (1880-1902), comprenant les ouvrages nouveaux parus jusqu'à ce jour. — Pour recevoir cette bibliographie gratuitement et franco, il suffit d'en faire la demande à la librairie Maloine, 23-25, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Sur les mélanodermies phthiriasiques, par le docteur Paul Fabre (de Commentry). In-8°. — Paris, G. Steinheil.

Menton. Analyse climatologique, topographie, climatologie, climatothérapie, par le docteur F. Chiaïs, médecin consultant à Menton et à Évian-les-Bains. In-8°. — Menton, Imprimerie coopérative mentonnaise.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 84. — MARDI 29 JUILLET 1902. 75e ANNÉE. MARDI 29 JUILLET 1902. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SUR L'ÉVOLUTION ET LE ROLE PHAGOCYTAIRE DE LA CELLULE ENDOTHÉLIALE

DANS LES ÉPANCHEMENTS DES SÉREUSES (1)

Par MM. WIDAL, RAVAUT et DOPTER.

L'étude approfondie de la cellule endothéliale observée dans les épanchements des séreuses, permet d'assister aux diverses modifications qu'elle subit dans sa forme et ses fonctions. De plus, certains épisodes de son évolution montrent qu'elle est soumise, comme tout élément cellulaire, à la grande loi qui régit les adaptations fonctionnelles; la preuve la plus palpable de ce fait réside dans le rôle phagocytaire qu'elle est parfois appelée à remplir.

Dans un grand nombre d'épanchements, tant de la plèvre que des autres séreuses, il est fréquent de constater la présence de cellules endothéliales groupées en placards, ou deux à deux, ou bien encore isolées; nous avons montré dans différents travaux la valeur qu'il fallait attribuer à leur existence, comme à celle des leucocytes qui les accompagnent, pour en tirer des conclusions sur la nature d'un épanchement.

L'aspect de ces cellules endothéliales réunies sous forme de placards est caractéristique; il le devient beaucoup moins, quand, sous des influences diverses, elles se désoudent et s'isolent. Dans les pleurésies aseptiques des brightiques et des cardiaques, dans les hydrocèles congénitales ou idiopathiques, ces cellules sont soudées les unes aux autres, en plus ou moins grand nombre, et figurent de véritables lambeaux d'endothélium desquamé. Elles persistent dans cet état pendant toute la durée de l'épanchement, tant qu'une cause inflammatoire, une congestion pulmonaire par exemple, ne vient contribuer à les disjoindre, en provoquant en même temps des poussées de polynucléaires. Dans les pleurésies septiques, dont la pleurésie pneumococcique peut servir de type, avant que la réaction polynucléaire ne soit assez intense pour donner à l'épanchement l'aspect purulent, elles sont encore soudées, mais cet état ne dure guère; elles se séparent rapidement et deviennent isolées. Il en est de même des pleuro-tuberculoses primitives, que l'on ne peut qu'exceptionnellement observer le deuxième ou troisième jour : dans les nombreux cas que nous avons observés, jamais nous ne les avons vues soudées après le sixième jour; là, encore, elles disparaissent très rapidement, de sorte qu'à partir de ce moment, c'est bien la mononucléose qui caractérise ces épanchements.

Les placards d'endothélium ne persistent donc que dans les épanchements en apparence aseptiques : dans les autres, les cellules qui les constituent se séparent plus ou moins vite, puis peuvent disparaître.

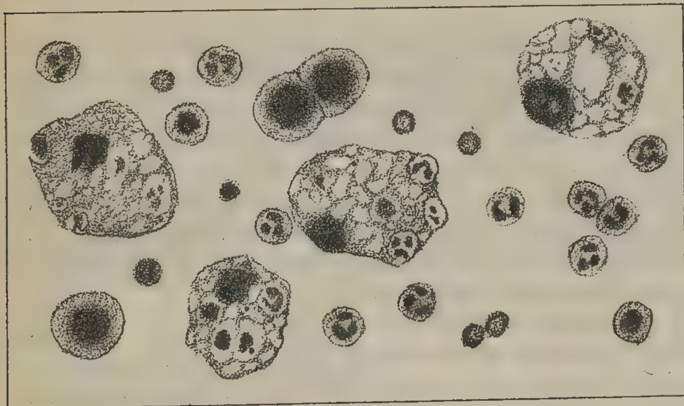
La disparition de ces éléments, tant soudés qu'isolés, s'opère par une dégénérescence progressive qu'il est aisé de suivre pas à pas. Tout d'abord le protoplasma se gonfle, la cellule devient hydropique, et prend les diverses colorations d'une façon moins intense; les contours du protoplasma et du noyau, taillés comme à l'emporte-pièce, et si nets à l'état normal, deviennent flous, puis des vacuoles se forment, en commençant le plus souvent par la périphérie. Rares et petites tout d'abord, elles deviennent abondantes et volumineuses, envahissant toute la masse protoplasmique, si bien qu'à un moment donné la cellule endothéliale n'est plus constituée que par un noyau pâle, irrégulier, et un protoplasma représenté par un réticulum très fin dont les mailles sont totalement vides. Ce réticulum s'effrite et se détruit; seul le noyau persiste pendant quelque temps, subissant une fragmentation progressive pour disparaître ultérieurement. Ce noyau isolé ne saurait être assimilé à des formes lymphocytaires, comme M. Patella l'a soutenu récemment (1). D'autres fois, noyau et protoplasma dégénèrent en même temps, et la cellule n'est plus qu'une masse amorphe fixant mal les réactifs colorants usuels.

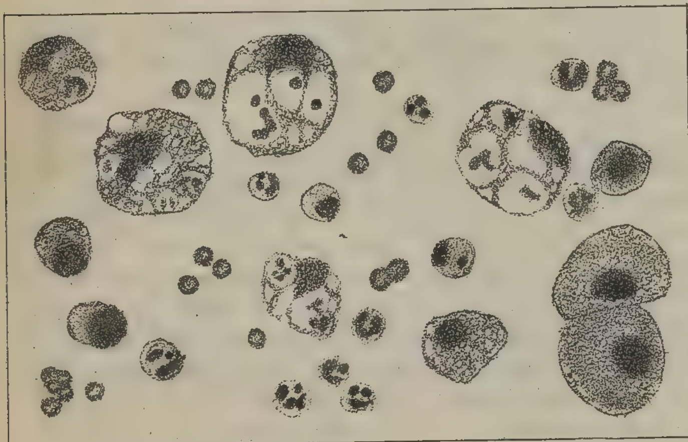
Une fois isolée de ses congénères, la cellule endothéliale ne présente plus ses caractères habituels; il devient parfois difficile, sinon impossible, de la différencier d'éléments, uninucléés comme elle, représentés par les gros mononucléaires; comme eux, elle s'altère au contact du liquide exsudé, et, dans ces conditions, les réactions colorantes ne sont plus suffisamment nettes pour faire un départ exact des uns et des autres. Néanmoins, quand l'altération n'est pas très prononcée, on peut les distinguer : cellules endothé-

(1) Communication à la Société de biologie, 19 juillet 1902.

(1) PATELLA. *Il Policlinico*, 1902.

liales et gros mononucléaires sont perceptibles côte à côte dans le même épanchement. Comme le gros mononucléaire, la cellule endothéliale possède la faculté de pouvoir englober et phagocyter d'autres éléments cellulaires. En effet, dans les pleurésies septiques, surtout dans les pleurésies pneumococciques, dans certaines arthrites, etc., on perçoit de grandes cellules uninucléées, isolées, contenant dans leur protoplasma des globules rouges, des lymphocytes et surtout des polynucléaires. Chacun de ces éléments ainsi phagocytés peut être observé à différents stades : quelques-uns conservent leur forme et leurs réactions colorantes normales, d'autres se déforment, se désagrégent, le noyau qui subit rapidement la caryolyse n'est bientôt plus reconnaissable qu'à quelques points granuleux ayant encore plus ou moins bien fixé les colorants.





Cyto-diagnostic. — Macrophages et phayocytose.

Cette fonction phagocytaire n'est pas en rapport avec l'évolution de l'épanchement; elle se voit aussi bien au début des pleurésies qui guérissent rapidement, qu'au début de celles qui continuent à évoluer, soit en restant séro-fibrineuses, soit en devenant purulentes; elle semble être une tentative de résistance de l'organisme vis-à-vis de l'infection, insuffisante cependant pour assurer à elle seule toute la guérison.

La constatation de ces caractères et de l'aptitude qu'elles ont à accomplir ces fonctions montre le lien qui unit les cellules endothéliales et les gros mononucléaires; elle nous permet de les ranger dans le groupe des phagocytes. Ce rôle phagocytaire n'est d'ailleurs pas spécial aux cellules des endothéliums de revêtement des séreuses : les travaux de Metchnikoff ont péremptoirement démontré que les cellules de Kuppfer, celles qui tapissent l'alvéole pulmonaire, jouissent des mêmes propriétés. Phagocytes, elles sont plus particulièrement encore macrophages, car, en opposition avec les polynucléaires qui sont des microphages et n'englobent que les agents microbiens, les cellules endothéliales des séreuses se montrent capables d'englober et de digérer de préférence les éléments cellulaires : hématies, leucocytes, spermatozoïdes (1). Enfin, et c'est un point sur lequel il convient de revenir, la fonction macrophagique n'appartient qu'aux cellules isolées; elle est absente pour les cellules en placards, ou même soudées deux à deux.

On voit donc que, suivant les circonstances dans lesquelles se produit l'épanchement, la cellule endothéliale peut persister indéfiniment dans ce dernier, ou bien disparaître rapidement, ou bien jouer un rôle actif de défense phagocytaire, en prenant l'aspect et la fonction du gros mononucléaire.

Ces modalités évolutives sont les seules qu'il soit permis de leur attribuer; elles sont indiscutables; le pouvoir phagocytaire a été nié tout récemment par M. Sacquépée (2). Pour des raisons qu'il est inutile d'énumérer ici, on ne peut que rejeter son hypothèse, d'après laquelle les lymphocytes inclus dans les cellules endothéliales seraient de toute pièce formés par ces dernières.

Somme toute il semble bien avéré que la cellule endothéliale qui, à l'origine, n'est qu'une cellule conjonctive, se différencie ultérieurement quand elle est appelée à des nouvelles fonctions. Pour servir de revêtement aux membranes séreuses, et remplir là divers rôles physiologiques, notamment le rôle de glissement, elle s'aplatit, et se soude aux cellules voisines. Elle conserve cette forme tant que la séreuse reste saine. Mais sous les influences pathologiques variées, elle se modifie : dans les épanchements aseptiques, elle subit mécaniquement une desquamation qui l'entraîne dans le liquide exsudé; elle reste accolée à plusieurs de ses congénères; là elle ne réagit pas, elle est inerte, elle ne dégénère complètement qu'après avoir persisté longtemps dans cet état passif; survienne un état inflammatoire de la séreuse, la cellule endothéliale joue un rôle très actif; pour opérer la défense contre l'infection, elle se desquame, s'isole, devient sphérique, prend l'aspect des gros mononucléaires dont elle arrive à partager les fonctions macrophagiques, et retourne ainsi probablement à son origine.

En un mot les diverses modifications morphologiques que la cellule endothéliale peut présenter au cours de son évolution, s'exécutent pour lui permettre de faire face aux divers rôles éventuels qu'elle peut être appelée à remplir, et, par là même, de s'adapter aux fonctions nouvelles qui, à l'occasion, peuvent lui incomber.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

25 JUILLET 1902

MM. de Massary et Civatte présentent une malade soignée depuis six ans pour un **diabète azoturique**. C'est une forte femme, obèse, puisque sa taille n'est que de 1m53 et que son poids atteint 94 kilogrammes. Elle a une polyphagie considérable : le quatrième degré, qui équivaut à 210 grammes d'aliments azotés, doit être augmenté par 1000 grammes de viande et 500 grammes à peu près de larcins faits, soit dans la salle, soit dans les cuisines. La polydipsie est peu

---

(1) Widal et Ravaut. Soc. anat., juin 1902.
(2) Sacquépée. *Gaz. hebd.*, juillet 1902.

marquée. Parallèlement à ces troubles se remarquent des modifications dans l'excrétion rénale : polyurie faible, 2 à 3 litres; azoturie considérable, de 60 à 100 grammes dans les vingt-quatre heures; élimination exagérée d'acide phosphorique, 5 à 10 grammes, et de chlorures, 16 à 20 grammes.

Il est singulier cependant que, depuis six ans qu'évolue l'affection actuelle, l'obésité ait persisté : un des symptômes cardinaux du diabète azoturique étant précisément la déchéance organique.

De plus, des troubles mentaux très accentués dominent en quelque sorte la situation : la malade est obsédée par l'idée de manger de la viande; elle se précipitait chez les bouchers pour y dévorer à pleine bouche des viandes crues, fraîches ou même avariées. Par contre, les aliments féculents ou sucrés lui inspirent une véritable phobie.

Dans ces conditions, il est permis de se demander s'il s'agit bien d'un diabète azoturique ou d'une véritable vésanie de la faim, d'une sorte de boulimie portant exclusivement sur les aliments carnés.

La question est délicate; elle a d'ailleurs, outre sa portée théorique indéniable, une conséquence pratique immédiate : faut-il continuer à fournir à la malade des matériaux azotés, conduite rationnelle s'il s'agit d'un diabète azoturique; ou faut-il la traiter comme une maniaque, comme une morphinomane par exemple, en lui diminuant son régime carné, objet de son appétence morbide?

M. Galliard et M[lle] Francillon rapportent un cas de noma. Il s'agit d'une fille de vingt ans, admise le 11 juin 1902 à l'hôpital Saint-Antoine; elle présente une large escare à la face interne de la joue gauche, une plaque gangréneuse moins étendue à droite, des ulcérations des gencives et de la muqueuse des lèvres. Elle a les dents serrées. Sa salivation est copieuse, sale, horriblement fétide, comme son haleine; elle dégage une odeur de cadavre. Elle a de l'œdème de la face, mais pas d'engorgement parotidien et pas de tuméfaction des ganglions sous-maxillaires. Température 37°4. Un peu de diarrhée fétide. Pas d'albuminurie. Abattement, prostration, indifférence absolue.

Après lavage à l'eau phéniquée et application de cocaïne, on pratique la thermocautérisation du centre et de la périphérie des escares, puis on institue de fréquentes irrigations boriquées, phéniquées, et à partir du second jour, lavages à l'eau oxygénée au dixième. Les jours suivants on emploie les badigeonnages avec la solution de permanganate à 1/2000, injections sous-cutanées de sérum, lait, champagne, etc.

Sous l'influence de ce traitement la malade a complètement guéri.

Au moment où la malade quitte l'hôpital, le 5 juillet, les ulcérations mises à nu par la chute des escares sont complètement cicatrisées. Pas d'oblitération des canaux de Sténon, pas d'engorgement parotidien. Pas de lésion viscérale.

Comme cause de cette gangrène de la bouche on ne peut invoquer que le surmenage, la privation d'aliments, la mauvaise hygiène de la bouche; il y a deux dents profondément cariées.

L'examen bactériologique des détritus empruntés au centre de l'escare de la joue gauche montre sur lamelles de nombreux bacilles, les uns courts et trapus, les autres légèrement incurvés et effilés; quelques filaments; des microbes arrondis.

L'ensemencement sur gélose a fait apparaître au bout de quarante-huit heures de très fines colonies transparentes, qui semblaient être constituées par des pneumocoques. L'ensemencement sur bouillon n'a donné aucun résultat.

L'inoculation à la souris est restée négative.

Les cultures aérobies n'ayant donné que des résultats douteux, il est rationnel d'admettre l'influence de bacilles anaérobies; les recherches seront continuées dans ce sens. Pas de microbes dans le sang.

L'examen du sang donne les résultats suivants le 17 juin : globules rouges, 3117000; globules blancs, 30000.

La numération des formes leucocytaires donne le 17 juin : polynucléaires, 90 p. 100; moyens mononucléaires, 1/2 p. 100; gros mononucléaires, 2,5 p. 100; lymphocytes, 6 p. 100. Les chiffres obtenus le 20 et le 24 juin se rapprochent beaucoup de ceux-là.

MÉDECINE PRATIQUE

L'iodure d'éthyle dans la coqueluche (1).

Par M. le docteur Ch. Amat.

S'il est une affection à l'occasion de laquelle on peut dire que la multiplicité des médications employées pour la combattre indique l'insuffisance de chacune d'elles, c'est bien la coqueluche. Parce qu'on sait que rien n'est d'une efficacité certaine, chaque médecin adopte une ligne de conduite à lui spéciale, s'en remettant au temps d'avoir raison d'une maladie d'une si désespérante ténacité. Tel claustre les enfants qu'il soumet à des évaporations antiseptiques et auxquels il administre du bromoforme; tel autre, escomptant au contraire la cure d'air, recommande les sorties fréquentes et prologées et reste fidèle à la médication belladonée. Inutile de dire que les variantes thérapeutiques sont nombreuses, et que si elles peuvent réussir dans une certaine mesure à mettre à l'abri des complications, elles sont sans action réellement bien marquée sur la marche de la coqueluche ellemême. Les accès ne paraissent pas diminuer sous l'action des médicaments, et les quintes restent toujours aussi nombreuses. C'est parce que la thérapeutique la mieux raisonnée fait faillite, que l'empirisme se donne ici large jeu et que les remèdes de bonne femme, la suggestion aidant, sont en réelle faveur.

Dans deux cas récents de coqueluche observés en même temps et dans la même famille sur un petit garçon de deux ans et demi et sur un nourrisson de six mois, les accès étaient fréquents et les quintes des plus fatigantes. Les enfants dépérissaient. Vainement les pulvérisations thymolophéniquées avaient été utilisées; la belladone, le bromoforme s'étaient montrés sans action. Les évaporations d'eau oxygénée autour de la couchette et du berceau n'avaient pas paru plus efficaces. Et chez le nourrisson qui s'était jusqu'à ce moment montré réfractaire à trois tentatives d'inoculations jennériennes, une vaccination parfaitement réussie n'avait apporté aucun soulagement.

Rien n'y faisait, comme disaient les parents et comme le médecin avait le regret de le constater. Les petits coquelucheux continuaient à être secoués tous les quarts d'heure par des quintes qui ne variaient ni en nombre ni en intensité. C'est dans ces conditions que M. Bardet, me rappelant l'efficacité de l'iodure d'éthyle dans l'asthme et la comparabilité de la coqueluche avec cette dernière affection, m'engagea à recourir aux inhalations de ce médicament.

Son conseil fut immédiatement suivi. Dès qu'un accès se produisait, un petit flacon à large ouverture, contenant

(1) Communication à la Société de thérapeutique.

quelques grammes d'iodure d'éthyle, était placé sous le nez du patient afin qu'au moment de la reprise, des vapeurs du médicament fussent inhalées.

L'effet de cette médication ne tarda pas à se produire. On put constater dès le deuxième accès une diminution dans la fréquence et l'intensité des quintes; les accès eux-mêmes devinrent moins nombreux et les sécrétions bronchiques rendues plus fluides, furent facilement projetées hors de la bouche du nourrisson.

Le résultat immédiat se montra des plus saisissants; il sembla, il est vrai, s'atténuer dans la suite; néanmoins la maladie en fut si favorablement influencée qu'elle tourna court au point que huit jours après on ne comptait plus que six accès bénins dans les vingt-quatre heures au lieu des 36 et 40 constatés au début du traitement.

L'emploi de l'iodure d'éthyle dans la coqueluche était d'autant plus précieux qu'on ne pouvait ici faire absorber par le petit enfant de deux ans et demi le moindre médicament. A insister on ne parvenait qu'à provoquer de nouveaux accès.

L'efficacité de l'iodure d'éthyle, dans les cas dont il vient d'être question, a été si manifeste que les parents eux-mêmes, en raison de l'intérêt qu'ils portent aux petits coquelucheux, ont manifesté le vif désir de la voir signalée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine [2e édition] (1), publié sous la direction de MM. Bouchard et Brissaud; t. VIII, par MM. André Petit, W. Œttinger.

Ce tome est consacré entièrement à l'étude des affections de l'appareil circulatoire. M. André Petit a, comme dans la première édition, décrit les maladies du cœur, maladies du péricarde, du myocarde et de l'endocarde, auxquelles il a adjoint l'étude des troubles fonctionnels et des névroses cardiaques : angine de poitrine, syncope, palpitations, pouls lent permanent, tachycardie. Dans la seconde partie, M. Œttinger nous donne d'abord une étude d'ensemble sur les thromboses et les embolies, puis il aborde la description des maladies des artères, et de l'aorte en particulier, et finit par le chapitre consacré aux phlébites. Ce livre n'est pas la simple réédition de celui de 1892; les auteurs se sont fait en effet un devoir de modifier ceux de leurs chapitres qui n'étaient plus conformes aux données actuelles de la science et d'ajouter aux maladies décrites dans la première édition des affections fort importantes. C'est ainsi que M. Petit nous expose d'une façon complète le pouls lent permanent. De même M. Œttinger condense en quelque pages cette lésion singulière des artères caractérisée par l'existence sur le trajet des vaisseaux de moyen calibre, soit d'épaississement un peu diffus, d'apparence nodulaire, soit de véritables petites tumeurs anévrismales. Le chapitre des phlébites a été profondément remanié. En somme, ce livre, par le soin de la rédaction et la beauté de l'impression, reste digne des précédents; il honore les directeurs du *Traité de médecine* et aussi la librairie qui a assumé la tâche gigantesque d'éditer cette publication. L. B.

Traité de technique microbiologique à l'usage des médecins et des vétérinaires (2), par MM. Nicolle et P. Remlinger.

La bactériologie est devenue de nos jours une science des plus complexes et il n'est pas de médecin, de chimiste, de vétérinaire qui, à chaque instant, n'ait besoin de cultiver un microbe donné, de l'isoler, de pratiquer des inoculations aux animaux, etc., etc. Il n'est pas non plus de savant non spécialiste qui n'ait constamment besoin de renseignements théoriques sur telle ou telle maladie infectieuse, sur tel ou tel parasite. C'est pour ceux-ci que MM. Nicolle et Remlinger ont écrit leur *Traité de technique microbiologique*. Grâce à leur compétence bien connue, ces auteurs ont pu condenser en quelques pages fort claires les éléments de la bactériologie. Dans un premier chapitre, ils décrivent la *technique générale*, installation du laboratoire, préparation des milieux de culture, ensemencements, isolements, inoculations, autopsies, coupes, etc. Puis ils abordent la *technique spéciale*, qu'ils ont divisée en quatre chapitres distincts : les *fonctions microbiennes*, les *fonctions leucocytaires*, les *maladies communes à l'homme et aux animaux*, celles *propres à l'homme*, celles *propres aux animaux* et enfin les *applications hygiéniques*. Il nous est impossible d'essayer de résumer ce livre excellent dont M. Roux a pu dire justement qu'il se distingue par l'originalité du plan et du style et la sûreté de la documentation. Mais nous pouvons du moins, et en toute confiance, le recommander chaleureusement aux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*. L. B.

L'accouchement normal : grossesse, accouchement, suites de couches (1), par le docteur Léon Vallois.

Dans ce livre sont exposés, avec beaucoup de méthode et une grande clarté, les phénomènes normaux de l'accouchement. Sans s'occuper de l'embryologie et de la description anatomique de l'appareil génital, l'auteur aborde directement son sujet en étudiant les signes de la grossesse, les différentes présentations et positions fœtales, et les modifications que la grossesse apporte à l'organisme maternel. Il s'efforce avant tout d'être simple et pratique, s'attachant à faire suivre dans chaque chapitre la partie scientifique de déductions pratiques. Le mécanisme de l'accouchement et de la délivrance est minutieusement étudié; le diagnostic du travail et des différentes présentations et positions est établi d'une façon très précise. Chaque cas particulier est décrit et à chacun d'eux correspond une conduite à tenir différente, exposée sobrement et clairement. L'étudiant trouvera dans ce livre tous les renseignements indispensables tant pour le diagnostic de la grossesse que pour la conduite à tenir pendant l'accouchement et la délivrance. Il y apprendra comment on doit pratiquer l'examen obstétrical d'une femme, quels conseils il faut lui donner au cours de sa grossesse, quelles sont les règles hygiéniques qu'elle doit suivre. Aussi le professeur Budin, dans la préface qu'il a écrite pour ce livre, a-t-il pu en dire qu'il sera un guide sûr et éclairé pour les étudiants et les sages-femmes, un excellent vade-mecum pour les praticiens. E. C.

Éléments de physiologie (2), par F. Laulanié.

Ce fascicule est divisé en deux parties : la première est consacrée au mouvement; l'auteur donne une étude fort complète de la physiologie des muscles et des théories relatives à la contractilité musculaire; mais nous signalerons surtout l'important chapitre consacré à l'énergétique musculaire, et en particulier aux relations de la chaleur et du travail musculaire : ayant étudié la production de la chaleur dans les divers cas (travail stérile ou non), l'auteur discute les grandes théories émises sur la nature du moteur vivant : ici le cycle de Carnot est inapplicable, et il ne semble pas que le muscle soit un moteur thermique; la théorie électro-dynamique, développée surtout par d'Arsonval, est passible aussi de bien des objections, et l'auteur paraît se

(1) Gr. in-8°. Prix : 14 francs. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-18 jésus de 1050 p. avec 211 fig. dans le texte. Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

(1) In 18 de 460 pages, avec 59 fig. dans le texte. Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-8°, IIIe fasc. — Paris, Asselin et Houzeau.

ranger à la théorie de Chauveau, pour qui l'énergie chimique dépensée dans la contraction se transforme immédiatement en énergie élastique : dans le cas de contraction statique, l'énergie élastique se transforme intégralement en chaleur ; dans la contraction dynamique, elle se transforme en mouvement et en chaleur, celle-ci ne se dégageant que comme un résidu des transformations qui viennent de s'opérer.

Nous signalerons les paragraphes très complets relatifs aux attitudes, à la locomotion, à la voix : de nombreux schémas rendent fort claire l'analyse des diverses allures.

La seconde partie de ce fascicule est consacrée aux propriétés générales du système nerveux, on y trouvera une étude très détaillée du neurone, des lois de l'excitabilité et de la conductibilité des nerfs, des réflexes.

Cet ouvrage, fort complet et fort clair, se recommande à tous ceux qui s'intéressent à la physiologie. L. B.

Les courants de haute fréquence en dermatologie [traitement des maladies cutanées et vénériennes] (1), par le docteur H. Lebon.

Grâce aux belles découvertes du professeur d'Arsonval, l'électrothérapie qui, pendant de longues années, était restée stationnaire, a fait d'immenses progrès. La dermatologie, en particulier, a largement profité des récentes recherches ; mais jusqu'ici il n'a pas été publié de travail d'ensemble sur ce sujet. M. le docteur Lebon, en sa double qualité d'ancien interne de l'hôpital Saint-Louis et de chef du service d'électrothérapie de l'hôpital Bichat, avait une compétence toute particulière pour traiter cette question et, malgré la difficulté du sujet, il a doté le monde médical d'un ouvrage clair, concis, qui résume à l'heure actuelle l'état de nos connaissances, au double point de vue physiologique et thérapeutique, sur les nouvelles découvertes électriques.

Les médecins qui n'appartiennent pas à la toute jeune génération avaient peine, dans les mémoires disséminés et peut-être un peu trop techniques, à comprendre tous ces mots nouveaux pour eux (haute tension, haute fréquence, self-induction, etc.) dont on ne parlait pas au moment de leurs études. M. le docteur Lebon a compris qu'il devait surtout donner à ses confrères des explications claires et concises sur ce sujet, et ses chapitres consacrés à la physiologie et à la technique sont des plus intéressants et des plus compréhensifs. Les travaux de d'Arsonval, de Hertz, de Tesla, y sont analysés de main de maître, les appareils y sont décrits avec clarté et de nombreuses gravures facilitent leur étude.

La partie purement physiologique est fort complète, et nous trouvons réunies en un tout bien coordonné toutes nos connaissances sur l'action, sur l'organisme et aussi les microorganismes des nouveaux courants.

Quant à la partie thérapeutique, elle est réservée à l'étude de l'action des courants de haute fréquence et de haute tension sur les maladies cutanées et vénériennes et sur les affections inflammatoires locales et externes. Malgré le petit nombre d'années pendant lesquelles les recherches ont été faites sur ce sujet, puisque les premières datent de 1896, on est étonné des nombreuses observations déjà publiées. Presque toutes les dermatoses : prurit, psoriasis, eczéma, pelade, zona, acné, furonculose, lupus, etc., le chancre mou, les végétations, la blennorragie, les plaies, paraissent être heureusement influencées à la suite de l'application des courants de haute fréquence.

En résumé, le livre du docteur Lebon permettra aux médecins de se mettre facilement et rapidement au courant des nouvelles études de physique médicale. F. R.

(1) In-8° de 60 p., orné de nombr. fig. dans le texte. Prix : 2 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques et littéraires.

Le ganglion lymphatique (1), par Henri Dominici. N° 30 de l'*Œuvre médico-chirurgical.*

L'étude anatomique et physiologique du système lymphoganglionnaire a fait dans ces derniers temps des progrès remarquables. M. Dominici a su se spécialiser dans cette étude et la série de travaux qu'il a publiée sur ce sujet a bien mis en lumière le rôle important de cet organe, peu connu jusqu'à ce jour. Le docteur Critzmann a donc été bien inspiré de demander à M. Dominici une monographie clinique sur le ganglion lymphatique.

Dans différents chapitres l'auteur examine successivement la structure et le rôle hématopoiétique du ganglion, la genèse et les fonctions de ses éléments constitutifs, la présence et la nature des différents éléments lymphatiques qu'il contient. L'auteur passe ensuite à l'étude du ganglion au point de vue de l'anatomie et de la physiologie générale et fait ressortir son rôle si important dans la compréhension des processus infectieux. Ce travail est illustré de plusieurs figures qui facilitent singulièrement la description anatomique. F. R.

LES COURS DE VACANCES

DE L'HOTEL DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Il a été question depuis peu d'organiser en France des cours de vacances analogues à ceux qui existent dans les universités allemandes. L'utilité, je dirai plus la nécessité de pareils cours est indiscutable ; sur de nombreux points, l'évolution des sciences et de la pratique médicales est tellement rapide, qu'un médecin occupé est dans l'impossibilité complète de la suivre. On peut même se demander s'il n'est pas préférable pour lui, comme méthode de travail, de ne pas chercher à se tenir au courant sur tous les points nouveaux au jour le jour, et s'il ne vaut pas mieux faire de temps à autre un effort important, et d'apprendre les notions nouvelles en un court espace de temps ; encore faut-il qu'elles lui soient présentées de la manière la plus simple, que l'enseignement se borne à exposer les faits nouveaux sans entrer dans les discussions qui rendent si difficiles pour tous l'intelligence exacte et la mise au point des questions nouvelles.

C'est dans cet esprit que des amis et moi avons cherché à réaliser un enseignement de vacances.

Nous désirons fournir aux praticiens le moyen d'apprendre, au prix d'un effort de quelques semaines, ce qui peut leur être utile au point de vue de leur pratique journalière dans les acquisitions récentes de la médecine, et surtout pour ceux qui font de la médecine générale d'apprendre ce qu'il leur est nécessaire de savoir dans chaque spécialité.

Pour atteindre ce résultat, nous avons groupé les cours qui seront faits du 6 au 25 octobre dans un même local autant que possible. Les médecins trouveront, je pense, parmi ces cours quelques-uns qui répondent à leurs besoins plus particuliers.

La date d'octobre a été choisie de manière à permettre à la fois à des médecins de province qui seraient à Paris ou même qui pourraient se déplacer à cette époque de l'année d'assister à ces cours et aux médecins de Paris de les suivre à une époque où leurs occupations ne sont pas encore trop absorbantes.

La *Gazette des hôpitaux* publiera quelques programmes des cours qui permettront, je l'espère, d'en apprécier la portée pratique.

Les encouragements que nous avons reçus, les adhésions que nous avons déjà, nous font croire que nous avons vu

(1) Gr. in-8°, avec fig. dans le texte. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

juste et que nous n'aurons peut-être pas eu trop d'illusions en pensant faire une œuvre utile. LEREDDE.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

M. ROSENWALD. Enseignement de la déontologie médicale dans les Facultés. — M. MIR. Les idées actuelles sur le traitement du choléra infantile. — M. LEROUX. De l'emploi des verres dans le traitement du strabisme. — M. GALAND. De la rhinotomie sous-labiale. — M. SIMART. Contribution à l'étude de la mort subite par rétrécissement et oblitération des coronaires cardiaques. — M. CARTON. De la durée de la vie chez les épileptiques. — M. CERAC. Contribution à l'étude de l'action hémostatique du sérum gélatiné en injections hypodermiques. — M. CLERC. Contribution à l'étude de quelques ferments solubles du sérum sanguin. — M. CHADZINSKI. Des réflexes tendineux et cutanés et de leur dissociation (antagonisme) dans les maladies du système nerveux. — M. DE ROCCA-SERRA. Étude clinique et expérimentale de l'affection oculaire produite par le contact du podophyllin. — M. LE GENTIL. Kératite parenchymateuse et surdité. — M. MALLET. Le bi-carbonate de soude en chirurgie : technique, indications. — M. DANIEL. Contribution à l'étude des formes hypertrophiques et sténosantes de la tuberculose rectale. — M. LE ROY DES BARRES. L'anastomose musculo-tendineuse dans le pied bot paralytique. — M. RIVIÈRE. Des lésions non bacillaires des nouveau-nés issus de mères tuberculeuses. — M. DECOTTIGNIES. De l'action toxique de l'acide oxalique. — M. PELLAGOT. Des résultats thérapeutiques obtenus par la ponction lombaire dans différentes affections. — M. LEREBOULLET. Les cirrhoses biliaires. — M. Pierre DUVAL. Traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien. — M. VIAN. Étude sur les phlébites dans les infections vésicales. — M. LEVADITI. Contribution à l'étude des Mastzellen et de la Mastzellen-leucocytose. — M. BLAVOT. Traitement des méningites cérébro-spinales. — M. ARIES. Emploi de la lécithine chez les vieillards. — M. LEVY. Les ruptures isolées de la choroïde. — M. FEROUELLE. Le chancre syphilitique du col de l'utérus, cause de dystocie. Étude clinique et traitement. — M. ABRAMOFF. Contribution à l'étude des lésions tuberculeuses des os. — M. CHOUTET. Les sels cacodyliques. — M. MEHEUT. Contribution à l'étude des fibromes gravidiques, rareté des indications à l'intervention au cours de la grossesse. — M. JORET. De la pathogénie du céphalématome d'après quelques anomalies dans son siège et l'époque de son apparition. — M. GÉRAUDEL. Étude sur la cirrhose paludique. — M. FERRAND. Essai sur l'hémiplégie des vieillards; les lacunes de désintégration cérébrale. — M. OBRECHT. Phlegmatia alba dolens dans la pneumonie. — M. BERTHIER. Du drainage vésical par les voies naturelles. — M. AILLET. Contribution à l'étude clinique de l'ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus. — M. SEYER. La perte du réflexe du tendon d'Achille dans le tabes. — M. GUILLAIN. La forme spasmodique de la syringomyélie. La syringomyélie par névrite ascendante et par traumatisme. — Mlle EUDEL. La diphtérie à l'hôpital de Nantes. — M. BOURLA. Virulence du pneumocoque dans certaines formes des congestions pulmonaires. — M. POULAIN. Étude de la graisse dans le ganglion lymphatique normal et pathologique. — M. PAGNIEZ. Actions exercées sur les globules rouges par quelques liquides normaux et pathologiques de l'organisme.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Bordeaux.* — La médaille d'or de l'internat est décernée à M. Carlet.

MM. Duvergey et Péry sont désignés pour faire une quatrième année d'internat.

Le prix de la Ville de Bordeaux est décerné à M. Laffargue, interne des hôpitaux.

Faculté de médecine de Paris. — Le conseil de la Faculté de médecine a tenu, la semaine dernière, sa dernière séance pour l'année scolaire 1901-1902.

La séance tout entière a été consacrée à la question de la chaire d'anatomie.

On proposait de décider l'incompatibilité des fonctions de professeur d'anatomie avec celle de chirurgien des hôpitaux. Dans ce cas, on aurait réuni les fonctions de chef des travaux anatomiques à celles de professeur, ce qui aurait donné au titulaire de cette dernière chaire une situation de 25 000 francs par an environ. Cette motion a été repoussée. Il a été simplement décidé : 1° qu'aucune aggravation ne serait apportée aux conditions déjà exigibles pour les fonctions de professeur d'anatomie; 2° que le chef des travaux anatomiques, désormais, ne serait plus nommé au concours, mais nommé par le conseil de la Faculté, qui le choisirait parmi les agrégés; ses fonctions seront annuelles et renouvelables. Toutefois, cette mesure ne sera applicable qu'à la fin de la période pour laquelle M. le docteur Rieffel, chef actuel des travaux anatomiques, a été nommé.

De ces deux mesures, il résulte que la question du choix d'un « anatomiste de carrière » est écartée, et que, en outre, le professeur d'anatomie tiendra en main tout le service, ce qui n'avait pas lieu auparavant, le chef des travaux étant seul maître à l'École pratique.

Facultés de médecine. — *Lyon.* — Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Vignard.

Prix Etienne Falcouz (1 000 francs). — Ce prix est attribué à MM. Chanoz et Lesieur, chef des travaux à la Faculté, qui ont présenté en commun un mémoire sur les « Applications médicales de la cryoscopie ».

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de la marine Infernet.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Sebileau, Du Castel, André Petit, J. Renault, L.-G. Tissier et L. Cruet (de Paris); Marchand (d'Aulnay), Gagnard (de Castillon), Paillard (de Varzy).

MM. les médecins de première classe de la marine Marchandon, Borius et Masurel.

— M. le docteur Foubert (de Saint-Savinien) est nommé officier de l'Instruction publique.

MM. les docteurs Jean (de Rouffé ac), Jobard (d'Is-sur-Tille), Joubert (de Burie), Papillaud (de Saujon) et Rey (de Charenton) sont nommés officiers d'Académie.

Marine. — Le concours pour l'emploi de professeur de séméiologie médicale à l'École annexe de médecine navale de Toulon aura lieu dans ce port, à la date du 22 septembre prochain.

Seront seuls admis à prendre part à ce concours les candidats réunissant les conditions exigées par l'article 6 de l'arrêté ministériel du 24 juin 1886.

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la** vingt-neuvième **semaine**, 886 décès, au lieu de 822 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 910

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de la moyenne 12; le nombre des cas nouveaux (21) est à peu près stationnaire et toujours inférieur à la moyenne (64).

La variole n'a causé aucun décès cette semaine; le nombre des cas nouveaux (5) est encore en diminution sur celui déjà faible des semaines précédentes (la moyenne est 15).

La rougeole a causé 17 décès, au lieu de 21 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 21; la scarlatine 1 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 4; la coqueluche, 7 décès, au lieu de 6 pendant la précédente semaine (la moyenne est 6); la diphtérie 13 décès, au lieu de 11 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 7; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins, pour cette dernière affection (143), est encore en augmentation sur celui des semaines précédentes et très supérieur à la moyenne 57.

La diarrhée infantile n'a encore causé que 36 décès de 0 à 1 an, au lieu de 38 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 97. Cette excessive faiblesse de la mortalité pour une affection qui, en cette saison, a généralement plus de gravité, est très remarquable, on doit cependant ajouter que 11 décès d'enfants de 1 à 2 ans et 8 d'enfants de plus de 2 ans et d'adultes ont été attribués à des maladies diarrhéiques. On doit craindre que la mortalité n'augmente, surtout si les chaleurs revenaient, et on ne saurait trop recommander aux familles de veiller à la stérilisation du lait offert aux enfants et à la parfaite propreté des vases qui le contiennent.

En outre, 22 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 116 décès, au lieu de 104 pendant la semaine précédente et au lieu de 99, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 3 décès (au lieu de la moyenne 9); bronchite chronique, 14 (au lieu de la moyenne 13); pneumonie, 25 (au lieu de la moyenne 19); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 74 (au lieu de la moyenne 58), dont 20 sont dus à la congestion pulmonaire et 43 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 197 décès ; la méningite tuberculeuse, 17; la méningite simple, 18; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 47; les maladies organiques du cœur, 55; le cancer a fait périr 66 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 10 décès; la cirrhose du foie, 12; la néphrite, 26; enfin, 21 vieillards sont morts de débilité sénile.

Écoles d'infirmiers et d'infirmières de la Ville de Paris. — Il y a quelques jours a eu lieu, à la Pitié, la distribution des prix à l'école d'infirmières de la Ville de Paris. Elle a été l'occasion de déclarations intéressantes pour le personnel.

M. Bourneville, directeur général de l'enseignement des infirmiers, a prononcé un discours dans lequel il a fait l'historique des écoles d'infirmiers et exprimé le vœu que la condition des infirmiers soit améliorée à tous les points de vue, et le plus tôt possible, aussi bien pour ce qui est du traitement, que de l'alimentation et du logement.

M. Desplat, conseiller municipal, a répondu que le projet d'emprunt au profit de l'Assistance publique sera déposé en octobre, et que l'hôpital de la Pitié serait l'un des premiers à en profiter. Les infirmières auront donc alors des dortoirs convenables, et leur alimentation sera aussi améliorée.

— La distribution des récompenses aux élèves de l'école d'infirmières et d'infirmiers de la Salpêtrière aura lieu le mardi 29 juillet à quatre heures.

Le pharmacien Danval. — Dans sa dernière assemblée l'Association des médecins du département d'Alger a voté une somme de cinquante francs à titre de secours en faveur du pharmacien Danval. Elle veut ainsi, dit-elle, contribuer à aider Danval à faire face aux frais que nécessitera la revision de son procès. L'Association exprime le vœu que cet exemple soit suivi par d'autres assemblées métropolitaines.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chassagne (de Saint-Gauthier), Eyries (de Marseille), Roux (de Chinon), Sabaros (de Courville), Creutzer (de Ceintrey) ; et M. Leroy, interne à Bordeaux.

Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — A l'occasion des vacances de 1902, la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche sur la Savoie les trains de plaisir (1re, 2e et 3e classe) ci-après :

1er *août*. — Départ de Paris à 11 h. 55 soir, arrivée le 2 août à Annemasse, midi 40; Bonneville, 2 h. 17 soir; Le Fayet Saint-Gervais, 3 h. 26 soir.

8 *août*. — Départ de Paris à 11 h. 55 soir, arrivée le 9 août à Chambéry, 11 h. 59 matin ; Saint-Pierre d'Albigny, midi 37; Moutiers-Salins, 2 h. 40 soir.

Prix (aller et retour) sur : Annemasse, 1re cl., 68 fr. 40; 2e cl., 46 fr. 20; 3e cl., 24 fr. 15; Bonneville, 1re cl., 71 fr.; 2e cl., 47 fr. 95; 3e cl., 25 fr. 05; Le Fayet Saint-Gervais, 1re cl., 75 fr. 15; 2e cl., 50 fr. 75; 3e cl., 26 fr. 50.

Chambéry, 1re cl., 64 fr. 40; 2e cl., 43 fr. 45; 3e cl., 22 fr. 65. — Saint-Pierre-d'Albigny, 1re cl., 67 fr. 10; 2e cl., 45 fr. 30; 3e cl., 23 fr. 60 ; Moutiers-Salins, 1re cl., 72 fr. 90; 2e cl., 49 fr. 20; 3e cl., 25 fr. 70.

Franchise de 30 kilogrammes de bagages.

Les billets seront délivrés, à dater du 15 juin, au bureau P.-L.-M. de la rue Tiquetonne.

Pour chaque train de plaisir, les bagages seront reçus à l'enregistrement dès la veille du départ du train et le jour du départ, jusqu'à six heures du soir au plus tard.

Le retour s'effectuera au gré des voyageurs jusqu'au 1er novembre 1902 par tous les trains ordinaires, y compris les express, dans les mêmes conditions que pour les voyageurs en général.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au bureau P.-L.-M. de la rue Tiquetonne.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 85. — JEUDI 31 JUILLET 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 31 JUILLET 1902. — N° 85

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE NERVEUSE DE LA SALPÊTRIÈRE

SUR UN CAS D'ASSOCIATION D'HÉMIANOPSIE ET DE PARALYSIE ALTERNE SUPÉRIEURE (1)

Par M. le professeur RAYMOND.

Messieurs,

Dans ma dernière leçon clinique, j'ai étudié la pathogénie des troubles moteurs post-hémiplégiques, chorée, athéthose, tremblement. A cette occasion, je vous ai appris à reconnaître une variété particulière de syndrome de Weber, de paralysie alterne supérieure; je vous ai présenté, en effet, une jeune fille atteinte d'une part de paralysie des branches de la troisième paire droite, d'autre part d'une hémiplégie du bras et de la jambe du côté gauche, mais à cette hémiplégie se superposait un tremblement permanent du bras et de la jambe, association qui a valu à cette forme de paralysie alterne supérieure le nom de syndrome de Benedikt, nom de l'auteur qui l'a le premier signalée.

Aujourd'hui, je vais examiner devant vous un homme atteint lui aussi de syndrome de Benedikt, c'est-à-dire de paralysie alterne supérieure avec tremblement post-hémiplégique; mais chez ce malade, le tableau clinique se complique en outre d'une hémianopsie. Ce cas complexe vous paraîtra donc intéressant à plusieurs titres. Il me permettra de vous retracer l'anatomie des voies optiques et de vous indiquer les signes qui doivent vous guider dans le diagnostic de localisation des lésions ayant provoqué une hémianopsie. Il m'obligera aussi à vous exposer la vascularisation du pédoncule cérébral et des voies optiques, car, sans ces notions, il vous serait impossible de comprendre comment une seule lésion vasculaire peut expliquer cette association morbide, syndrome de Weber et hémianopsie.

Notre malade est un garçon de banque âgé de cinquante-deux ans. On ne trouve chez lui ni alcoolisme, ni syphilis, ni intoxication saturnine ou paludique et, comme antécédents héréditaire ou personnel, je ne puis vous signaler qu'un violent rhumatisme articulaire aigu survenu à l'âge de vingt-neuf ans et ayant déterminé une insuffisance mitrale. La santé générale de cet homme est donc relativement excellente jusqu'au 22 octobre 1901. Ce jour là, il se réveille à deux heures du matin avec un léger malaise, une sensation de fourmillements au niveau de la main et du pied gauche. Cependant il se lève, déjeune, se rend à son bureau lorsque, dans le trajet, il est pris d'une parésie progressive du bras et de la jambe gauche, et bientôt, atteint de vertiges, il tombe sur la voie publique mais sans perte de connaissance cependant. Les passants le relèvent, l'installent dans une voiture, il peut donner son adresse et on le ramène chez lui. Or, à ce moment, se place un symptôme fort curieux : le malade reconnaissait fort bien l'heure, les personnes de son entourage; il racontait correctement son accident, et cependant il ne reconnaissait pas les lieux où il se trouvait, il ne savait pas qu'on l'avait transporté dans sa chambre; bref il présentait une perte de la mémoire des lieux, de la mémoire topographique. Le soir même, ce symptôme avait disparu; persistait seulement une légère hémiplégie du côté gauche. L'état s'améliorait lorsque, le 26 octobre, le malade est pris de délire nocturne avec agitation, verbigération et le matin il présente nettement une paralysie flasque complète du bras et de la jambe du côté gauche avec participation du facial inférieur de ce même côté. En outre, le malade accuse très nettement une *diplopie* permanente.

Voilà donc une première phase caractérisée par l'apparition d'une hémiplégie banale avec diplopie.

Quatre mois se passent, ces phénomènes s'améliorent surtout la diplopie, lorsque survient une deuxième phase : en voulant lire son journal, le malade constate qu'il ne voit plus la moitié gauche de la page, de sorte qu'il est obligé de tourner sa tête pour achever la lecture de la ligne commencée. En outre, il sent un tremblement se superposer à son hémiplégie, gagner d'abord le membre supérieur, ensuite le membre inférieur, augmenter peu à peu d'intensité et devant l'entrée en scène de ces nouveaux phénomènes, il se décide à nous consulter à la Salpêtrière au mois de mai 1902. C'est donc par deux invasions successives, par deux

(1) Leçon clinique recueillie et rédigée par le docteur R. CESTAN, ancien chef de clinique à l'hospice de la Salpêtrière.

ictus que s'est établi le tableau morbide, mais sans fièvre, sans céphalées violentes, sans vomissement, sans perte de connaissance.

Notre malade est un homme robuste, âgé de cinquante-deux ans, mais presentant les signes d'une artério-sclérose avancée, artères temporales sinueuses, foie un peu gros, pollakiurie, traces sensibles d'albumine dans les urines. Vous le voyez avec un aspect général de raideur, de soudure, d'immobilité dans l'attitude qui rappelle un peu le facies de la paralysie agitante. Son bras gauche est atteint d'un *tremblement* rythmé, de moyenne amplitude, consistant en des alternatives de mouvement, de flexion et d'extension. Continu, ce tremblement s'exagère par les mouvements intentionnels, disparaît au contraire dans le sommeil. Il s'associe à un certain degré d'ataxie dans la préhension des objets. Il siège surtout à la main, mais atteint aussi le pied, le gros orteil en particulier; les autres segments, avant-bras, bras, jambe, cuisse, n'y participent que d'une façon indirecte.

Un examen plus approfondi montre derrière ce tremblement l'existence d'une hémiplégie motrice atteignant le bras, la jambe et le facial inférieur du côté gauche, hémiplégie au surplus très légère, qui ne modifie pas la marche, mais se manifeste néanmoins par une perte de la force segmentaire du bras et de la jambe, par une exagération des réflexes tendineux et osseux, par le réflexe cutané plantaire qui se fait manifestement en extension du côté gauche. En outre, il existe une hypoesthésie très nette sur toute la moitié gauche du corps, face et membres, mais avec un maximum d'intensité sur les segments distaux, main et pied; on constate aussi une perversion de la sensation, en ce sens que l'application d'un corps froid détermine une sensation douloureuse. Au contraire le sens des attitudes et le sens stéréognostique sont normaux. Je résumerai en quelques mots cette hémiplégie : hémiplégie sensitivo-motrice de tout le côté gauche, présentant tous les caractères sensitifs et moteurs, d'une hémiplégie d'origine cérébrale et compliquée au surplus d'un tremblement permanent du pied et de la main paralysés.

Mais le fait clinique important est l'association de cette hémiplégie d'une part avec des paralysies des muscles de l'œil, d'autre part avec une hémianopsie. Voici la note détaillée que m'a remise M. Dupuy-Dutemps; j'aurai à revenir plus tard sur certains détails très importants dans le cas actuel. Le malade a présenté autrefois une diplopie très accentuée. A l'heure actuelle, par le verre coloré, on met en évidence une parésie très nette des muscles droits inférieurs et supérieurs de l'œil droit; il existe un léger degré de ptosis droit. *On peut donc conclure à une lésion de plusieurs branches de la troisième paire droite.* Mais les réflexes pupillaires à l'accommodation et à la lumière sont parfaitement conservés. Le fond de l'œil est normal. Enfin *il existe une hémianopsie latérale gauche*, respectant le point de fixation. La réaction pupillaire dite de Wernicke fait défaut. Vous retiendrez en somme que notre malade est porteur de deux variétés de lésions oculaires, l'une intéressant la *musculature* et consistant en paralysies de quelques branches de la troisième paire droite, l'autre intéressant le *champ visuel* et consistant en une hémianopsie latérale gauche.

Je vous signalerai enfin rapidement l'absence de céphalées, de vomissements, de torpeur, de troubles psychiques, car cet homme parle, écrit, comprend aussi bien la parole entendue que l'écriture. Telle est la symptomatologie présentée par notre malade et que nous pouvons résumer : paralysie alterne supérieure intéressant certaines branches de la troisième paire droite, hémianopsie temporale gauche homonyme.

Le diagnostic de lésion organique de l'encéphale n'est pas un instant incertain dans le cas actuel. Tous les caractères des signes moteurs, sensitifs, oculaires que j'ai analysés peuvent vous permettre d'éliminer avec facilité l'hystérie. Mais plus difficile à résoudre est le problème de la localisation et de la nature de cette lésion organique.

La clinique nous a montré que notre malade est atteint d'une association de syndrome de Weber et d'hémianopsie. En effet, nous avons constaté chez lui l'existence d'une hémiplégie sensitivo-motrice de tout le côté gauche, présentant les caractères de l'hémiplégie de cause cérébrale, c'est-à-dire déterminée par une lésion située au-dessus de l'entrecroisement des fibres pyramidales destinées au noyau du facial et caractérisée par suite par une paralysie du facial inférieur du même côté que la paralysie du bras et de la jambe. *Cette hémiplégie gauche* est associée à une paralysie de la *troisième paire droite*; nous sommes donc bien en présence d'une paralysie alterne supérieure, d'un syndrome de Weber. Or vous savez que la troisième paire droite a son noyau d'origine dans le pédoncule cérébral droit. Nous devons par suite admettre l'existence, chez notre malade, d'une lésion dans le pédoncule cérébral droit; cette lésion a déterminé, d'une part, une paralysie de la troisième paire droite, d'autre part, par l'altération des voies motrice et sensitive non encore entrecroisées, une hémiplégie sensitivo-motrice du côté opposé à la lésion, c'est-à-dire intéressant le facial inférieur, le bras et la jambe du côté gauche. Mais, comme aux troubles hémiplégiques se surajoute un tremblement, nous donnerons à ce type particulier de paralysie alterne supérieure, de paralysie pédonculaire, le nom de syndrome de Benedikt, du nom de l'auteur qui a le premier signalé cette association. Je n'insiste pas sur ce syndrome et sur la pathogénie du tremblement post-hémiplégique, que je vous ai exposés en détail dans une dernière leçon clinique.

Nous sommes donc amenés à conclure à l'existence, chez notre malade, d'une première lésion intéressant le pédoncule cérébral droit. Mais cette lésion ainsi placée peut-elle déterminer une hémianopsie homonyme latérale gauche?

Le terme hémianopsie homonyme temporale gauche signifie que notre malade a perdu d'une part la partie *temporale* du champ visuel de l'œil gauche, d'autre part la partie *nasale* du champ visuel de l'œil droit. Pour chaque œil, la ligne de séparation entre le champ visuel conservé et le champ visuel supprimé est verticale, présentant cependant en son milieu une encoche par la conservation complète du faisceau central maculaire. Par le fait de la marche des rayons lumineux à travers le système optique des milieux réfringents de l'œil, le champ visuel temporal se projette sur la moitié nasale de la rétine, et le champ visuel nasal sur la moitié temporale de la rétine. Or une rétine se met en relation avec les deux hémisphères cérébraux : dans sa moitié temporale avec l'hémisphère cérébral du même côté, dans sa moitié nasale avec l'hémisphère cérébral du côté opposé. Il en résultera donc qu'une lésion par exemple de l'hémisphère cérébral droit déterminera une insensibilité, par le faisceau direct, d'une part, de la partie temporale de la rétine droite, par suite une suppression de la partie nasale du champ visuel de l'œil droit; par le faisceau

croisé, d'autre part, de la partie nasale de la rétine gauche, par suite une suppression de la partie temporale du champ visuel de l'œil gauche. Une lésion de l'hémisphère cérébral *droit* provoque par suite une *hémianopsie latérale gauche homonyme*, ces mots voulant dire que c'est la moitié gauche du champ visuel de chaque œil qui est supprimée, ou en d'autres termes, une hémianopsie temporale gauche homonyme, le mot *temporal gauche* voulant dire suppression du champ visuel temporal de l'œil gauche, le mot *homonyme* qu'à cette suppression du champ visuel *temporal de l'œil gauche* s'associe une suppression du champ visuel *nasal de l'œil droit*.

Or chez notre malade, je vous ai signalé l'existence d'une hémianopsie latérale gauche homonyme; nous devons par suite admettre chez lui l'existence d'une lésion de l'hémisphère cérébral droit. Mais dans quelle partie de l'hémisphère pouvons-nous la localiser?

D'après les explications que je viens de vous fournir, et, laissant de côté le faisceau optique central destiné à la macula, vous savez que le nerf optique de l'œil droit, par exemple, comprend deux faisceaux : l'un externe, venant de la partie temporale de la rétine droite, l'autre interne, venant de la partie nasale de cette même rétine. Le faisceau temporal, vous ai-je dit, est direct, il va donc entrer dans la constitution de la bandelette optique droite. Le faisceau nasal est croisé; il va donc former le chiasma optique par son entrecroisement avec le faisceau nasal du côté opposé, et entrer ensuite dans la constitution de la bandelette optique du côté opposé, c'est-à-dire de la bandelette optique gauche.

La bandelette optique droite est donc composée d'un faisceau direct temporal droit, d'un faisceau croisé nasal gauche; sa section déterminerait donc par suite une hémianopsie temporale gauche homonyme.

Désormais ainsi réunies, et même plus ou moins entremêlées, suivant quelques auteurs, les fibres optiques aboutissent en grand nombre (80 p. 100) au corps genouillé externe, en petit nombre au pulvinar de la couche optique, peut-être même aux tubercules quadrijumeaux antérieurs. C'est dans ces masses que se termine le premier neurone optique, dont la cellule d'origine est au niveau de la rétine. Intervient ensuite un deuxième relai, un deuxième neurone qui a son point de départ dans le corps genouillé externe et le pulvinar et son aboutissant dans la région du cunéus autour de la scissure calcarine, après avoir constitué les radiations optiques de Gratiolet qui contournent la face externe du prolongement sphénoïdal du ventricule latéral.

Toute lésion siegeant sur le trajet des fibres optiques droites, en arrière du chiasma, c'est-à-dire au niveau de la bandelette optique droite, ou du corps genouillé droit, ou des radiations optiques de Gratiolet, ou du centre visuel cortical entourant la scissure calcarine de l'hémisphère cérébral droit, déterminera une hémianopsie latérale gauche homonyme. Avons-nous le moyen de préciser le siège de la lésion? Aux fibres optiques visuelles seraient accolées des fibres sensitives destinées au reflexe pupillaire lumineux. Ce mélange persisterait dans la bandelette optique jusqu'au corps genouillé externe. A ce niveau, les fibres pupillaires auraient un trajet indépendant, se rendraient soit aux tubercules quadrijumeaux antérieurs (Monakow), soit au ganglion de l'habenula (Mendel) et finalement au noyau de la troisième paire. S'il en est ainsi, une lésion de la bandelette optique sectionnant d'une part les fibres sensorielles visuelles, d'autre part les fibres sensitivo-réflexes destinées à la troisième paire pour déterminer la contraction réflexe de la pupille, créera une hémianopsie latérale homonyme avec perte du réflexe pupillaire à la lumière dans les parties supprimées du champ visuel; *c'est là le phénomène de la réaction pupillaire hémiopique de Wernicke.* Au contraire, si la lésion siège au delà du corps genouillé,

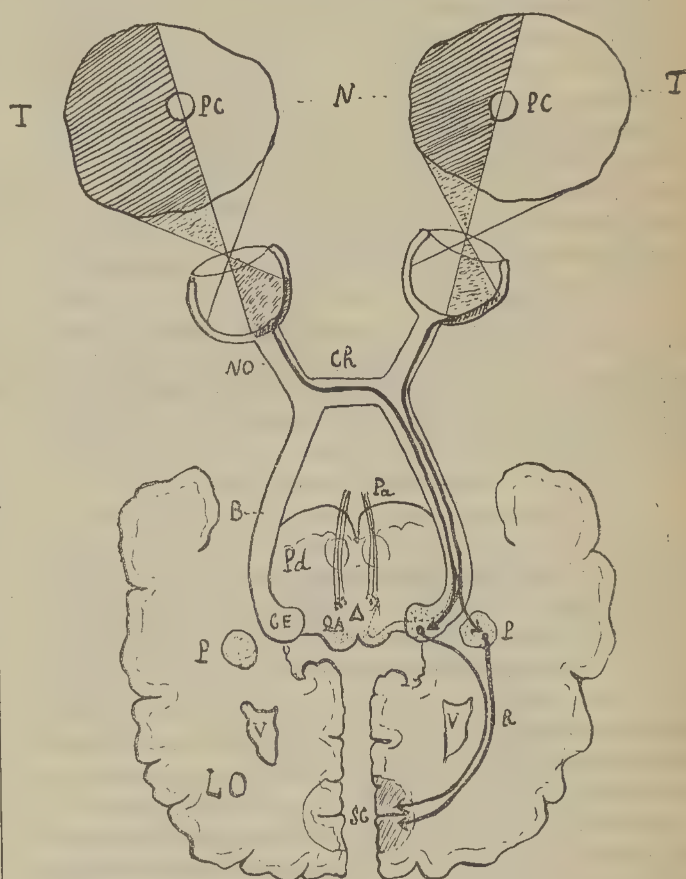


Schéma de la voie optique cérébrale droite { —— *voie sensorielle.* .... *voie pupillaire.*

B, bandelette optique. — GE, corps genouillé externe. — Ch, chiasma. — LO, lobe occipital. — N, côté nasal du champ visuel. — NO, nerf optique. — P, pulvinar de la couche optique. — Pd, pédoncule cérébral. — Pa, nerf de la troisième paire. — PC, point central de fixation du champ visuel. — QA, tubercule quadrijumeau antérieur. — R, radiations optiques de Gratiolet. — SC, scissure calcarine. — T, côté temporal du champ visuel. — V, ventricule latéral.

alors que les fibres réflexes pupillaires se sont déjà séparées de la voie optique, c'est-à-dire si la lésion atteint ou les radiations optiques de Gratiolet ou le centre visuel cortical, elle déterminera bien une hémianopsie homonyme temporale, mais l'excitation lumineuse dans le champ visuel supprimé peut cependant contracter la pupille.

Or, je vous ai dit que, chez notre malade, malgré l'existence de l'hémianopsie temporale gauche, les deux pupilles se contractaient très bien sous l'influence de la lumière, que la réaction pupillaire hémiopique de Wernicke faisait défaut. Je suis donc amené à localiser la lésion soit au niveau des radiations optiques, soit au niveau du centre visuel cortical, mais il m'est impossible de pousser plus loin l'analyse et de vous affirmer que la lésion est corticale ou sous-corticale.

L'analyse des symptômes m'a conduit à supposer que la symptomatologie présentée par notre malade est sous la dépendance de deux lésions, l'une dans le pédoncule cérébral droit, créant la paralysie alterne supérieure, l'autre

dans le lobe occipital droit, créant l'hémianopsie. On pourrait à la rigueur objecter que la bandelette optique contourne intimement le pédoncule cérébral pour aboutir au corps genouillé externe et que par suite une seule lésion peut léser et cette bandelette optique et le pédoncule cérébral. Mais dans cette hypothèse, la lésion aurait dû atteindre profondément le pédoncule, elle aurait dû surtout déterminer une paralysie complète de toutes les branches de la troisième paire, atteignant cette troisième paire dans ses fibres radiculaires au moment où elles sortent du pédoncule. Chez notre malade. au contraire, nous observons une paralysie limitée à quelques branches de la troisième paire et, comme nous savons que les noyaux des branches de la troisième paire sont dissociés sous la forme d'une longue colonne grise placée sous l'aqueduc de Sylvius, il est plus logique d'expliquer la participation de certaines branches et l'intégrité des autres par le siège nucléaire de la lésion. Au surplus les notions que je vais maintenant vous donner sur la vascularisation du pédoncule cérébral vous permettront et de comprendre la possibilité de cette dissociation des paralysies de la troisième paire et de saisir comment une seule lésion vasculaire peut avoir entraîné chez notre malade une paralysie alterne supérieure et une hémianopsie.

Le tronc basilaire, issu des deux vertébrales, se divise, à la naissance des pédoncules cérebraux, en deux artères, les artères cérébrales postérieures, destinées au lobe occipital de chaque hémisphère. Chaque artère cérébrale postérieure assure donc la vascularisation de la zone visuelle corticale; et je vous rappellerai que si les territoires des artères cérébrales antérieure, sylvienne et postérieure échangent quelques anastomoses, du moins leurs branches de terminaison dans l écorce sont terminales et que, par suite, leur oblitération est suivie d'un ramollissement du cortex.

Dans leur trajet, les artères cérébrales postérieures émettent une série de branches destinées aux parties voisines. Ici aussi, ces branches peuvent bien échanger quelques anastomoses, lorsqu'elles sont encore à la surface de la substance nerveuse, mais leurs ramifications intra-nerveuses sont terminales. Parmi ces nombreuses branches, cérébelleuse supérieure, jumelles, choroïdienne postérieure, optiques postérieures, qui s'échappent de la cérébrale postérieure, je vous signalerai particulièrement les artères *pédonculaires*. Les unes centrales, situées au fond de l'espace interpédonculaire, les autres radiculaires suivant les fibres radiculaires de la troisième paire, ces artères s'élèvent comme un pinceau dans l'intérieur du pédoncule cérébral jusqu'au niveau des noyaux de la troisième paire qu'elles irriguent. Schiamura a bien montré qu'elles étaient terminales, et qu'aussi le noyau très long de la troisième paire était irrigué par plusieurs artérioles. Nous pouvons par suite admettre que la thrombose de telle ou telle artériole terminale déterminera le ramollissement de telle ou telle partie du noyau de la troisième paire, qu'une lésion vasculaire peut donc déterminer un syndrome de Weber présentant ceci de particulier, que les paralysies ne portent pas sur la totalité des branches de la troisième paire.

Je vous signalerai aussi l'artère du corps genouillé externe, artère terminale qui naît de la cérébrale postérieure. Avec ces notions vous pouvez dès lors établir facilement la nature de la lésion dont est porteur notre malade.

En effet, l'absence de céphalées, de vomissements, de torpeur intellectuelle, de névrite optique œdémateuse ne vous permet pas de supposer l'existence d'une tumeur. L'âge avancé du malade, l'absence d'état cérébello-spasmodique, l'absence de diffusion des symptômes indiquant une diffusion des lésions, le début soudain font écarter l'hypothèse d'une sclérose en plaques.

Mais notre homme est un artério-scléreux; il est pris subitement d'une paralysie alterne supérieure avec participation de quelques branches de la troisième paire droite. Ne pouvons-nous supposer chez lui un athérome de la cérébrale postérieure droite qui provoque un jour l'oblitération d'un certain nombre des artères radiculaires destinées aux différents groupes des noyaux de la troisième paire droite? Plus tard, après un nouvel ictus, le malade est atteint d'une hémianopsie temporale gauche qui doit être sous la dépendance d'une lésion, soit du corps genouillé externe droit, soit du cunéus de l'hémisphère droit. Ne pouvons-nous supposer chez lui un athérome de la cérébrale postérieure provoquant l'oblitération soit de l'artère du corps genouillé externe. soit des branches terminales destinées au centre visuel cortical? Vous voyez ainsi combien par l'analyse s'est simplifié un cas d'apparence si complexe et comment l'athérome d'une seule artère, l'artère cérébrale postérieure droite, peut avoir déterminé, par deux ictus successifs, d'abord une paralysie alterne supérieure, ensuite une hémianopsie temporale gauche homonyme.

De cette étiologie, il vous est facile de déduire le pronostic et le traitement. Vous ne pouvez pas espérer la guérison complète du malade, puisque les symptômes sont déterminés par des lésions de déficit; vous ne pouvez pas attendre l'intervention d'une suppléance pour l'hémianopsie qui va persister avec la même intensité; mais je vous ai signalé l'amélioration de la diplopie et il est vraisemblable que le massage diminuera les troubles moteurs du bras et de la jambe. Ainsi notre thérapeutique ne s'adressera pas surtout aux symptômes actuels; elle sera plutôt preventive, car cet homme est exposé à de nouveaux ictus par son artério-sclérose; c'est donc l'iodure de sodium, le régime alimentaire spécial aux artério-scléreux, une vie calme mettant son cerveau en quelque sorte au repos, que nous allons lui ordonner.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(29 JUILLET 1902)

Cette dernière séance de l'Académie, puisque la voilà en vacances pour deux mois, a été assez chargée.

M. Landouzy a fait plusieurs communications: il a d'abord donné lecture d'une note de M. Busquet, directeur de l'Institut bactériologique d'Alger, qui a fait une série d'expériences relatives à l'**inoculation du bacille d'Eberth dans l'intestin grêle du lapin**. Il a toujours constaté l agglutination du bacille d'Eberth ainsi inoculé. M. Busquet attribue cette agglutination à une réaction spéciale de l endothélium de l'intestin du lapin. M. Chantemesse fait observer que c'est là une conclusion peut-être un peu hâtive. On sait que le sérum du lapin agglutine immédiatement le bacille d'Eberth. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que le suc intestinal ait la même action que le sérum. Mais cela ne prouve pas qu'il y ait une action spéciale de l'épithélium de l'intestin sur le bacille d'Eberth.

M. Landouzy analyse une note de M. Billet sur l'**emploi de l'iode à l'état métalloïdique**. A cet état l'iode aurait une

action plus efficace que toutes les préparations iodées connues jusqu'ici.

Enfin M. Landouzy fait un rapport au nom de la commission des eaux minérales, sur l'eau d'Apollinaris. Dans un premier rapport présenté à l'Académie le 1er avril 1902, on concluait au rejet de l'autorisation demandée par la compagnie de ces eaux. Cette compagnie a demandé une nouvelle enquête et un nouveau rapport. C'est ce second rapport que présente M. Landouzy et il maintient les conclusions du premier rapport, c'est-à-dire le rejet de l'autorisation. L'Académie approuve cette conclusion.

Suit une série de communications : M. Hallopeau lit une note sur le **traitement de la syphilis par l'hermo-phényl.** Sur la demande de M. Marey, M. Hallopeau a expérimenté le nouveau produit mercuriel que MM. Lumière ont fait connaître sous le nom d'hermo-phényl : c'est le mercure phénol disulfonate de sodium. Ce produit est des plus originaux : bien que contenant 40 p. 100 de mercure, il ne présente pas les réactions usuelles de ce métal; il ne précipite pas les albuminoïdes : il ne précipite lui-même, ni par la soude, ni par l'acide chlorhydrique, ni par le sulfhydrate d'ammoniaque; on peut, sans l'altérer, le chauffer à 120 degrés; il ne s'almalgame pas, une feuille d'or, laissée pendant vingt-quatre heures dans une solution de ce corps au vingtième, est restée intacte. On pouvait craindre, en raison de la fixité de ses combinaisons, qu'il ne traversât l'organisme à l'état inerte, en s'éliminant tel quel par les veines; des expériences faites à cet égard par M. Boiteux ont établi, au contraire, qu'il s'élimine à l'état de sel soluble décelable par les procédés ordinaires. Employé chez des syphilitiques en injections intramusculaires, à l'intérieur et en applications locales, son principal avantage est d'être bien toléré par les muscles, par la muqueuse digestive et aussi par la peau, si on le dilue dans 50 parties d'eau.

Par contre, les injections sous-cutanées provoquent de vives douleurs. L'action thérapeutique de ce composé se manifeste rapidement. On l'emploie à des doses suffisantes, c'est-à-dire de 6 à 8 centigrammes au moins à l'intérieur, 4 centigrammes dans les muscles. M. Mournand a montré que ces doses peuvent être quadruplées. Les injections intra-musculaires sont remarquablement bien supportées : elles contrastent à cet égard avec celles des autres sels solubles de mercure, elles ne déterminent aucune réaction locale appreciale et la douleur qu'elle provoque est pour ainsi dire insignifiante.

Administré par la voie buccale, ce médicament ne donne lieu ni à des douleurs gastriques, ni à de la diarrhée; il remplace à cet égard très avantageusement les autres préparations mercurielles et particulièrement les trop célèbres pilules de protoiodure ainsi que le sublimé. Cette innocuité remarquable permettra de revenir plus couramment à l'administration interne du médicament et à éviter ainsi l'intervention trop fréquente du médecin chargé de pratiquer les injections hypodermiques. Ce médicament peut encore être avec utilité appliqué localement en compresses imprégnées de sa solution au cinquantième sur les ulcérations syphilitiques de la peau ou de la muqueuse buccale : le fait qu'il ne s'amalgame pas le rend à cet égard précieux pour les sujets porteurs de dents aurifères ou de râteliers en or. A ces divers titres, ce médicament mérite d'entrer pour une large part dans la pratique courante et l'on doit savoir le plus grand gré à MM. Lumière de l'en avoir dotée.

M. Doyen présente à l'Académie un nouveau sérum antistreptococcique qu'il a employé avec succès dans le traitement des furoncles et des anthrax, à la dose de 5 à 10 centimètres cubes dans les lombes et la fesse.

Il a obtenu aussi une guérison remarquable dans un cas de phlébite de la veine ophtalmique.

MM. Rémy et Peugniez ont continué la série de leurs recherches sur les **moyens d'extraire les projectiles.** Ils ont construit un extracteur à sonnerie électrique qui permet de saisir les balles dans la masse cérébrale en y produisant le minimum de dégats.

Ils ont constaté que l'appareil indicateur à rayons X de Rémy donnait une certitude de repérage absolue. Guidés par ses aiguilles indicatrices, ils ont osé aller à la découverte d'une balle logée contre la colonne cervicale en passant entre les branches du nerf facial et le canal de Sténon, à travers le masséter, l'os maxillaire, les muscles ptérygoïdiens et même la jugulaire.

Les méthodes radioscopiques de localisation sont préférables à l'emploi de la radiographie quand elles sont possibles. Dans deux cas la localisation avec l'appareil Rémy et l'extraction n'ont pas duré plus de dix minutes. Quand les auteurs ont cru devoir s'affranchir de tout appareil ils ont eu des insuccès.

Avec la radioscopie les manœuvres de détermination sont si rapides que la chloroformisation suffit à donner l'immobilité complète et nécessaire.

Avec la radiographie il est nécessaire d'user des moyens de contention et de repérage spéciaux que les présentateurs décrivent.

Signalons une série de rapports : rapport de M. Josias sur le concours pour le **prix Barbier**; rapport de M. Joffroy sur le **prix Lorquet**; de M. Perier sur le **prix Campel-Dupierris**; de M. Lancereaux sur un mémoire concernant les **modifications plastiques du sang par l'emploi alimentaire de la gélatine**; rapport de M. Peyrot sur une observation de **double plaie du cœur par balle de revolver**, suturée et guérie par M. Launay.

M. Kermorgant a fait connaître à l'Académie les observations relevées par les médecins de la marine sur les malheureuses victimes de la **catastrophe de la Martinique.** Les effets ont été ceux d'une explosion véritable de gaz brûlants, avec asphyxie immédiate, brûlures par rayonnement, etc., comme à l'incendie de l'Opéra-Comique et à la catastrophe du Bazar de la Charité. Les brûlures directes constatées sur les corps, l'éclatement du crâne et de la cavité abdominale sont des effets ultérieurs de l'incendie consécutif.

Enfin, l'Académie a élu deux correspondants nationaux : MM. Calmette (de Lille) et Perrin (de Marseille).

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Érythème solaire avec issue fatale. (Burdich.) — Un garçon de douze ans, de constitution faible, s'exposa directement aux rayons solaires en prenant un bain. Il n'éprouva rien d'anormal avant de rentrer chez lui; mais, arrivé à son domicile, il commença à éprouver des sensations de chaleur et de sensibilité au niveau du dos et des extrémités. Au bout de quatre jours, il existait une vive douleur au niveau des régions qui avaient subi l'action solaire et, en examinant le dos, on pouvait constater, des omoplates

au sacrum, un érythème diffus, parsemé de vésicules, dont quelques unes commençaient à devenir pustuleuses. En quelques endroits, on notait des zones œdémateuses où la peau avait une coloration légèrement foncée. Partout ailleurs, il y avait un érythème peu marqué avec un peu de desquamation épidermique. La température était un peu élevée et le pouls rapide; aucun trouble viscéral. Au niveau des plaques œdématiées, des escares se formèrent progressivement. Le neuvième jour, le malade éprouva de la douleur au niveau de l'épigastre, avec quelque sensibilité à la pression. La température s'éleva rapidement, tandis que le pouls s'accélerait. Des vomissements firent leur apparition, et l'abdomen présenta du tympanisme. On put constater dans l'urine la présence d'albumine et de cylindres épithéliaux. Le dixième jour, le pouls marquait 160 et la température atteignait 40°5. L'enfant succomba le douzième jour.

A défaut d'autopsie, la mort fut attribuée à des lésions intestinales consécutives aux lésions cutanées. (*Providence med. Journ.*, mars 1902.) A. H.

État du chimisme gastrique dans la cirrhose hypertrophique biliaire. — Contrairement à M. Hayem, M. Kikikov n'a pas constaté d'hyperpepsie dans la maladie de Hanot. Très souvent, au contraire, il a trouvé l'acidité et le pouvoir peptique affaiblis, sans trace d'acide chlorhydrique libre. Dans ces cas, si la motricité est suffisante, ce sont les segments sous-jacents du tractus gastro-intestinal qui suppléent aux fonctions supprimées de l'estomac. L'hyperchlorhydrie ne coïncide pas toujours avec l'hyperpepsie (cherchée d'après le procédé de Mett); cette dernière est plus fréquente dans l'ictère catarrhal ou infectieux aigu. Dans la maladie de Hanot, les propriétés et particularités du contenu de l'estomac ne peuvent être mises exclusivement sur le compte de l'ictère, car la durée, la marche de la maladie principale et l'état général y interviennent également.

Un rôle important advient à l'état anatomique et fonctionnel des cellules sécrétoires et leur innervation (excitation du pneumogastrique par les éléments de la bile retenue). Il n'est pas démontré qu'il soit permis de conclure à l'ortho ou à l'hyperpepsie d'après les chiffres obtenus par le procédé de Mett, surtout s'il s'agit d'hyperchlorhydrie. (Congrès des médecins russes, *Vratch. Gaz.*, 1902, 13.) S. B.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la bronchite avec emphysème. (M. Albert Robin.) — On peut résumer ainsi, d'après M. Albert Robin, ce traitement :

La première indication est le traitement de la bronchite; en second lieu, celui de l'emphysème, car un emphysémateux est toujours en état d'opportunité morbide pour la bronchite; enfin, celui de l'artério-sclérose qui accompagne souvent l'emphysème.

A. Habituellement, contre la bronchite, on se contente de faire de la révulsion au moyen de ventouses sèches, de cataplasmes sinapisés, et de donner quelques opiacés.

Le traitement le meilleur consiste dans l'administration d'un vomitif. Le malade éprouvera un soulagement immédiat, une atténuation des symptômes douloureux et de la dyspnée.

Les vomitifs réalisent le curage des bronches, qu'ils désobstruent; sous leur influence, l'estomac et les bronches se vident.

Mais cette action mécanique n'est pas leur seul rôle (Robin et Maurice Binet). Ils agissent sur le chimisme respiratoire. Après un vomitif, la ventilation pulmonaire augmente; la quantité d'oxygène total consommé, celle de l'oxygène absorbé par les tissus, et celle de l'acide carbonique produit sont doublées, quelquefois même triplées.

Or, ces malades souffrent d'une insuffisance d'absorption d'oxygène, puisque leur champ d'hématose est diminué par suite de l'encombrement des bronches; il n'est pas difficile de comprendre le bien-être qu'ils ressentent aussitôt.

M. Robin emploie l'ipéca seul, chez les enfants. S'il s'agit d'un adulte ou d'un vieillard, il l'associe au tartre stibié et formule ainsi :

Poudre d'ipéca	1g50 centigr.
Tartre stibié	0g05 —

Diviser en trois paquets; prendre un paquet dans un demi-verre d'eau tiède, de quart d'heure en quart d'heure.

Le malade redoute surtout les efforts de vomissements qui se produisent dans l'estomac à vide. Afin de les prévenir, dès la moindre nausée, il doit avaler un verre d'eau tiède.

Après le vomitif, le soulagement est immédiat, la respiration se fait plus facilement, l'expectoration est moins abondante; s'il est nécessaire, on peut recommencer le traitement les jours suivants. Pour juger de l'effet produit, il faut se baser sur la température. Ces malades ont en général de petites élévations thermiques chaque soir. La fièvre monte aux environs de 38 degrés, symptomatique de l'infection bronchique. Après le vomitif, le température redevient normale; si elle remonte, il y a indication de recommencer le traitement.

Les jours suivants, faire de la révulsion au moyen de ventouses sèches.

B. A cette période, deux médications sont à remplir, soit que le malade tousse peu, soit qu'il ait une toux sèche, quinteuse, fatigante.

1° Le malade tousse peu. Cette toux est utile; elle facilite l'expectoration. Afin de fluidifier les sécrétions bronchiques, M. Robin emploie les préparations antimoniées, en particulier l'oxyde blanc d'antimoine à la dose de 1 gramme.

Il fait une potion ainsi composée.

Oxyde blanc d'antimoine	1 gramme.
Sirop d'ipéca	10 à 20 —
Alcoolature de racines d'aconit	xv gouttes.
Sirop diacode	20 grammes.
Teinture de noix vomique	x gouttes.
Eau de laurier-cerise	10 grammes.
Eau de tilleul	120 —

Tous ces médicaments associés ont des actions diverses qui se combinent, sans se nuire. L'oxyde blanc d'antimoine et le sirop d'ipéca fluidifient les sécrétions bronchiques, rendent l'expectoration plus facile; l'aconit et le sirop diacode agissent comme dessiccateurs. La noix vomique excite les contractions des muscles bronchiques; l'eau de laurier-cerise masque le goût de la potion; l'eau de tilleul sert de véhicule.

M. Robin a eu aussi de bons résultats avec la dionine :

Dionine	0g20 centigr.
Eau de laurier-cerise	10 grammes.

De x à xx gouttes par prise, deux à quatre fois par jour.

Il l'associe souvent à la terpine :

Dionine	0g01 centigr.
Terpine	0g20 —

Pour un cachet. — De 4 à 6 cachets.

2° Si l'expectoration est excessivement abondante, employer les lavements créosotés, dont l'action est remarquable, car la créosote est un dessiccateur bronchique.

Afin de ne pas irriter l'intestin, on mélange la créosote à une décoction de bois de Panama :

Décoction de bois de Panama à 2 p. 100	90 grammes.
Créosote de hêtre	10 —

Émulsionner.

dont on mettra la valeur d'une cuillerée à café à une cuillerée à soupe dans 100 grammes d'eau bouillie, pour un lavement à garder.

3° Le malade a une toux sèche violente, fatigante. Le meilleur calmant est le bromoforme, associé à la bryone, à la grindelia robusta et à la jusquiame.

Bromoforme	xxx à xl	gouttes.
Teinture de bryone	} ââ xxx	—
— de grindelia robusta		
— de noix vomique		
— de jusquiame		
Alcool	25	grammes.
Sirop diacode	75	—
Sirop d'écorces d'oranges amères	100	—

Le malade prendra deux cuillerées à soupe de cette potion, par jour, le plus loin possible des repas, afin de ménager la susceptibilité de son estomac : une le matin au réveil ; la seconde, le soir en se couchant.

C. Après avoir traité l'infection bronchique, on doit s'adresser à l'emphysème. Cette médication comprend trois parties :

1° La révulsion par la teinture d'iode, les vésicatoires, les pointes de feu, les ventouses.

2° L'arsenic à petites doses, sous forme d'arséniate de soude :

Arséniate de soude	0gr05 centigr.
Eau distillée	300 grammes.

Une cuillerée à soupe avant le déjeuner et avant le dîner.

M. Robin pense que l'arrhénal donnerait aussi d'excellents résultats. Il serait à essayer Il associe à l'arsenic l'iodure de potassium, qu'il fait prendre pendant quatre jours, en alternant avec la solution d'arséniate de soude :

Iodure de potassium	5 grammes.
Eau distillée	300 —

Deux cuillerées à soupe par jour.

3° Un troisième médicament à donner en même temps que l'iodure ou l'arsenic, c'est la strychnine, à la dose de 2 milligrammes par jour, suivant une des deux formules suivantes :

Sulfate de strychnine	0gr02 centigr.
Eau distillée	300 grammes.

Une cuillerée à soupe de cette solution représente un milligramme ; en prendre deux par jour.

Ou bien :

Teinture de fèves de Saint Ignace	6	grammes.
— de chardon bénit	3	—
— d'ipéca	1	—
— de badiane	2	—

De v à viii gouttes à la fin du déjeuner et du dîner.

D. La dernière partie du traitement sera dirigée contre l'artério-sclérose.

Cette indication se trouve déjà remplie par l'emploi de l'arséniate de soude, l'iodure de potassium et la strychnine.

Enfin l'hygiène alimentaire jouera un grand rôle, comme préventif des accidents que la sclérose artérielle pourrait provoquer. Le malade s'abstiendra d'alcool, de vin, de café, de bière. Le tabac lui sera interdit. Le régime lacté constituera la plus grande partie de son alimentation. Il sera des plus favorables, puisque l'urine renferme des traces d'albumine. Ainsi que l'a montré M. Huchard, l'hypertension artérielle est augmentée par les aliments carnés. Ces malades doivent prendre peu de viande, seulement une fois par jour, au repas de midi ; le soir, ils doivent être exclusivement végétariens, et même s'abstenir des œufs.

E. Quant au traitement hydro-minéral de ces états, il a des règles bien nettes : en présence d'une bronchite sèche, ordonner une cure au Mont-Dore.

Le malade a un catarrhe abondant ; il lui faut des eaux sulfureuses. De plus, il est artério-scléreux. L'indication se trouve complètement remplie par les eaux de Saint-Honoré-les-Bains, qui sont sulfureuses et arsenicales : elles auront ici une double action : sur la bronchite, par les sulfureux ; sur l'emphysème, par l'arsenic.

En seconde ligne, M. Robin recommande les stations de Luchon, des Eaux Bonnes, de Cauterets. La cure des Eaux-Bonnes est des plus efficaces, lorsque l'expectoration est très abondante. S'il existe en plus quelques troubles gastriques, conseiller la source du Mauhourat, à Cauterets. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 juillet 1902.) F. R.

Addition d'adrénaline aux solutions employées pour l'anesthésie locale. (Elsberg.) — Pour faciliter les opérations de petite chirurgie (ablation d'un kyste sébacé, ouverture d'abcès, etc.), il y a intérêt à employer l'adrénaline, qui supprime l'hémorragie et permet d'opérer pour ainsi dire à sec. On peut, pour cela, incorporer l'adrénaline aux solutions anesthésiques. Si on injecte sous la peau une goutte de solution à 1 p. 1000 de chlorure d'adrénaline, le malade éprouve une légère sensation de cuisson. Au bout d'une minute, la peau blanchit sur une superficie de 3 à 4 centimètres carrés et demeure dans cet état pendant un temps qui varie entre six et douze heures. Avec des solutions plus faibles, on produit des effets proportionnellement moins intenses et plus courts. L'auteur ajoute habituellement aux solutions anesthésiques de cocaïne du chlorure d'adrénaline dans la proportion de 1 p. 5000 à 1 p. 20000. Les deux produits n'ont pas l'un sur l'autre d'action neutralisante. Leurs effets se superposent et, dans de telles conditions, il n'y a que la section de vaisseaux assez importants qui puisse donner du sang. Jamais on n'observe d'hémorragie secondaire. (*Amer. Med.*, 1er mars 1902.) A. H.

Le gasu-basu, nouvel anesthésique local, et son principe actif, la nerrocidine. — Le gasu-basu est une plante des Indes qui jouit de propriétés anesthésiques très marquées, et que M. Dalma a utilisée pour le traitement de certaines pulpites douloureuses. Cette plante serait même, d'après M. Dalma, préferable, pour cet usage, à l'arsenic.

M. Dalma a isolé le principe actif de cette plante ; c'est un alcaloïde qu'il a employé à l'état de chlorhydrate. Il a donné à ce chlorhydrate le nom de nerrocidine ; les propriétés de ce sel ont été étudiées par le docteur von Fenyvessy (de Budapest).

La nerrocidine se présente comme une poudre jaune hygroscopique, amorphe, soluble dans l'eau, moins soluble dans l'alcool et l'éther.

En solution à 1/1000 et même à 1/10000, elle produit un effet anesthésique local très marqué sur la cornée des animaux à sang chaud ; deux gouttes d'une solution à 1/2000, appliquées sur la conjonctive d'un homme, produisent une sensation de brûlure accompagnée de larmes et suivie, vingt minutes après, d'une anesthésie qui peut durer pendant cinq heures ; une solution à 1/1000, appliquée sur la langue, provoque de l'anesthésie locale, avec perte de goût et abolition du sens du toucher ; toutefois, la sensation du chaud et du froid est conservée.

Des solutions à 1/200 produisent de l'irritation de la cornée ; celles à 1/50 déterminent de graves kératites ulcéreuses.

Injectée aux animaux, la nerrocidine entraîne la mort par paralysie des centres moteurs et des nerfs périphériques.

On voit que cet anesthésique semble assez dangereux à manier, et jusqu'ici son emploi semble limité à l'art dentaire. (*Nouveaux remèdes*, 8 juin 1902.) L. G.

MÉDECINE TROPICALE

Les moustiques et la fièvre jaune à la Havane. (M. André Poey.) — Aux recherches qui ont été faites et publiées à la Havane et aux États-Unis sur la fièvre jaune, l'auteur a cru devoir ajouter quelques remarques générales au double point de vue de l'hygiène publique et de la colonisation, qui sont l'objet des plus vives préoccupations de M. Estrada Palma, président de la République de Cuba.

Un laboratoire d'expériences et d'inoculations a été créé sous la direction d'un médecin distingué, M. Jean Guiteras, professeur de pathologie générale et en particulier de pathologie intertropicale à l'Université.

Se basant sur ses études sur les moustiques, le docteur Guiteras avait pu prévoir que, dans le court espace de cinq années, l'épidémie annuelle de fièvre jaune disparaîtrait complètement à la Havane. Aujourd'hui, sa prophétie paraît être en pleine voie d'accomplissement. En même temps, il confirmait la théorie émise en 1880 par le docteur Ch. Finlay sur la transmission de la fièvre jaune par le moustique, ayant pratiqué des inoculations dès l'année suivante.

Au mois de février 1901, un système prophylactique fut établi à la Havane, d'après la doctrine de Finlay, alors que l'épidémie de 1900 était terminée, et pendant l'été de cette dernière année elle disparaissait complètement, car on n'enregistra que cinq décès dans toute la Havane. Depuis le 28 septembre 1901 jusqu'au 19 juin dernier, lui écrit le docteur Guiteras, « il n'y a pas eu un seul cas de fièvre jaune à la Havane. » On doit encore tenir compte que l'épidémie annuelle débute précisément au mois de juin, en dehors des cas sporadiques. C'était la première fois qu'un fait aussi remarquable était observé à la Havane.

On n'est pas exactement fixé sur le nom du culicide cubain qui propage la fièvre jaune. Le docteur Guiteras, dit Finlay, l'appela culex mosquito, croyant le reconnaître dans l'espèce décrite par Robineau-Desvoidy. La commission de l'armée des États-Unis adopta le nom de culex fasciatus, de Fabricius. Meigen a proposé celui de culex tæniatus. La meilleure description serait celle de Ficalbi, qui le nomma culex elegans. D'après Theobald, le moustique cubain, producteur de la fièvre jaune, serait le stegomya fasciata.

L'identité zoologique du moustique de la fièvre jaune offre une certaine importance, dans ce sens qu'il n'existe à la Havane, par bonheur, qu'une seule espèce infectieuse. Le stegomya fasciata présente une autre particularité : c'est qu'il est un moustique diurne, et non pas nocturne, comme on croit à l'étranger, et comme l'est le moustique du paludisme et de la filariose. C'est un moustique aux ailes courtes et débiles, de peu d'envolée, sédentaire dans les maisons où il prend naissance et où il habite de préférence, de sorte que sa propagation est très limitée.

Dans une désinfection faite à l'hôpital de Las Animas, sur 320 moustiques de différentes espèces, la plupart des pungens, le docteur Guiteras ne trouva que 9 individus du genre stegomyia.

Le docteur Guiteras se pose la question de savoir quel usage le moustique peut faire du sang humain qu'il suce Il doute que ce sang puisse servir à sa nutrition, attendu que le mâle ne suce jamais le sang, et que les deux sexes peuvent vivre indéfiniment sans ingérer une goutte de sang. Quoi qu'il en soit, la femelle ne pond qu'après qu'elle a piqué.

La durée normale de la vie du moustique offre généralement un grand intérêt au point de vue médical, car elle nous fournit l'étendue du temps pendant lequel ce diptère peut propager là maladie dont il est infecté. Dans les conditions artificielles de nos laboratoires, dit le docteur Guiteras, les culicides vivent en moyenne de trente à quarante jours, et fréquemment encore plus, mais ce savant les a fait vivre jusqu'à cent douze jours.

Une première commission de l'armée américaine, composée de MM. W. Reed, J. Carrol, A. Agramonte et J. W. Lazear, à la suite de remarquables expériences, à l'appui de la théorie de Finlay, a pu fixer l'espace de temps écoulé entre le moment de la piqûre infectieuse et la transmission de la fièvre jaune, qui fut de douze à dix-sept jours dans 34 cas. On trouva, en outre, que la fièvre jaune est également transmise par l'inoculation directe du sang provenant des malades.

Ceci suggère à M. André Poey l'idée de la présence d'hématozoaires dans cette endémie, comme dans le paludisme, qui, du reste, offre les plus grands rapports avec la fièvre jaune.

Le docteur Guiteras observe que l'infection du moustique n'affecte ni son existence, ni la durée de sa vie.

Il est démontré que le paludisme est dû au développement des hématozoaires de Laveran (1880), et que le moustique en est l'agent propagateur. Il est encore démontré, depuis Patrick Manson, en 1884, que la filariose est également transmise par le moustique. Mais chaque jour on apprend de nouveaux méfaits de ce diptère, au nombre desquels le docteur R. Blanchard comprend la lèpre, l'éléphantiasis et toutes sortes de maladies filariennes.

Toute découverte scientifique a des antécédents de priorité remontant à des siècles passés, qui sont les meilleurs gages de la certitude des nouvelles théories émises C'est ainsi qu'en 1848 Josiah Nott (de Mobile, Alabama) émettait l'opinion que les moustiques inoculent le paludisme et la fièvre jaune. En 1855, La Roche attirait l'attention sur l'épimie meurtrière de fièvre jaune à Philadelphie, en 1797, pendant laquelle l'affluence des moustiques fut tellement considérable qu'on ne l'avait jamais observée. Finlay rapporte, d'après les anciennes chroniques, que la présence des moustiques est signalée dans tous les foyers actuels de fièvre jaune. On peut ajouter qu'il en est de même quant au paludisme. (C. R. Acad. des sc., 21 juillet 1902.) F. R.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A qui appartient une prescription médicale?

Par le docteur P. Carles.

Ce sujet, qui est de nature à intéresser autant la médecine que la pharmacie, a été discuté naguère à la Société de pharmacie de Bordeaux. M. Carles vient de lui consacrer les lignes suivantes dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (1) :

« En réalité, une prescription appartient à celui qui l'a payée à un médecin consultant. Telle a été l'opinion de la Société; et cet avis est si bien partagé par la généralité du corps pharmaceutique, que, dans toutes les grandes villes de France, les ordonnances sont rendues au malade avec les médicaments. Le pharmacien se contente d'en prendre copie sur un registre *ad hoc* et d'y apposer la griffe de sa maison.

Cette règle comporte toutefois diverses exceptions.

Ainsi, dans les campagnes, l'usage est tout opposé, et dans les petites villes on pratique un système mixte. En voici les motifs :

Dans les campagnes, les médecins indiquent peu par écrit la façon d'employer les médicaments; ils n'ajoutent guère de *direction*, comme disent les Anglais, surtout quand le malade est illettré. Aussi, dans ce cas, la prescription intéresse-t-elle peu le malade lui-même; les termes lui sont inconnus, le papier ressemble à tous ceux de la maison; il pourrait y avoir méprise tôt ou tard, et il préfère laisser la

(1) 27 juillet 1902.

prescription chez le pharmacien, où elle est classée et tenue à sa disposition.

Enfin, ce genre de clients aimant bien les longs crédits, le pharmacien insiste de son côté pour garder les prescriptions vu qu'elles constitueront toujours pour lui une justification de ses réclamations et même une sorte de nantissement moral.

Avec les administrations et les sociétés de secours mutuels, les ordonnances ne sont jamais rendues aux malades eux-mêmes; elles sont conservées par le pharmacien jusqu'à la fin du trimestre courant, comme preuves à l'appui de son mémoire. A ce moment, elles sont rendues à celui qui réellement les paie.

Au dire de certaines personnes n'ayant jamais pratiqué la profession, ce passage de l'ordonnance dans des mains tierces constitue une violation du secret professionnel; car, à la lecture d'une prescription, un administrateur-comptable peut pressentir l'existence de certaines maladies. L'objection est exacte. Mais on peut repartir qu'avant d'accepter les statuts de la Société, le malade a su qu'il en serait ainsi. Et d'ailleurs, s'il veut cacher sa maladie, il lui est toujours loisible de payer lui-même le médicament et de rentrer en possession de sa prescription. Mais nous n'avons jamais ouï dire qu'il se soit jamais produit aucune difficulté sur ce point. Quand un sociétaire devient malade, il sait très bien que la Société connaîtra la nature de son mal. Le cacher, ce serait se priver de veilleurs compétents, ce serait renoncer à l'indemnité journalière de maladie, ce serait enfin une façon d'indisposer le président, qui a le devoir légal d'indiquer tous les ans au ministre les maladies dont les sociétaires ont le plus souffert.

Quant à l'ordonnance momentanément déposée chez le pharmacien, il est entendu qu'elle est là au secret absolu; et qu'en dehors de l'autorité judiciaire, nul n'a le droit d'en requérir communication, pas même celui qui l'a signée.

Lorsque cette ordonnance a été remise entre les mains de l'administration de la Société, il est expliqué que le pharmacien n'en est plus responsable et qu'il n'a plus lui-même le droit de la réclamer. Pour la sauvegarde de ses intérêts, la copie qu'il a dû en garder sur ses livres suffit, jusqu'à preuve contraire.

Enfin, il est une autre circonstance où le pharmacien a le droit et même le devoir de ne pas rendre une prescription médicale : c'est lorsqu'il a été commis par le signataire une erreur, un lapsus important, que le pharmacien n'a d'ailleurs pas le droit de corriger.

Rendre alors l'ordonnance, même sans l'avoir exécutée, c'est exposer après soi un confrère distrait, un élève novice à ne pas relever l'erreur et à livrer un remède qui peut être nuisible et même funeste au malade; c'est porter à la connaissance de plusieurs personnes compétentes qu'une faute médicale a été commise; c'est coopérer au discrédit que l'auteur peut en éprouver; c'est se dessaisir naïvement d'une sauvegarde légitime lorsque (ce qui est très exceptionnel) celui qui a commis l'erreur, dûment avisé, ne veut pas en convenir et insiste pour que la prescription soit exécutée telle quelle.

Mais il est entendu que, dans ce dernier cas, si le malade la réclame, copie certifiée conforme doit lui être remise. »

PRATIQUE MÉDICALE

L'aspirine est décidément un médicament d'avenir. Son action dans les affections rhumatismales est pour ainsi dire infaillible. Elle agit à doses relativement faibles, 3 grammes par jour sont amplement suffisants, alors que pour obtenir un effet à peu près semblable avec le salicylate de soude il faut au moins doubler cette dose. Dans le rhumatisme articulaire aigu franc tout particulièrement, l'aspirine est infiniment supérieure au salicylate de soude et à l'antipyrine, aussi bien au point de vue tolérance que pour la rapidité des résultats. Le docteur Edme Genglaire qui vient de faire une étude de ce médicament, déclare que l'on devrait pouvoir dénommer l'aspirine la « pierre de touche » du rhumatisme aigu, dont elle est, à vrai dire, l'antidote. Si nous ajoutons que l'aspirine est d'un prix des plus modiques et que c'est le plus inoffensif des analgésiques, on conviendra que du rôle d'utilité, l'aspirine passe à celui de nécessité.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Diagnostic gynécologique, organes génitaux et mamelle (1), par le docteur CLADO, chef des travaux de gynécologie à l'Hôtel-Dieu, ancien chef de clinique à la Faculté.

L'étude pratique du diagnostic gynécologique, établi sur une étude raisonnée des symptômes et sur la discussion approfondie de leur valeur respective, tel est le but qu'a poursuivi l'auteur de cette ouvrage. Celui-ci est donc non seulement un exposé pur et simple du diagnostic, mais aussi un exposé clinique de chaque maladie. L'auteur s'est d'ailleurs attaché à suivre l'évolution et les variations symptomatiques de l'affection, de manière à ce qu'on puisse diagnostiquer celle-ci à ses différentes phases, et en déduire le pronostic. Ajoutons que outre les éléments recueillis au lit de la malade, il a eu soin de mettre au service du diagnostic tous ceux que pouvaient fournir l'histologie, la bactériologie et même, dans les cas où cela est nécessaire, l'anatomie pathologique.

Le docteur Clado, dans son traité de diagnostic, a eu l'idée de réunir les affections de la mamelle à celles des organes génitaux.

Les praticiens et les étudiants trouveront groupées de la façon la plus claire et la plus méthodique, à côté de nombreux croquis d'après nature, toutes les notions qu'ils auront sans cesse besoin de connaître.

La guérison de la morphinomanie sans souffrance (2), par le docteur Oscar JENNINGS. Traduit de l'anglais par M. Albert BALL.

Pour qui sait les difficultés que rencontre ordinairement le praticien dans la cure de la morphinomanie et des malaises qui en découlent, cet ouvrage sera un guide des plus précieux.

Se basant avant tout sur une expérience approfondie, sur des observations multiples qu'il relate, du reste, en substance, l'auteur n'a pas négligé les notions physiologiques qui pouvaient lui être utiles; en sorte qu'il nous donne un traitement rationnel dont il a contrôlé et apprécié les résultats.

Il condamne, bien entendu, la méthode dite rapide, sauf pour certains cas exceptionnels. Il n'exige de ses malades ni contrainte ni séquestration. C'est par une rééducation de la volonté qu'il procède dans la cure « sans souffrance » de la « manie » dont il s'agit : « C'est la meilleure garantie, dit-il, contre les rechutes. La séquestration laisse chez ces malades une sorte de suggestion latente, et il leur semble impossible de résister seuls aux besoins de retour qui, de l'aveu même de ceux qui prônent cette méthode, se produisent sûrement. »

Quant au traitement médicamenteux, il s'adresse aux malaises que crée l'état de besoin, et l'expérience de l'auteur lui a montré que celui-ci est augmenté par la défaillance

(1) In-18 de 840 p. avec 109 fig. Prix : 6 francs. — Paris, A. Maloine.
(2) In-18 cart. Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

du cœur, l'hyperacidité stomacale et générale, et l'irritabilité nerveuse ou ffaiblesse irritable; de là, des médications appropriées.

Enfin, en ce qui concerne la réduction de la morphine, elle doit être suffisamment lente pour assurer, avec les autres moyens employés, la suppression de toute souffrance. Une des pratiques importantes à ce dernier point de vue est, suivant l'auteur, la substitution d'injections rectales à doses progressivement croissantes, aux injections hypodermiques décroissantes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Par décret du 27 juillet, M. le docteur Gaucher est nommé professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Guerre. — Les officiers du corps de santé dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

A Cherbourg. — 1er d'infanterie coloniale : M. Dumas, médecin-major de première classe; 5e d'infanterie coloniale : M. Lafaurie, médecin-major de deuxième classe; 5e d'infanterie coloniale : M. Lartigue, médecin aide-major de première classe.

A Brest. — 2e d'infanterie coloniale : MM. Foutrein, médecin-major de deuxième classe, et Andrieux, médecin aide-major de première classe; 6e d'infanterie coloniale : M. Martin, médecin aide-major de première classe; 21e d'infanterie coloniale : MM. Creignou et Ferris, médecins aides-majors de première classe.

A Rochefort. — 3e d'infanterie coloniale : M. Roques, médecin-major de première classe; batteries du 1er d'artillerie coloniale : M. Vassal, médecin-major de deuxième classe.

A Toulon. — 4e d'infanterie coloniale : M. Thomas-Derevoge, médecin aide-major de première classe; 8e d'infanterie coloniale : M. Bonain, médecin-major de deuxième classe; 22e d'infanterie coloniale; MM. Bourdon, Brau et Mauras, médecins-majors de deuxième classe; batterie du 1er d'artillerie coloniale : M. Hutre, médecin-major de deuxième classe.

Association française d'urologie. — La VIe session de l'Association française d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 23 au 25 octobre 1902, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « Indications et résultats de la néphrectomie » (rapporteurs : MM. Forgue et Michon).

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général : M. E. Desnos, 31, rue de Rome.

Voyages d'études médicales aux eaux minérales, stations climatériques et sanatoriums de France. — Le voyage d'études médicales de 1902 aura lieu du 7 au 16 septembre inclus. Il comprendra les stations des Vosges et de l'Est, visitées dans l'ordre suivant : Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne-les-Bains, Luxeuil, Plombières, Gérardmer, la Schlucht, Bussang, le Ballon d'Alsace, Salins et Besançon.

Le V. E. M. de 1902 — comme celui de 1899 aux stations du centre et de l'Auvergne, celui de 1900 aux stations du Sud-Ouest et celui de 1901 aux stations du Dauphiné et de la Savoie — est placé sous la direction scientifique du docteur Landouzy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, à la première station, Vittel.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au départ de la dernière station, Besançon, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Vittel à Besançon, prix à forfait : 200 francs, pour tous les frais : chemin de fer, voiture, hôtel, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe arrondissement).

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 25 août 1902, terme de rigueur.

Le Congrès annuel de la Société belge de chirurgie, qui se tient régulièrement à Bruxelles, au mois de juin, aura lieu cette année les 8, 9 et 10 septembre.

Cette réunion sera exclusivement consacrée à la discussion des trois questions suivantes :

1° « Le traitement de l'appendicite. » [Rapporteurs : MM. A. Broca (de Paris); A. Gallet (de Bruxelles); C. Roux (de Lausanne) et Sonnenburg (de Berlin).]

2° « Le traitement des fractures des membres. » [Rapporteurs : MM. A. Depage (de Bruxelles); Rottschild (de Francfort) et Th. Tuffier (de Paris).]

3° « De l'asepsie opératoire, en tant que préparation des mains, de la région et du matériel de suture et de ligature. » [Rapporteur : M. Walravens (de Bruxelles).]

La Société profitera de la présence à Bruxelles d'un grand nombre de chirurgiens étrangers, pour jeter les bases d'une Société internationale de chirurgie, conformément à une proposition de M. Ch. Willems.

Les chirurgiens qui n'ont pas encore répondu à l'invitation de la Société belge de chirurgie sont priés de le faire sans retard et, en tout cas, avant le 15 août.

Mercure en nature dans l'obstruction intestinale. — S. Mac Kean Harrisson a fait ingérer en une seule fois 250 grammes de mercure dans deux cas graves d'obstruction intestinale. L'obstacle fut levé rapidement et cela sans phénomènes d'intoxication. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, n° 30, 1902.)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M le docteur Person, décédé subitement, à Bar-le-Duc, à l'âge de quatre-vingt douze ans; et celle de M. le docteur Paul Paris (de Verdun).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Voyages circulaires en Suisse avec itinéraires établis par le voyageur au moyen de coupons combinables.* — Les billets à coupons combinables suisses sont délivrés toute l'année, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., avec l'un quelconque des titres de parcours ci-après :

1° Carnets pour voyages à itinéraires facultatifs sur les réeaux français;

2° Carnets de coupons combinables pour voyages circulaires sur le réseau P.-L.-M. ou sur les réseaux P.-L.-M.-Est;

3° Billets de saison pour Berne, Genève, Interlaken, Zermatt, etc.;

4° Billet à plein tarif, carte d'abonnement ou tout autre titre de parcours valable jusqu'à Petit-Croix frontière, Delle, le Locle, Pontarlier, Genève ou le Bouveret.

La durée de validité des billets suisses à coupons combinables est de : 45 jours, lorsqu'ils sont émis conjointement avec les titres de parcours dénommés aux 1°, 2° et 4° ci-dessus; 60 jours, lorsqu'ils sont délivrés conjointement avec les billets de saison indiqués au 3° ou avec les carnets de voyages circulaires dénommés aux 1° et 2° ci-dessus, mais à la condition que ces voyages comportent un parcours supérieur à 3000 kilomètres.

Arrêts facultatifs.

Les demandes de carnets français et de billets suisses doivent être faites 8 jours au moins à l'avance à la gare où le voyage doit être commencé.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveaux procédés d'exploration, leçons de pathologie générale professées à la Faculté de médecine, par M. Ch. Achard, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon; recueillies et rédigées par P. Sainton, chef de clinique adjoint à la Faculté, et M. Lœper, interne lauréat des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8° avec 91 fig. dans le texte en noir et en couleurs. — Prix : 28 francs. — Paris, Masson et Cie.

Métrite et fausses métrites, par le docteur J.-A. Doléris, accoucheur de l'hôpital Boucicaut, ancien président de la Société obstétricale et gynécologique de Paris. 1 fort vol. in-8°. — Prix : 12 francs. — Paris, A. Maloine.

La blennorragie dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité, par le docteur Fruhinsholz, chef de clinique à la Faculté de médecine de Nancy. Gr. in-8° de 180 p. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les dilatations de l'estomac, par le docteur M. Soupault, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-16 de 96 p., cart. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 86. — SAMEDI 2 AOUT 1902 75e ANNÉE. SAMEDI 2 AOUT 1902. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Des hernies inguino-crurales primitives du cæcum et de l'appendice, à sac incomplet.

Par MM. Léon BÉRARD,
Professeur agrégé à la Faculté de Lyon, chirurgien des hôpitaux,
et Paul VIGNARD,
Prosecteur à la Faculté de Lyon.

Ce travail a eu pour point de départ deux observations : l'une de hernie du cæcum, l'autre de hernie de l'appendice, toutes deux primitives et à sac incomplet.

Nous y avons joint un cas de M. Jaboulay rapporté par l'un de nous dans la *Province médicale* de 1896 (1).

Pour ne pas donner à cette Revue un développement trop considérable, nous avons publié à part, dans la *Gazette des hôpitaux* (1902, n° 77, p. 769), les observations qui lui servent de base.

Nous indiquerons ici seulement celles que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale et qui offrent avec les nôtres une analogie certaine. Nous les rapportons tout d'abord, comme suite naturelle à celles qui ont déjà paru dans ce journal :

A. *Cæcum.* — 1° « Hernie inguinale droite du cæcum et de l'appendice avec sac incomplet » (in Th. de Renault, 1897-98) : Il n'y a pas de détails sur la disposition du cæcum. La réduction semble avoir été obtenue sans difficulté.

2° Dans la même thèse, un autre cas : « Hernie inguinale droite volumineuse contenant le cæcum et l'appendice adhérents au sac. » — Dans cette seconde observation, il s'agissait bien d'une hernie à sac incomplet, si l'on en juge par ce résumé de l'opération :

« Le sac, ayant été isolé comme d'ordinaire des éléments du cordon, est fermé par un surjet à la soie, *en avant* du cæcum ; puis le tout est réduit *par bascule* en dedans, dans l'intérieur de l'abdomen. »

Il est vrai qu'il est dit aussi, que le sac contient le cæcum qui y adhère dans toute l'étendue de sa face postérieure. Probablement que le sac était placé au-devant du cæcum, mais ne l'entourait pas.

3° Il en est sans doute de même pour l'observation XVIII de la même thèse.

4° Laborde, dans les *Bulletins de la Société anatomique* de 1862, avait déjà rapporté le cas d'une hernie du cæcum et de l'appendice situés en dehors du sac.

5° Tuffier en signale 8 cas ; mais il leur refuse le titre de hernies primitives du cæcum, sous prétexte qu'il y avait de l'intestin grêle dans la hernie.

Nous verrons à propos de la pathogénie que la présence de l'intestin grêle n'est pas toujours suffisante pour permettre de qualifier de secondaire une hernie du cæcum.

B. *Appendice.* — C'est toujours par le nom de Scarpa que commence l'histoire des hernies de l'appareil appendiculaire cæcal. Cependant, avant lui, d'autres auteurs en avaient publié plusieurs observations. Malheureusement, on se bornait à mentionner sans détails la présence du cæcum dans la hernie. Scarpa insista sur ses rapports avec la séreuse péritonéale, et attacha son nom à la découverte de cette cause d'irréductibilité que l'on connaît sous le nom d'adhérence charnue naturelle.

L'année même où paraissait son traité des hernies, Brachi dans une thèse de Turin intitulée : « Hernia inguinali immobili, » attirait l'attention sur ce caractère particulier de certaines hernies appendiculo-cæcales.

Duret dans sa thèse d'agrégation assigne au cæcum deux modes de locomotion vers la région inguinale. « Tantôt, dit-il, l'intestin glisse dans le tissu cellulaire lâche de la fosse iliaque sous la séreuse péritonéale qu'il entraine partiellement ; le sac reste alors incomplet. Tantôt la séreuse se déplace au-devant du cæcum qui s'en coiffe et occupe alors la cavité d'un sac complet. »

Ces données se modifièrent et se compliquèrent lorsque fut connue la disposition particulière du péritoine autour du cæcum, grâce aux travaux partout cités maintenant de Bardeleben, Lushka, Treves, Tuffier, Jonnesco, etc.

Tuffier a longuement étudié l'anatomie de la région iléocæcale. Il a surtout attiré l'attention sur le rôle et la disposition des ligaments péri-cæcaux : cæcal supérieur et cæcal inférieur. C'est sa description qui a servi de base à la plupart des travaux publiés sur ce sujet et dont on trouvera l'exposé plus loin.

Pendant longtemps on s'est peu préoccupé des hernies de l'appendice. On le signalait simplement dans le compte rendu des kélotomies pour hernies cæcales. Plus tard,

(1) L. BÉRARD. Hernie primitive et irréductible du cæcum à sac incomplet, *Province méd.*, 1896.

quand la notion de l'appendicite eut été solidement établie, on a su rattacher à leur véritable cause certains accidents inflammatoires qui venaient compliquer la hernie du gros intestin. Des documents nombreux ont été publiés sur l'appendicite herniaire.

Mais tous sont loin d'avoir, au point de vue particulier qui nous occupe, une égale valeur.

Si les cas où l'appendice a été retrouvé seul dans un sac herniaire ne sont pas exceptionnels, on n'en saurait dire autant de ceux dans lesquels le sac manquait ou se trouvait au voisinage du processus vermiforme, mais sans l'envelopper. Ce sont ces faits que nous étudièrons dans la deuxième partie de ce travail.

I

HERNIES DU CÆCUM A SAC INCOMPLET

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Tant que le cæcum, avant les travaux des anatomistes cités plus haut, fut considéré comme recouvert seulement sur sa face antérieure par le péritoine et en rapport par sa face postérieure avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque, on admit sans conteste que ses déplacements devaient se faire sous la séreuse et que ses hernies étaient dépourvues de sac.

De la hernie privée de tout revêtement séreux, on passa brusquement à la notion de la hernie avec sac péritonéal complet quand il fut démontré qne de toutes les portions du gros intestin, le cæcum était le mieux entouré par le péritoine. La règle était devenue l'exception; et c'est à peine si entre ces deux extrêmes on fit une petite place aux hernies à sac incomplet.

Il est hors de doute que le péritoine forme une enveloppe à la grande majorité des hernies du cæcum. Le nombre des cas publiés est trop considérable pour que cette affirmation puisse avoir encore quelque valeur de nouveauté. Aussi n'insisterons-nous pas davantage.

Il paraît tout aussi bien établi que les hernies cæcales sans sac sont d'une extrême rareté. Tuffier, dans son travail, estime que les observations publiées sous ce titre sont peu démonstratives. Seul le cas de Sernin (Journal de Sédillot, an X) trouve grâce devant lui. « La pièce disséquée contenait le cæcum et montrait que le péritoine ne présentait pas trace de diverticule au niveau de la fossette inguinale. »

Mais, comme le fait remarquer Tuffier, il y avait en outre dans la hernie le côlon ascendant; et d'autre part le cæcum s'offrait avec une situation particulière. Sa partie supérieure, sa tête était en bas dans la hernie, tandis que son fond avec l'appendice plongeait encore dans le ventre. Cela permet de supposer que le côlon était descendu le premier. Nous verrons plus loin que cette éventualité est fréquente, et qu'il faut toujours y songer avant d'intituler une observation : Hernie *primitive* du cæcum.

Il existe encore un cas de Guillet (Société anatomique de 1887), où l'on trouva le cæcum, l'appendice et la terminaison de l'iléon dépourvus de sac.

La hernie à sac incomplet est celle dans laquelle il existe bien un diverticule péritonéal; mais le cæcum n'est pas contenu à son intérieur. Il en est revêtu, et encore incomplètement, sur une de ses faces.

Enfin pour que la hernie puisse être qualifiée de primitive, il faut que le cæcum s'y trouve seul, ou du moins dans une situation que nous préciserons. La présence du côlon indique presque toujours une hernie secondaire. Nous verrons que Broca a voulu attribuer une signification analogue à la présence de l'intestin grêle.

Avant d'envisager la disposition de ce sac, c'est-à-dire avant d'entrer dans des détails anatomiques, nous allons examiner rapidement les caractères les plus généraux de la hernie.

Rareté des hernies crurales. — D'une manière générale et pour toutes les variétés de hernie du cæcum, on peut poser en principe que le type inguinal est de beaucoup le plus commun.

Mais si les hernies *crurales* à sac complet sont rares, les hernies primitives ou secondaires à sac incomplet doivent constituer une véritable exception. Nous n'avons pu en trouver d'exemple probant dans les nombreuses observations que nous avons parcourues pour la rédaction de cette étude.

Hernies inguinales gauches. — Plus fréquentes sont les hernies inguinales gauches à sac incomplet. Hedrich en rapporte 14 cas dans sa thèse de Strasbourg. M. Nové-Josserand en a rapporté jadis une observation dans le *Lyon médical* de 1892; et Pujol en a réuni 20 cas qu'il a analysés dans une Revue générale de la *Gazette des hôpitaux* de 1896.

Malheureusement, il est difficile de démêler dans ces faits ceux qui rentrent dans la catégorie des hernies que nous décrivons surtout. En effet, il s'agit le plus souvent de volumineuses hernies dans lesquelles on a trouvé à côté du cæcum soit de l'intestin grêle, soit la trompe, soit l'ovaire et quelquefois le canal pylorique. En raison même de cette complexité, il n'a pas été possible à l'opérateur de vérifier d'une façon exacte les dispositions anatomiques. La plupart des observations manquent de détails suffisants et sont pour nous inutilisables.

D'ailleurs, pour qu'une hernie primitive du cæcum à sac incomplet se produise dans le canal inguinal gauche, il faut de toute nécessité supposer une anomalie dans le développement du gros intestin. On sait qu'au cours du développement, la portion de l'anse intestinale primitive qui doit donner naissance à l'appareil cæcal se trouve située tout d'abord dans la fosse iliaque gauche. Peu à peu, par un mouvement combiné d'ascension et de translation latérale, cette anse gagne la partie supérieure de l'abdomen et la région ombilicale, passe sous la face inférieure du foie et redescend progressivement vers la fosse iliaque droite pour se fixer dans son siège définitif.

Nous nous bornons à rappeler ces notions que l'on trouvera développées dans les *Traités d'embryologie* et dans l'article récemment consacré par De Quervain (*Semaine médicale*, 1901), aux situations anormales de l'intestin.

Ce que nous en avons dit suffit à faire comprendre que lorsqu'une anomalie fixe le cæcum dans la fosse iliaque gauche, on puisse le retrouver dans une hernie inguinale de ce côté. On assiste simplement à la transposition à gauche des détails que nous allons retrouver dans l'étude des hernies inguinales droites.

Hernies inguinales droites. — C'est le siège le plus fréquent et le lieu d'élection pour ainsi dire des hernies du cæcum. C'est là que l'on a pu constater non pas seulement les cas complexes, mais aussi les diverses variétés de hernies cæcales primitives et en particulier la disposition dite à sac incomplet.

Nous en avons donné plus haut la définition. Nous devons maintenant entrer dans quelques détails.

Sac. — Le *sac* est para-intestinal et non péri-intestinal.

Cela nous paraît expliquer d'une façon satisfaisante qu'un certain nombre de hernies aient pu être considérées comme dépourvues de sac. Lorsque celui-ci ne se trouve pas en avant de l'intestin et ne se présente pas d'emblée au bistouri du chirurgien, il peut parfaitement passer inaperçu et être réintégré sans avoir été ouvert. Parfois même le cæcum a été incisé d'emblée par méprise. Nous envisagerons plus loin cette éventualité.

Le sac peut être plus ou moins accusé, il peut être vide ou occupé par une anse grêle, par la trompe, ou par tout autre organe; enfin il peut présenter par rapport aux éléments du cordon une situation très variable.

On l'a même vu se continuer avec la vaginale, du fait de la persistance du conduit vagino-péritonéal.

Ce sont là des points connus, que nous signalons en passant, car ils ne s'appliquent pas particulièrement aux hernies que nous décrivons.

Il en est d'autres qui sont spéciaux. Ils ont trait non pas à la position de l'infundibulum péritonéal, mais à la situation même du cæcum dans la hernie.

Celle-ci a une grande importance, car c'est sur elle, que l'observateur doit se baser pour décider s'il a affaire ou non à une hernie primitive du cæcum. En effet, cette partie du gros intestin peut se présenter dans la hernie suivant deux modalités différentes :

1° *Le cæcum a conservé son orientation normale*; il a subi simplement un mouvement de translation et de glissement en masse vers l'orifice herniaire, et se présente sous les plans cutané et aponévrotiques avec la même disposition que celle qu'il offre dans l'abdomen. Son extrémité supérieure regarde du côté de la cavité abdominale, et parfois n'en est pas complètement sortie ; son fond occupe la partie déclive, le pôle inférieur de la tumeur herniaire. L'appendice pend sous le cæcum ou peut être replié sur sa face postérieure. Sur la face interne, on voit quelquefois le point d'abouchement de l'intestin grêle dans le gros intestin.

En outre, le cæcum peut avoir subi un léger mouvement de bascule de bas en haut et d'arrière en avant, de sorte qu'il apparaît comme dressé au centre des plans incisés et écartés au-devant de lui. Cela tient aux tractions qu'il subit de la part de la séreuse incomplètement descendue et de la part du côlon retenu dans l'abdomen.

2° Dans une deuxième catégorie de faits, le *cæcum a basculé*. Après incision des divers plans superposés on s'aperçoit (à des caractères que nous préciserons) que l'on a affaire à une hernie du gros intestin, Le cæcum est reconnu grâce à ses bandes longitudinales et à la présence de l'appendice. Mais au lieu d'occuper dans la tumeur herniaire la partie déclive, il est situé au niveau de l'anneau inguinal, *son fond regardant en haut* du côté de la cavité abdominale, *son sommet tourné en bas* et se continuant avec le côlon ascendant. C'est là un point capital et qui a fait donner à ces cas le nom de *hernies du cæcum par bascule ou secondaires*, par opposition à celles que nous avons décrites précédemment et qui sont dites *hernies par glissement ou primitives*.

En traitant de la pathogénie et du mécanisme des hernies cæcales, nous reviendrons sur ces dénominations pour les expliquer et aussi pour les discuter.

Avant d'en finir avec l'étude anatomique, signalons une particularité. On sait qu'il n'est pas rare de trouver dans les entérocèles ordinaires des adhérences entre l'intestin, l'épiploon et les parties avoisantes.

Ce sont, le plus souvent, des exsudats inflammatoires, des brides néoformées, sur la conformation et le traitement desquelles nous n'insisterons pas. Disons seulement que les hernies du cæcum, à quelque variété qu'elles appartiennent, n'en sont pas exemptes.

Mais elles présentent en outre avec les plans profonds une adhérence de nature très spéciale. C'est ce que Scarpa appelait l'*adhérence charnue naturelle*. Elle se montre ordinairement à la partie postérieure interne ou externe de l'anse intestinale, sous la forme d'une bride épaisse, « charnue, » qui représente les moyens d'attache normaux de l'intestin à la paroi abdominale postérieure.

Or ces attaches naturelles ne sont autre chose que les *mésos* : méso-côlon quand cette partie de l'intestin est descendue la première, méso-cæcum quand il en existe un, ou ligament cæcal supérieur lorsqu'il s'agit d'une hernie primitive du cæcum par glissement. Il suffit de se rappeler que c'est par la voie de ces mésos, ou replis péritonéaux, que les vaisseaux arrivent à l'intestin, pour comprendre l'intérêt que le chirurgien peut avoir à les ménager. Nous aurons l'occasion de les rappeler à propos du traitement.

Mentionnons enfin, qu'en dehors de la fixité due à ces diverses sortes d'adhérences le cæcum peut encore être maintenu hors du ventre et présenter une véritable irréductibilité, du fait de la boursouflure et de la distension de sa paroi externe par les matières accumulées.

Pathogénie et mécanisme. — La hernie d'un organe quelconque étant toujours liée à l'affaiblissement ou à la destruction de ses moyens de contention, nous devons étudier comment le cæcum est fixé dans l'abdomen, si nous voulons comprendre par quel mécanisme il en sort.

Ce rappel anatomique sera court; mais il est nécessaire, car on a fait jouer aux ligaments du cæcum un rôle prépondérant dans la production de ces hernies.

Dans 92 p. 100 des cas environ, le cæcum est complètement entouré par le péritoine.

Dans 8 p. 100, il possède un méso tout comme le côlon, et jouit de ce fait d'une certaine mobilité.

La disposition décrite autrefois comme ordinaire et d'après laquelle le cæcum reposerait sur le tissu cellulaire iliaque n'existerait jamais, d'après Jonnesco.

Cependant, Tuffier et Janes la signalent, en particulier pour l'appendice, dans leur travail de la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* (1899).

Enfin, et indépendamment encore des fossettes que nous ne décrirons pas, le péritoine présente au niveau du cæcum des ligaments bien connus depuis les travaux de Gérard-Marchant (*Journal des connaissances médicales*, 1882) et de Tuffier. En haut, se trouve le ligament supérieur ou cæco-réno-lombaire, dont le nom seul indique les insertions. En bas, se voit le ligament cæcal inférieur, qui mérite de nous arrêter davantage.

Lorsqu'on renverse le cæcum en haut, il se présente sous la forme « d'un pli triangulaire, dont le bord concave et libre regarde à droite, dont le bord convexe adhère à la face gauche du cæcum et à l'intestin grêle, au niveau de la terminaison du mésentère. Son sommet se perd sur ce dernier. Sa base s'insère sur la fosse iliaque, au point où les vaisseaux spermatiques croisent l'artère iliaque externe » (Jonnesco).

Or, tandis que le ligament supérieur s'oppose à la descente du cæcum dans la fosse iliaque, l'inférieur prévient le renversement de l'organe et maintient son fond en bas.

Lorsque, dit Tuffier, après avoir lié le côlon ascendant et coupé le ligament cæcal inférieur, on distend le cæcum par insufflation, on voit son fond se redresser et l'organe entier tendre à basculer. En outre, il se dépouille de son méso séreux et vient se mettre en rapport avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque.

Nous avons recherché sur quinze cadavres environ, soit à l'amphithéâtre des hôpitaux, soit à celui de la Faculté, la disposition de ce ligament cæcal inférieur, et nous avons pu constater qu'il atteint rarement le développement que lui assigne Tuffier.

Dans la figure 5 de son article des *Archives générales de médecine*, on voit le ligament inferieur partant de la partie externe de la fosse iliaque droite prendre le cæcum en écharpe et passer au-dessous de son fond. Or il nous a paru que, le plus souvent, il était beaucoup moins développé. Il formait seulement un repli étendu presque verticalement de la fin de l'iléon sur le psoas iliaque. Il n'adhérait alors qu'au bord gauche du cæcum, et réalisait la disposition décrite dans les classiques sous le nom de ligament mésentérico-cæcal ou colique. Dans un cas, cependant, où il était très développé, nous avons, après ligature du côlon, distendu le cæcum en y injectant de l'air par la terminaison de l'iléon. Le cæcum se redresse et tend, en effet, à porter son fond en haut; mais il ne peut arriver à la position verticale, tant que le ligament n'a pas été coupé ou relâché. Ceci fait, et malgré une distension maxima, il ne nous a pas été possible de constater le déplissement spontané de la séreuse en arrière, et l'abandon par celle-ci de la face postérieure du cæcum qui deviendrait alors sous-péritonéale. Pour que cette disposition se réalise, il faut y aider activement avec le doigt. Volontiers, cependant, nous faisons des réserves sur ce point : qu'on ne peut jamais conclure de ce qui se passe sous l'influence d'une action brutale, à ce qui se produit insensiblement, par des distensions lentes et répétées, chez des individus habituellement constipés.

Ces prémisses posées, voyons comment se comportent les ligaments dans chacune des variétés de hernie. Auparavant, nous devons faire des réserves, en ce qui concerne le rôle un peu effacé que l'on attribue au ligament cæcal supérieur dans la suspension du cæcum. S'il est vrai que celui-ci est surtout fixé en haut par le côlon ascendant et par son coude, il n'en reste pas moins acquis que le repli cæco-réno-lombaire joue dans cette fixation un rôle considérable. Il se tend vivement quand on attire vers le canal inguinal l'origine du gros intestin; et celui-ci ne descend que lorsque le ligament supérieur s'étire, se rompt ou descend aussi, entraînant avec lui le péritoine postérieur. Donc, quelle que soit la variété de hernie du cæcum que l'on envisage, il faut toujours admettre au début une absence, *une rupture, une élongation ou un abaissement du ligament cæcal supérieur*.

En parlant de l'anatomie pathologique des hernies à sac incomplet, nous avons employé les expressions de hernie par glissement et de hernie par bascule. C'est ici le lieu de les interpréter, à la suite de M. le professeur Jaboulay, qui fut un des premiers à étudier leurs caractères et leur mécanisme.

Dans la *hernie par glissement*, le cæcum sort de l'abdomen en conservant l'orientation qu'il y présente normalement, c'est-à-dire que son fond et l'appendice qui y est attaché s'engagent les premiers dans l'orifice herniaire et se présentent tout d'abord à la vue de l'opérateur qui pratique la kélotomie. Dans ce mouvement de descente, le cæcum entraîne au-devant de lui un pli péritonéal qui le coiffe sans l'entourer complètement.

Dans quelles conditions les choses peuvent-elles se passer ainsi ?

Nous avons fait allusion une fois pour toutes à l'affaiblissement des moyens de contention ordinaire du gros intestin : nous n'y reviendrons pas. Dans le cas qui nous occupe, ce qui importe surtout, c'est la disposition du péritoine par rapport au cæcum. Il faut que ce dernier soit simplement tapissé par la séreuse sur sa face antérieure (ce qui est exceptionnel, 1 fois sur 3000 cas), ou bien qu'il possède un méso dont les deux feuillets décollables pourront, sous l'influence d'une distension répétée et progressivement croissante, s'écarter et laisser l'intestin reposer sur le tissu cellulaire iliaque. L'absence ou l'imparfait développement du ligament inférieur favoriseront beaucoup ce déplissement du péritoine. Si, à ce moment, le cæcum est sollicité de descendre et d'abandonner la cavité abdominale, le péritoine le suivra puisqu'il est toujours adhérent à sa face antérieure; et ainsi se formera un cul-de-sac incomplet, par un mécanisme analogue à celui qui régit la production de certaines cystocèles para-péritonéales. En même temps que le cæcum s'abaissera, on verra s'abaisser aussi ses moyens de contention naturelle ; on apercevra en le soulevant un repli plus ou moins épais, terminaison du ligament cæcal supérieur (méso-cæcum) quand il existe, au début du méso-côlon attiré dans la hernie. *Celle-ci est dite alors par glissement et primitive.*

Ajoutons tout de suite qu'elle est loin d'être admise par tous les auteurs.

En effet s'ils s'accordent sur l'existence de la hernie cæcale primitive à sac complet, ils ne reconnaissent pas tous la même autonomie à la hernie à sac incomplet. C'est l'opinion émise par Mouton dans une thèse récemment soutenue à Lille, 1898-99. Pour lui, la hernie du cæcum à sac incomplet serait toujours secondaire à la descente du côlon. Elle rentrerait dans la catégorie des hernies par bascule que nous décrirons plus loin.

Cependant, il fallait trouver une explication aux cas dans lesquels le côlon est resté dans l'abdomen, tandis que le cæcum seul faisait issue au dehors.

Broca (Société anatomique, 1891) est d'avis que les choses se passent de la façon suivante : au début, il s'agit d'une banale hernie à sac complet de la terminaison de l'iléon. En raison de son voisinage et des tractions dont il est l'objet, le cæcum finit par descendre à son tour. La hernie s'accroît. L'intestin grêle moins volumineux, moins sujet à la distension, entre et sort. S'il pénètre en grande quantité, il accapare à son profit la totalité du sac et finit par dépouiller de son revêtement séreux la face postérieure du cæcum. Celui-ci, privé d'une partie de son péritoine, a dès lors à son voisinage un sac incomplet qui peut contenir des anses grêles ou être vide si l'intestin plus mobile a réintégré la cavité abdominale.

Ce mécanisme nous paraît un peu compliqué, surtout dans le cas où le cæcum est complètement entouré par la séreuse. Il n'est pas particulièrement aisé de décoller celle-ci sur la face postérieure du cæcum ; et il paraît peu probable que le va et vient dans le sac de plusieurs anses grêles puisse y suffire. D'ailleurs, le fait de retrouver de l'intestin grêle au voisinage d'une hernie du cæcum ne prouve pas sans réplique que celle-ci ait été primitivement iléale. Le cæcum peut parfaitement s'être hernié le premier, avec

un sac incomplet, que l'iléon aura secondairement envahi.

Quel que soit le mécanisme auquel on se rallie, il est un fait indiscutable, c'est que malgré sa rareté on n'est pas en droit de nier *la hernie cæcale primitive à sac incomplet, par glissement.*

Tout le mécanisme invoqué par Tuffier et les auteurs pour expliquer la descente du côlon ascendant dans les hernies primitives de cet organe, s'applique au cæcum quand il n'est pas inclus en totalité dans la séreuse ou qu'il a pu s'en libérer. L'intestin distendu et appesanti par les matières tire alors sur ses ligaments dont la résistance et le développement sont des facteurs d'une haute importance.

Par opposition avec la variété de hernie que nous venons de décrire et pour la mieux faire ressortir, nous devons quelques lignes à la *hernie secondaire ou par bascule.*

Nous avons vu qu'elle était caractérisée par la présence du côlon à la partie inférieure de la tumeur herniaire, et par la situation spéciale du cæcum qui avait exécuté suivant son axe un mouvement de rotation de 180 degrés, de façon que son fond avec l'appendice regardent en haut, tandis que son sommet est tourné en bas, du côté du côlon hernié au-dessous de lui. Ici la disposition anatomique est révélatrice du mécanisme par lequel s'est produite la hernie.

Ce mécanisme est en tous points analogue à celui que nous avons indiqué pour les hernies primitives du cæcum par glissement, à ce détail près que c'est le côlon ascendant qui a commencé.

Mal soutenu au niveau de son coude supérieur, pourvu d'un long méso lâche flottant, et facilement déplissable, alourdi par les matières, il dégage peu à peu sa face postérieure du péritoine qui l'environne. Il entre en contact avec le tissu cellulaire iliaque, sur lequel il glisse, se dirigeant vers un orifice herniaire dans lequel il finit par s'engager. A sa suite, le cæcum plonge en arrière, suivant la comparaison classique, à la façon d'un vase que l'on renverse. Il tend par sa partie supérieure du moins à se dégager du péritoine et il y réussit. Quand le ligament cæcal inférieur est bien développé et assez puissant, la séreuse continue à entourer et à fixer la pointe de l'organe. En tous cas, elle reste toujours fixée à sa face antérieure et forme au devant avec le péritoine pariétal attiré du même coup, un cul-de-sac qui laisse libres les deux tiers postérieurs du cæcum.

La hernie *par bascule est donc avant tout une hernie primitive du côlon ascendant; ce n'est que secondairement que le cæcum y prend part.* Il n'est pas douteux que cette variété soit de beaucoup la plus fréquente. Il serait fastidieux d'en rapporter tous les cas. Au rebours, les observations de hernies primitives par glissement sont assez exceptionnelles pour que Tuffier dans son travail ait mis en doute leur existence.

Les observations que nous en avons rapportées nous paraissent démonstratives. Elles prouvent en outre, qu'avant d'affirmer l'existence d'une hernie cæcale primitive, il est nécessaire de s'assurer que le côlon n'en fait pas partie, et que le cæcum a gardé dans la hernie son orientation normale.

Est-il possible, à propos de ces deux classes de hernie par glissement et par bascule, de préciser davantage le mécanisme en ce qui concerne le rôle que jouent les ligaments?

Nous avons indiqué qu'il était nécessaire que le ligament supérieur fût relaché, absent ou abaissé, et cela dans toutes les variétés de hernies.

La hernie par bascule semble surtout dépendre d'un affaiblissement ou d'une déchirure du ligament inférieur. En effet, il contribue à retenir et à fixer dans la fosse iliaque le fond du cæcum. Cette action est facile à mettre en évidence. Il suffit de passer la main sous le cæcum et de le renverser en haut pour voir se tendre et résister le repli péritonéal.

Le mouvement de bascule en haut est donc assez étroitement subordonné à l'existence et à la solidité du ligament cæcal inférieur, tandis que la possibilité du glissement est surtout le fait du ligament supérieur.

Si nous envisageons maintenant d'un coup d'œil d'ensemble les conditions anatomiques ou pathologiques qui président à la production des hernies du cæcum en général, nous voyons qu'il est possible de les classer comme on le fait ordinairement sous deux chefs :

Les hernies congénitales;

Les hernies de l'adulte (1).

A. *Hernies congénitales.* — Elles dépendent de malformations diverses.

1. Le cæcum, la fin de l'iléon sont dépourvus de péritoine, ou seulement recouverts sur leur face antérieure par celui-ci (prédisposition à la hernie sans sac ou encore à sac incomplet primitive et par glissement).

2. Existence d'un méso-cæcum plus ou moins développé (prédisposition à la hernie primitive par glissement à sac incomplet).

N. B. Coïncidant avec l'une ou l'autre de ces malformations, ou à l'état isolé, on peut observer une absence ou un affaiblissement d'origine congénitale des ligaments cæcaux.

Cette malformation prédispose en général à toutes les variétés de hernies, et peut avoir sur la marche de quelques-unes d'entre elles une influence particulière (hernies par bascule) [ligament inférieur].

B. *Hernies de l'adulte.* — Celles-ci ont surtout pour origine le tiraillement, la déchirure, l'affaiblissement des ligaments.

Ce sont le plus souvent des hernies primitives du cæcum à sac complet quand les ligament supérieur et inférieurs ont fléchi, ou bien encore des hernies par bascule quand le côlon ascendant ayant fait hernie le premier, le cæcum, grâce à la faiblesse du ligament inférieur, a pu se renverser et le suivre dans sa descente.

Sans doute, chez l'adulte, il faut tenir un grand compte dans cette pathogénie de la constipation habituelle, qui peut alourdir et distendre progressivement le cæcum. Mais c'est un élément dont la valeur n'a pas encore été nettement dégagée des observations publiées.

Symptomes et diagnostic. — Il ne saurait être question, à propos des hernies du cæcum à sac incomplet, d'établir une symptomatologie spéciale à cette variété.

Bien plus, en dehors de quelques signes particuliers et qu'on ne retrouve pas toujours, il est difficile d'assigner aux hernies cæcales en général une physionomie qui les distingue des hernies de toute autre portion du gros intestin. Aussi nous bornerons-nous à esquisser le tableau clinique de ces dernières.

Elles ont pour caractère assez commun d'être assez volumineuses. Ce détail n'aurait en lui-même qu'un intérêt médiocre, si on n'y joignait cette notion que les hernies du gros intestin apparaissent brusquement, au lieu de procéder par accroissement régulier et progressif.

(1) Il va sans dire que ces qualificatifs s'appliquent à la disposition anatomique que présente la hernie et non à l'époque de son apparition.

Elles forment une tumeur bosselée et irrégulière d'une sonorité tympanique se réduisant en partie ou en totalité avec un bruit très net de gargouillement.

Plus que les hernies de l'intestin grêle, celles-ci sont capricieuses. Elles deviennent facilement et sans cause appréciable irréductibles.

A vrai dire, ceci ne leur est pas particulier. Mais alors que cette irréductibilité paraissait définitive et justiciable seulement de la kélotomie, la hernie rentre rapidement dans l'abdomen, sans que cette réduction soit mieux expliquée que son irréductibilité antérieure.

Quand il y a dans la tumeur herniaire un segment plus ou moins long de l'intestin grêle, la symptomatologie peut être extrêment confuse. Parfois on arrivera à distinguer deux parties : l'une qui est pâteuse, peu sonore et se réduit avec un léger bruit; l'autre bosselée, tympanique et qui rentre avec gargouillement.

Nous aurons l'occasion de revenir sur quelques-uns de ces points à propos du diagnostic.

Ajoutons seulement que ces phénomènes d'étranglement sur le gros intestin sont moins rapidement accusés, ont une allure plus torpide que lorsqu'ils atteignent l'intestin grêle. Dans le cas particulier de hernie du cæcum, on peut voir persister la perméabilité du gros intestin aux matières et aux gaz.

Diagnostic. — Le diagnostic repose presque uniquement sur ces deux faits :

1° Les hernies du gros intestin se produisent rapidement et acquièrent d'emblée un volume important, tandis que celles de l'intestin grêle procèdent d'abord par pointes hésitantes et ne s'accroissent que progressivement;

2° La hernie du gros intestin est pour le malade qui en est portenr une source d'alertes fréquentes. Bien contenue un jour, elle rentre avec peine le lendemain, donne des accidents d'occlusion incomplète qui souvent cèdent brusquement. C'est surtout pour elle qu'il faut conserver ce terme d'engouement, dont on a jadis abusé et derrière lequel on se retranchait pour différer une kélotomie souvent urgente. Les hernies grêles sont sujettes à moins d'alternatives. Il est juste d'ajouter que donnant lieu à des phénomènes d'étranglement plus précoces et plus graves, on se hâte davantage de les opérer.

Les hernies du cæcum peuvent avoir une symptomatologie un peu déconcertante. L'appendice enflammé pouvant se trouver ou bien dans la portion de la hernie qui est restée dans le ventre, ou bien au voisinage du sac incomplet, on retrouvera en pareil cas toutes les réactions habituelles de la séreuse en cas d'appendicite, et tous les symptômes de la péritonite appendiculaire évoluant surtout comme péritonite herniaire.

Il y aurait lieu aussi de chercher à différencier cliniquement les hernies du cæcum et du gros intestin, de celles de la vessie. C'est un point que nous signalons seulement ici, car il serait sans intérêt immédiat de reprendre à ce propos le diagnostic détaillé des cystocèles.

Par contre nous verrons qu'il est nécessaire que ce diagnostic soit établi après incision des enveloppes de la hernie, alors que l'opérateur, étonné de ne pas rencontrer de sac véritable, hésite sur la nature de l'organe qui est sorti de l'abdomen.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° On tombe d'emblée sur le sac incomplet et on l'ouvre. A ce moment, il faut savoir se rendre compte de sa disposition et de son adhérence au gros intestin, situé à côté ou au-dessous de lui, mais non à son intérieur.

Il est inutile et même dangereux de songer à le disséquer, comme on a coutume de le faire dans les hernies ordinaires. S'il contient de l'intestin grêle, ou un autre organe, il faudra, après l'avoir reconnu, se comporter comme nous l'indiquerons à propos du traitement.

2° Mais il peut se faire que, le sac étant latéral, ce soit l'intestin qui se présente le premier au bistouri. Quand le cæcum est descendu le premier et qu'il est seul, on le distingue orninairement assez vite, grâce à son aspect globuleux, grâce aussi à la présence de l'appendice qu'il faut toujours rechercher. En effet, s'il est des cas où il se présente d'emblée aux regards, il en est d'autres où il est dissimulé du fait d'une situation postérieure.

Enfin les bandes longitudinales toujours marquées sur la première portion du gros intestin trahiront presque toujours sa présence.

Cependant, comme il arrive fréquemment que la hernie ait commencé par le côlon, il peut se faire que le cæcum n'ayant pas effectué complètement son mouvement de bascule reste dans l'abdomen par son fond, privant ainsi l'opérateur d'un élément de diagnostic important, l'appendice. Les bandes du côlon, son aspect blanchâtre, les traînées de graisse qui accompagnent son méso et ce méso lui-même, repli épais charnu, résistant, appliqué sur les plans profonds, tels sont les caractères principaux qui devront faire penser à une hernie du gros intestin.

Lorsqu'elle est précédée d'une masse graisseuse, il y a lieu de se demander si on n'a pas affaire à une hernie de la vessie. La graisse périvésicale de la hernie de la vessie est plus jaunâtre, plus diffluente. Cependant ce signe n'a qu'une valeur relative, car chez les sujets obèses toutes les hernies para-péritonéales sont noyées sous un coussin cellulo-graisseux.

Dans la cystocèle, le sac est généralement situé en dehors. Dans la hernie du gros intestin, il est plus généralement en avant ou en dedans.

Un cathéter introduit dans la vessie et une injection de liquide montreront si l'on est bien en présence d'une hernie du réservoir urinaire.

Pronostic. — Le pronostic des hernies du cæcum en général, et plus particulièrement des hernies à sac incomplet, doit toujours être réservé, même en dehors des périodes d'étranglement ou d'engouement, car :

a. Ces hernies s'observent de préférence chez des sujets adultes plus ou moins obèses, ou à parois abdominales relâchées de façon à permettre le passage à travers les anneaux d'une masse herniaire assez considérable. Ces sujets sont en mêms temps très souvent atteints de bronchite chronique, et les quintes de toux répétées ont été précisément chez eux une des causes de la production de l'augmentation de la hernie.

Les hernies du gros intestin en général comportent par leur volume certaines difficultés opératoires.

A plus forte raison, lorsqu'il s'agit de hernies du cæcum à sac incomplet. En effet, le premier danger consiste à ouvrir le cæcum que l'on peut prendre pour le sac épaissi. Si le sac est reconnu en temps opportun, il est très difficile sinon impossible de le réséquer largement en ménageant le cæcum et ses moyens de nutrition.

C'est surtout du côté de l'adhérence charnue naturelle que se trouve le danger. A ce point de vue, on a pu diviser les hernies en deux classes : celles du cæcum seul, où l'adhérence est peu étendue, et celles du côlon et du cæcum, où elle peut être considérable. Elle s'insère ainsi parfois sur une grande hauteur du trajet herniaire, offrant alors dans le libératum de l'anse que l'on veut réintégrer des dangers multiples d'hémorragie et de sphacèle. Ce sera même un des points les plus délicats et les plus intéressants du traitement que d'indiquer les moyens de réintégrer l'anse adhérente sans compromettre sa vitalité.

Traitement. — Nous n'avons ici en vue que la conduite à tenir au cours de la kélotomie. Si le sac a été ouvert parce qu'il se présentait de lui-même au-devant de la hernie, nous avons déjà vu qu'il ne fallait pas faire effort pour le libérer de toutes parts, puisqu'il adhère intimement à l'intestin d'un côté.

Est-il occupé par de l'intestin grêle, de l'épiploon ou tout autre organe, on les réduira et on refermera le sac en accolant l'un à l'autre par un surjet les deux feuillets. Après quoi, on s'occupera de réintégrer l'anse herniée comme nous l'indiquerons.

Si le sac n'est pas ouvert d'emblée à cause de sa situation latérale ou postérieure, il peut se faire que l'intestin n'ayant pas été reconnu du premier coup, ses couches les plus superficielles soient intéressées par le bistouri. Une suture réparera rapidement cette erreur. Après quoi, il faudra rechercher le sac, constater s'il est occupé ou vide, et se comporter comme précédemment.

Le temps le plus délicat consiste dans le refoulement du cæcum à l'intérieur du ventre.

S'il a simplement glissé en conservant au dehors son orientation normale, il est ordinairement facile de le repousser à l'intérieur après avoir débridé l'anneau refermé sur lui. Mais il peut arriver qu'après cette dernière manœuvre, toute tentative de réintégration soit infructueuse. Cela tient à l'orientation nouvelle prise par le cæcum.

Nous avons vu que même dans les hernies par glissement, il pouvait sous l'influence des tiraillements que lui fait subir le péritoine adhérent sur une de ses faces, se dresser dans la plaie, le fond regardant directement en haut. Il est nécessaire alors de le ramener en position normale et de ne le repousser que lorsque que ce temps préalable a été exécuté. *A fortiori*, ce redressement préliminaire s'impose quand il s'agit de la véritable hernie par bascule. A défaut d'une représentation visuelle des choses, le simple raisonnement suffit à le faire comprendre. Le cæcum est descendu à la remorque du côlon, pour ainsi dire; son fond est souvent à l'anneau ou plus avant encore dans le canal inguinal. Essayer le refoulement direct ne pourrait à condition qu'il fût possible, qu'aggraver le cas. Il ne tendrait à rien moins qu'à placer le cæcum dans l'abdomen au-dessus du côlon, ainsi que l'a montré en y insistant beaucoup, M. le professeur Jaboulay. D'ailleurs, tout effort dirigé dans ce sens est non seulement illogique, mais impossible. En effet le péritoine pariétal et le méso-côlon ou méso-cæcum, quand il existe, s'opposent à cette manœuvre. Il forme à la face profonde de la hernie une corde tendue, que de prime abord on serait porté à couper pour libérer le paquet intestinal. Il suffit de se rappeler que c'est par la voie de ce méso que les vaisseaux arrivent à l'intestin, pour ne pas courir le risque de le voir se sphacéler à la suite de leur section.

Il faut faire décrire à l'intestin le mouvement inverse de celui qu'il a été obligé d'exécuter pour quitter l'abdomen, et refouler en arrière et en haut l'adhérence charnue naturelle. Il est souvent nécessaire de décoller avec précaution le péritoine des tissus sous-jacents, en se servant uniquement des doigts, à l'exclusion de tout instrument tranchant. Cette mobilisation étant poursuivie très haut, jusque dans la fosse iliaque, il devient d'ordinaire possible de réduire l'intestin avec son point d'insertion.

Il peut arriver que les choses ne soient pas aussi simples. Dans notre observation I, des adhérences inflammatoires, dues à une poussée concomitante d'appendicite, rendaient toute réduction impossible. Le cæcum fut laissé dans sa situation anormale et la plaie fermée par des sutures superficielles. Ce ne fut que huit jours après, alors que la débâcle intestinale s'était faite et que l'état général s'était amélioré, qu'on put, après libération des adhérences molles néoformées, reprendre avec succès les tentatives infructueuses de la première intervention.

Il se peut même que dans des cas graves et compliqués, on soit obligé d'établir *in loco* un anus contre nature, ou de réséquer une portion du gros intestin. En somme, au point de vue opératoire et schématiquement, on peut classer les hernies cæcales qui nous occupent sous trois chefs principaux :

1° Les hernies simplement irréductibles et non étranglées;

2° Les hernies étranglées compliquées d'adhérences fibreuses peu étendues.

A ces deux premiers groupes convient la conduite chirurgicale indiquée plus haut;

3° Les hernies irréductibles ou étranglées, dans lesquelles un processus inflammatoire péricæcal ou appendiculaire a déterminé un épaississement et une solidité anormale de l'adhérence naturelle, en même temps que des adhérences étendues du cæcum et de l'appendice avec le sac incomplet et son contenu.

Dans ces conditions et si l'état général du malade s'oppose d'emblée à une opération intestinale plastique importante, on pourra après avoir libéré l'anneau et levé l'étranglement, laisser les choses en place et tenter la réduction huit ou dix jours après, quand la débâcle stercorale se sera produite. Mais il se peut que les adhérences soient telles qu'on ne puisse ni dégager le cæcum ni l'appendice, et que pour être sûr de lever l'étranglement, on soit réduit à faire un anus cæcal.

Enfin si l'état général le permet, on pourra d'emblée essayer de faire mieux. On pratiquera alors une entérectomie portant soit sur le fond du cæcum, soit sur l'angle iléo-colique, avec entérorraphie circulaire. On pourra même, si les adhérences sont trop étendues, faire une entéro-anastomose latérale entre la terminaison de l'iléon et un point du côlon ascendant.

Julliard a rapporté deux cas d'entérectomie faite dans ces conditions, au Congrès de chirurgie de 1895. Nous n'en avons pas retrouvé d'autres dans la thèse cependant documentée de Carel (Paris, 1897-98) sur la résection du cæcum.

Il est un point sur lequel nous tenons à insister, bien qu'il concerne surtout les hernies par glissement de l'S iliaque que l'on peut homologuer à celles du côlon ascendant et du cæcum. Nous voulons parler de la difficulté que l'on éprouve à les maintenir réduites, quand elles sont volumineuses.

Morestin a signalé au Congrès international de 1900 les déboires que donne la cure radicale. Il rapporte l'histoire

d'un malade opéré deux fois sans aucun succès d'une hernie grosse comme les deux poings et qui récidiva en peu de temps. Il préconise pour les fixer deux moyens. Le plus simple, qui avait été déjà employé par Hartmann et signalé dans la thèse de Mayo (Paris, 1897-98) sur les hernies par glissement du gros intestin, consiste à passer des fils dans le sac incomplet et à les porter très haut dans l'épaisseur de la paroi abdominale, de façon à faire une sorte de colo ou de cæcopexie. Ce procédé est souvent infidèle, et Berger rapporte un cas d'occlusion intestinale mortelle consécutive à son emploi. Aussi Morestin se rallie-t-il plutôt au moyen suivant :

On fait une incision analogue à celle de l'anus contre nature sur le côlon ascendant. Par pressions sur la hernie et par tractions sur l'intestin, celui-ci est ramené dans le ventre, et l'on voit se reformer alors le méso déplissé précédemment.

On suture les deux feuillets l'un à l'autre par dix ou douze points passant entre les vaisseaux. On fixe en outre le méso lui-même au péritoine pariétal et à l'aponévrose iliaque.

Morestin a eu l'occasion d'appliquer avec un plein succès cette méthode au malade qui faisait l'objet de sa communication.

Dans l'étude qui précède, nous avons peu parlé de la hernie de l'appendice. C'est que celui-ci, en dehors des complications inflammatoires auxquels nous avons fait allusion, ne joue qu'un rôle assez obscur dans la pathogénie et la symptomatologie des hernies cæcales.

Il n'en va pas de même dans les cas où l'appendice seul fait issue hors du ventre. A côté des hernies cæcales primitives à sac incomplet, il existe des hernies analogues de l'appendice seul, peu connues et auxquelles nous avons tenu à faire une place dans ce travail.

II

HERNIES DE L'APPENDICE ILÉO-CÆCAL SANS SAC OU AVEC SAC INCOMPLET

A propos des hernies du cæcum sans sac ou à sac incomplet, nous avons vu à quelles complications pouvait donner lieu la présence de l'appendice dans la hernie : appendicite herniaire, péritonite du sac et infection de son contenu nous sont désormais des accidents connus (1).

Toutefois, il nous reste à décrire certains faits, beaucoup plus rares, exceptionnels même, et précisément fort intéressants parce qu'ils n'ont pas encore donné lieu jusqu'ici à une description d'ensemble.

Nous voulons parler des hernies de l'appendice seul, sans sac ou avec sac incomplet, dont il nous a été donné d'observer un très remarquable exemple :

Nous avons publié dans ce journal, à la date du 10 juillet 1902, cette observation personnelle de hernie de l'appendice, à laquelle on pourra se reporter.

Voici quelques autres faits analogues à celui-ci :

Obs. II. — Une des premières observations de hernie de l'appendice seul, dépourvue de sac, fut rapportée dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* de 1842, sous la signature du docteur Cabaret.

Appelé pour des accidents d'étranglement dus à une hernie *crurale*, le docteur Cabaret pratiqua la kélotomie d'urgence. Au moment où il s'apprêtait à rechercher le sac, « un appendice de trois pouces de long, *affectant la forme d'un intestin grêle très gonflé*, du volume de deux pouces, s'échappa de haut en bas. » Il fut facile de constater que tout sac faisait défaut.

Obs. III. — Dans la *Gazette des hôpitaux* de 1859, se trouve l'observation suivante, relatée ensuite par Segelmann dans sa thèse (Paris, 1897-1898) :

La hernie est ici inguinale...

Après dissection, couche par couche, des divers plans qui la recouvrent, on arrive sur un corps baigné de pus et présentant toutes les apparences d'un intestin gangrené. Ce corps est grisâtre ; on ne sent rien dans son intérieur. Il est facile de reconnaître l'appendice. Au-dessous de lui et adhérent à sa face postérieure, on découvre une poche à parois épaisses, qui n'est autre que le sac herniaire. Ce sac est ouvert ; il contient un petit segment d'intestin étranglé.

Obs. IV (résumée dans la thèse de Sauvage, Paris, 1895). — *Hernie inguinale droite de l'appendice, compliquée d'appendicite. Résection de l'appendice. Castration. Mort.*

Homme soixante-neuf ans, entré à l'hôpital pour des accidents inflammatoires de la région inguino-scrotale droite. Le diagnostic exact ne put pas être porté avant l'intervention.

Après incision, on tomba sur une masse volumineuse de tissu cellulaire infiltré de pus. Au centre de cette masse, par dissociation, on découvre un organe allongé qui a l'aspect de l'appendice iléo-cæcal.

Ce cordon aboutit à une bosselure du cæcum, qui fait saillie en dehors de l'anneau. A côté du cæcum, au-dessous et en dehors de lui, fait saillie un petit sac herniaire, rempli d'épiploon. Résection de toutes les couches sphacélées, après ligature du sac. Le cordon s'est trouvé compris dans la ligature. M. Walther pratique la castration et termine en faisant un large tamponnement à la gaze, qui refoule le cæcum au-dessus de l'anneau inguinal.

Obs. V. — Bernard (Soc. anat., 1894) rapporte l'histoire d'un malade qui se disait atteint de hernie ancienne. Cette hernie était irréductible depuis huit jours.

A la palpation, on perçoit une tumeur dure irréductible paraissant se prolonger dans le canal inguinal. On porte le diagnostic d'épiplocèle adhérente.

L'incision faite *on ne trouve pas de sac herniaire*, on tombe sur une petite masse blanche, arrondie, longitudinale, sur laquelle des tractions sont aussitôt opérées. On reconnaît que le cæcum est attiré en bas par suite des tractions ainsi faites et que l'organe sur lequel elles sont pratiquées n'est autre que l'appendice, qu'on résèque.

Tels sont les cinq cas, que des recherches bibliographiques assez minutieuses nous ont permis de rassembler, de

(1) C'est à Morgagni que l'on attribue la première mention des hernies de l'appendice, et à Hévin (1785) la première description des accidents appendiculaires survenus dans une hernie. Plusieurs cas isolés furent publiés ensuite par Amyaud en 1802, par Schwenck (1805), par Frischter (Th. de Tubingen, 1806), par Merling (Th. de Heidelberg, 1826).

Puis les travaux sur ce sujet se multiplièrent ; on en trouve l'indication dans la thèse de Jackle (Marbourg, 1888). En 1893, Brieger fit paraître un travail d'ensemble dans les *Arch. f. klin. Chir.* sur les hernies du processus vermiforme.

En 1894, la thèse de Charnois (Lyon) relate les faits de Pollosson, Richelot, Nicaise, Le Dentu, etc.

A Paris, les thèses de Sauvage (1895), de Briançon (1897) ; — les travaux plus récents de Rivet, Segelmam, Mezangeau, Osty, donnent un historique très complet de la question.

hernies de l'appendice seul, *sans sac ou avec un sac incomplet*. Dans plusieurs observations de hernies appendiculaires, la disposition du sac n'est pas mentionnée : il se peut donc que plusieurs faits analogues aient passé inaperçus.

Étiologie et pathologie. — Dans 4 cas, la hernie était inguinale et dans un seul crurale. Cette prédominance est d'ailleurs la règle dans les hernies de l'appendice, quelles qu'elles soient : 47 inguinales pour 28 crurales (thèse d'Orty).

Comment l'appendice peut-il s'engager seul dans une hernie, et comment peut-il s'y trouver dépourvu de sac péritonéal, en partie ou en totalité?

Dans les hernies de l'appendice avec sac péritonéal, on s'explique assez facilement qu'un appendice suffisamment long (on en a vu de 15 à 18 centimètres) puisse s'engager dans un canal vagino-péritonéal persistant, ou dans un infundibulum crural, surtout si cet appendice est en situation pelvienne, et déjà normalement prolabé vers les orifices herniaires.

Il n'y a pas besoin de recourir à l'explication donnée par Broca pour les hernies du cæcum : production préalable d'une hernie de l'intestin grêle, et descente du cæcum, seul ou avec l'appendice, à la suite de l'iléon qui l'a attiré vers l'anneau.

Un tel processus est évidemment possible, surtout lorsqu'un sac est très ample, et qu'on y trouve l'appendice à côté d'anses grêles. Mais pas plus que pour les hernies du cæcum, cette succession n'est fatale. L'appendice peut descendre seul, et s'engager seul à travers le collet, s'il est assez long, et s'il est alourdi par l'épaississement de ses parois, ou par la rétention de son contenu. Et précisément, dans beaucoup d'observations, il est dit que l'appendice hernié a des dimensions considérables, ou qu'il contient un gros calcul, ou qu'il est distendu par un kyste muqueux, ou enfin qu'il est noyé dans une épaisse gangue fibrolipomateuse (notre observation).

Sur les cinq cas de hernie appendiculaire à sac incomplet que nous avons réunis ci-dessus, il est noté trois fois (Obs. I, II et III) que l'appendice offrait tout à fait l'aspect d'une anse d'intestin grêle enflammée ou sphacélée.

Voilà donc l'explication de la hernie de l'appendice seul. Mais on comprend moins aisément comment cet organe, entouré d'ordinaire complètement par le péritoine, peut se désinvaginer de la séreuse pour franchir sans elle l'orifice herniaire. Sur cinq cas, deux fois le sac faisait totalement défaut (Obs. II et V); trois fois il revêtait incomplètement l'appendice.

L'explication anatomique de cette disposition est la même que celle invoquée pour les hernies du cæcum à sac incomplet, quand le cæcum est simplement recouvert à sa face antéro-interne, comme d'un voile, par le péritoine qui l'applique contre la fosse iliaque, l'appendice affecte d'ordinaire, lui aussi, cette disposition extra-péritonéale. MM. Tuffier et Jane, dans un article du *Journal de gynécologie et de chirurgie abdominale* de 1898-1899, rapportent plusieurs exemples de cette situation de l'appendice, qui a été constatée par eux sur le cadavre.

Dès lors, l'appendice peut glisser isolément sous la séreuse vers l'orifice herniaire, d'où la hernie sans sac (2 cas). Ou bien, il entraîne avec lui la portion de la séreuse qui recouvre une de ses faces et y adhère, en général la face antéro-interne : hernie à sac incomplet (3 cas).

Symptômes et diagnostic. — Lorsque la hernie de l'appendice seul, avec ou sans sac, ne se complique pas d'accidents d'inflammation ou d'occlusion, elle n'a pour ainsi dire pas d'histoire clinique. Tout au plus a-t-on signalé parfois, à titre de présomption, la constatation dans le trajet herniaire d'un cordon dur, à peu près indolore, roulant sous le doigt.

C'est en général par des troubles inflammatoires que l'appendice, étranglé ou non, trahit sa présence dans la masse herniée ; et encore ces accidents ne sont-ils rattachés à leur véritable cause qu'au cours de la kélotomie. Tantôt les malades n'accusent à leur médecin que des douleurs, plus ou moins vives, irradiées vers l'abdomen, vers le scrotum ou vers la racine de la cuisse, avec des nausées sans vomissements, sans arrêt des matières, ni des gaz. Tantôt il s'agit de phénomènes abdominaux brusques et graves, tenant à la fois de la péritonite et de l'occlusion, et rappelant de tous points le tableau de la colique appendiculaire ou de la crise aiguë d'appendicite.

Ces poussées peuvent rétrocéder d'elles-mêmes, en laissant après elles des reliquats inflammatoires, qui rendent la hernie habituellement douloureuse, et qui aboutissent à la production de brides fixant l'appendice hernié, devenu irréductible.

Quand les phénomènes inflammatoires persistent et suivent leur cours, on voit se dérouler parallèlement le tableau clinique d'une obstruction intestinale ordinairement incomplète, et celui d'un phlegmon des bourses ou de la région inguino-crurale, suivant le siège de la hernie. Lorsque l'appendice est entouré de péritoine, ou lorsqu'il est accompagné du cæcum hernié à travers un anneau suffisamment large, l'inflammation peut se propager du sac à la grande cavité péritonéale. Pourtant cette éventualité d'une péritonite diffuse est rare et tardive, ainsi que dans toute hernie ; et il vaut mieux avoir une appendicite aiguë dans une hernie que dans l'abdomen.

En dehors de toute intervention, les accidents aboutissent à l'évacuation spontanée du phlegmon et à l'établissement de fistules dans la région inguino-scrotale.

Dans une période inflammatoire ou à la suite de quelques crises de coliques, le diagnostic de hernie de l'appendice isolé a pu être porté après discussion : les cas publiés en sont assez rares. Mézangeau, dans sa thèse, en cite quatre.

Plus souvent, on croit être en présence d'une hernie épiploïque enflammée ; car dans l'une et l'autre éventualité, les accidents sont les mêmes : nausées, douleurs, vomissements rares ou absents, constipation sans arrêt complet des matières et des gaz. Et le volume même de la hernie ne peut être un signe différentiel, car nous savons que l'appendice en pareil cas atteint parfois les dimensions de l'intestin grêle. Chez la femme, l'erreur est possible aussi avec une hernie de la trompe. On y serait d'autant plus facilement exposé que les coliques et les réactions péritonéales, déterminées par le pincement de l'oviducte, peuven simuler de tous points la colique appendiculaire. Mais très souvent alors l'ovaire accompagne la trompe dans la hernie et trahit sa présence par les douleurs caractéristiques à la pression.

Nous ne signalons qu'à titre de raretés non diagnostiquées les hernies du diverticule de Meckel. Il faut savoir cependant qu'au cours même de la kélotomie, on n'a pu reconnaître si l'on avait affaire à ce diverticule ou à l'ap-

pendice, qu'en exerçant des tractions sur l'organe hernié, de façon à amener dans la plaie le segment de l'intestin adjacent, cæcum ou iléon.

Naturellement, jamais on n'a soupçonné avant l'intervention si l'appendice hernié avait ou non un sac complet.

TRAITEMENT. — Que l'on ait à faire une cure radicale méthodique ou une kélotomie d'urgence, le traitement de la hernie appendiculaire n'offre d'intérêt au point de vue qui nous occupe que dans la disposition particulière du sac, qui peut être incomplet ou absent.

Et voici alors quelques-unes des dispositions que le chirurgien aura sous les yeux, après l'incision des téguments :

a. Si l'appendice est sain, non enflammé, de dimensions normales, on le reconnaît sans peine, bien qu'il se trouve en dehors du péritoine, ou qu'un simple diverticule de la séreuse soit accolé à une de ses faces. Sa résection, l'oblitération du moignon pour laquelle on peut se servir du péritoine du sac incomplet, incisé et rabattu sur le fond du cæcum, tout cela est assez simple, de même que l'oblitération du trajet herniaire.

b. Mais d'ordinaire l'appendice est enflammé depuis un temps plus ou moins long lorsqu'on intervient. Et les difficultés apparaissent.

Tout d'abord l'appendice congestionné à l'extrême, œdémateux, ou considérablement épaissi par une gangue fibrolipomateuse, peut en imposer pour le fond du cæcum pincé latéralement, ou pour une anse intestinale. Cet aspect, nous l'avons observé; il a été signalé par plusieurs chirurgiens : l'un de nous l'avait décrit dans sa thèse (Vignard). En 1900, à la Société anatomique, M. Bouglé a présenté un appendice ayant une circonférence de 7 centimètres et demi, qu'on aurait pris pour une anse d'intestin grêle.

Quand cet énorme appendice est dépourvu de sac, on doit fatalement le confondre avec une hernie extrapéritonéale du cæcum, du côlon ou de la vessie. Quand le sac est incomplet, on a les mêmes hésitations. L'injection de liquide par l'urètre permet d'éliminer l'hypothèse de hernie de la vessie. Pour reconnaître exactement le segment de l'intestin en présence duquel on se trouve, la difficulté est bien plus grande.

Sans-doute les bandes musculaires longitudinales du cæcum et du côlon sont des repères précieux; mais l'organe hernié est souvent fixé par des adhérences qui gênent ou même qui empêchent complètement cette recherche des bandes.

Et pourtant dans le doute ici, il ne faut pas s'abstenir; si c'est l'appendice, il faut le *réséquer*. En relisant les cinq observations que nous avons réunies ci-dessus, on verra à la fois les hésitations du chirurgien et les expédients auxquels il a eu recours : décollement et tractions prudentes, dissociation des parois de la masse à la sonde cannelée, etc.

S'il le faut même, une large herniolaparotomie sera préférable à une exploration incomplète dans une plaie trop étroite. En cas d'absence du sac, l'incision première est alors prolongée jusqu'au contact du point du péritoine le plus voisin; s'il y a un rudiment de sac, on l'ouvre, et c'est de là que partent les explorations ultérieures.

Dans quelques cas malheureusement trop rares, le sac incomplet est assez peu adhérent à l'appendice pour qu'on puisse effectuer en dehors du péritoine l'appendicectomie sous-séreuse de Poncet.

D'ordinaire, la résection de l'appendice sera faite après ouverture du péritoine. Le sac incomplet une fois réséqué, il ne faudra pas songer à fermer complètement le trajet herniaire, mais bien au contraire à assurer un large drainage.

Bibliographie. — SCARPA. *Traité des hernies*, 1812. — BRACHI. *De Hernia inguinali immobili*, Turin 1812. — BÉRARD. Diagnostic des hernies de l'S iliaque dans le cas d'étranglement, *Bull. de la Soc. anat.*, 1827. — DERNEAUX. Hernie inguinale du cæcum et de l'intestin grêle, *Ann. de chir. franç. et étrang.*, 1840. — LABORDE. Hernie inguinale du cæcum avec sac latéral, Soc. anat., 1862. — DURET. *Hernies rares*, Th. d'agr., 1883. — REVERDIN. Hernies du cæcum et du côlon, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1885. — HEDRICH. *Étude sur les hernies inguinales du cæcum à gauche*, Th. de Strasbourg, 1889. — MÉRIGOT DE TREIGNY. *Hernies du gros intestin*, Th. de Paris, 1887. — TUFFIER. Hernies du cæcum, *Arch. gén. de méd.*, 1887, — BROCA. *Bull. de la Soc. anat.*, 1891. — NOVÉ-JOSSERAND. *Lyon méd.*, 1892. — JABOULAY. In *Traité* Delbet et Le Dentu.— BÉRARD. *Province méd.*, 1896. — PUJOL. Hernies inguinales gauches du cæcum, *Gaz. des hôpit.*, 1896. — DESBORDES. *Hernies adhérentes par glissement*, Th. de Paris, 1896. — DE MAYO. *Hernies par glissement du gros intestin*, Th. de Paris, 1897-1898. — CHARNOIS. *Hernie inguinale droite du cæcum*, Th. de Lyon, 1894. — RENAULT. *Hernie inguinale droite du cæcum et de l'appendice à sac incomplet*, Th. de Paris, 1897-1898. — MOUTON. *Hernies adhérentes du cæcum par glissement*, Th. de Lille, 1898-1899. — MORESTIN. Cong. de 1900.

On trouvera dans la thèse d'Osty (Paris 1899-1900) une bibliographie très complète de tout ce qui concerne les hernies de l'appendice.

REVUE DES THÈSES

Ostéopathies blennorragiques, par M. le docteur G. PHILIPPET. (Th. de Paris, 1901.)

Longtemps négligées dans les descriptions de la blennorragie, les ostéopathies ont été l'objet, depuis quelques années, de divers travaux qui ont mis en lumière les caractères spéciaux de cette complication rare, mais grave de la gonococcie.

Elles revêtent, dit M. Philippet, deux formes bien distinctes, quant à leur gravité, leur durée, et leurs conséquences.

I. L'une, la forme aiguë, ostéo-périostite aiguë, la plus fréquente, généralement légère, éphémère, avec prédominance de troubles fonctionnels, telle la douleur à la pression parfois très vive, aboutit presque toujours à la « restitutio ad integrum » si le traitement est appliqué à temps.

Mais on devra ne pas oublier sa tendance à récidiver lors d'une réinfection gonococcique, ou à passer à l'état chronique, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même.

II. L'autre, la forme chronique, ostéo-périostose [hypertrophiante, grave, à marche essentiellement lente, est indolore, la plupart du temps. Elle produit des déformations plus ou moins considérables; celles-ci, selon le siège qu'elles occupent, peuvent être douloureuses, et mettre même les malheureux qui en sont atteints, hors de combat, au point de vue professionnel et social, telles la tatalgie avec hyperostose et la polyarthrite progressive, déformante, pseudo-noueuse.

La pathogénie de ces lésions est encore très discutée.

Pour les uns, les ostéopathies blennorragiques ne sont que des manifestations de l'infection; le gonocoque de Neisser agit, soit par lui-même, soit par ses toxines, soit le plus souvent, par les infections secondaires auxquelles il ouvre la porte.

Pour les autres, les déterminations ostéo-périostées reconnaissent surtout une origine névropathique.

Il s'agit principalement, comme pour le rhumatisme chronique déformant, de tropho-névrotiques, à l'égard desquels la blennorragie ne joue que le rôle d'agent provocateur.

M. Philippet admet que ces différentes causes peuvent exister simultanément.

L'étude des lésions anatomiques est fort incomplète, vu la rareté des autopsies. Un seul examen nécropsique a été pratiqué jusqu'à présent : il a prouvé l'existence d'une ostéite hyperostosante. D'autre part, la radiographie a fait découvrir un ostéophyte, que la clinique, livrée à ses propres ressources, n'avait pu déceler; ailleurs elle montra la part importante qui revenait au périoste dans l'hypertrophie de la diaphyse fémorale.

Aussi semble-t-il permis de conclure que la lésion atteint l'os et le périoste simultanément mais non également, le maximum du processus pathologique portant tantôt sur l'os, tantôt sur le périoste.

D'ailleurs l'étude anatomo-pathologique des ostéopathies blennorragiques ne peut tarder à se développer, grâce au précieux concours de la radiographie dont nous avons signalé plus haut les résultats positifs.

Rares, les ostéopathies blennorragiques, apparaissent au cours d'une gonococcie prolongée ou à la suite de plusieurs écoulements. La profession, le surmenage, une prédisposition nerveuse spéciale, les excès de toutes sortes, l'âge, semblent influer sur leur développement et leur localisation.

Le traitement ne varie point, quelle que soit la forme, aiguë ou chronique, des ostéopathies. Il comprend deux indications principales :

1° Le traitement de l'écoulement, cause efficiente ou simplement provocatrice des accidents, selon la théorie pathogénique que l'on admet;

2° La révulsion à la fois locale et générale, et le repos la plupart du temps.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 1er mai 1903 aura lieu le lundi 15 décembre, à midi précis.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 3 novembre jusqu'au samedi 29 du même mois inclusivement.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition.

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté ministériel, en date du 31 juillet 1902, la chaire d'anatomie est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour la production de leurs titres.

Faculté des sciences de Paris. — Par arrêté ministériel du 30 juillet 1902, la Faculté des sciences de Paris est autorisée à délivrer un vingtième certificat d'études supérieures portant le titre de certificat d'histologie.

Guerre. — M. le médecin aide-major de première classe Combier a été placé hors cadres et mis à la disposition du ministre des colonies pour servir à la Côte-d'Ivoire.

Interne demande remplacement août et septembre, de préférence Paris ou environs. — Écrire au journal.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursions aux gorges du Tarn.* — Les Compagnies P.-L.-M., Orléans et Midi organisent, avec le concours de l'agence des Voyages modernes, deux excursions aux gorges du Tarn.

Prix (tous frais compris et suivant l'itinéraire) : 1re classe, 245 fr. ou 330 fr.; 2e classe, 200 fr. ou 290 fr.

Départ de Paris le samedi 14 août 1902. — Retour à Paris le 23 août.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence des Voyages modernes, 1, rue de l'Échelle, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, R. CASSETTE.

N° 87. — MARDI 5 AOUT 1902. 75e ANNÉE. MARDI 5 AOUT 1902. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE
ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE
(XIIe SESSION, TENUE A GRENOBLE, DU 1er AU 8 AOUT 1902)

RÉSUMÉ DES RAPPORTS

Par M. R. Cestan, ancien chef de clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière.

PREMIÈRE QUESTION

Des états anxieux dans les maladies mentales.

M. Lalanne (de Bordeaux), rapporteur.

A la base de toute émotion on peut trouver l'anxiété, sous la forme soit de simple attente anxieuse soit d'angoisse véritable que caractérisent et des signes somatiques (anesthésies, hyperesthésies, troubles vaso-moteurs, troubles circulatoires, troubles pulmonaires, angoisse précordiale, troubles des fonctions intestinales) et des signes psychiques (douleur de l'attente anxieuse, oppression, crainte, phobie). L'anxiété est donc un élément de la vie psychique normale; mais cet élément normal peut, sur un terrain prédisposé, acquérir une importance extrême, passer au premier plan ainsi dans certaines névroses, hystérie, neurasthénie, dans certaines psychoses (psychoses des dégénérés); on peut le voir enfin jouer dans le mécanisme de certaines psychopathies un rôle assez prépondérant pour créer des formes très particulières de psychoses que l'on peut dénommer psychopathies anxieuses.

L'étude des états anxieux doit comprendre ainsi trois chapitres; on doit étudier le syndrome anxiété : 1° *en dehors des psychopathies* (anxiété physiologique; anxiété dans les maladies somatiques; névrose anxieuse); 2° dans les *psychopathies anxieuses*; 3° dans les autres psychoses; on pourra essayer ensuite d'en établir la pathogénie.

L'anxiété de tout temps a été considérée comme un symptôme important de la *neurasthénie*. Cependant on a essayé de distraire de la neurasthénie vraie par épuisement du système nerveux, une neurasthénie dont la caractéristique serait un état émotif; c'est ainsi que Freud a créé sa *névrose d'angoisse* avec ses troubles cardiaques, respiratoires, vasomoteurs, ses vertiges, son émotivité allant depuis l'atteinte anxieuse jusqu'à l'angoisse soit chronique soit aiguë et favorisant le développement des phobies et des impulsions. D'après Freud cette névrose d'angoisse aurait toujours un point de départ génital, insuffisance de la sensation génitale soit par abstinence, soit par coït inachevé; cette étiologie est acceptée par Tournier, rejetée au contraire par Hartenberg, Pitres et Régis.

Mais on ne saurait à l'aide de ces signes isoler une névrose spéciale, la névrose d'angoisse, qui formerait une véritable entité morbide distincte de la vraie neurasthénie par épuisement. En réalité l'angoisse est un *syndrome* et non une entité morbide, ce syndrome se greffe à titre transitoire ou permanent sur un fond soit neuropathique soit psychopathique. A ce titre on peut le voir associé plus souvent soit à la neurasthénie soit à la mélancolie parce que se sont les maladies qui se prêtent le mieux à son développement. On peut ainsi admettre que cette neurasthénie compliquée d'angoisse que la névrose d'angoisse de Freud est un terme de passage entre les névroses et les psychoses à base d'anxiété, constituant le groupe des psychopathies anxieuses.

Dans les *psychopathies anxieuses*, en effet, le symptôme prédominant est l'angoisse sous ses différents aspects et cela quelle que soit la forme du délire; elles constituent ainsi un groupe homogène de psychoses d'angoisse que caractérisent en général des troubles de la sensibilité (anesthésie, hyperalgésie, sensations anormales), des troubles circulatoires (céphalalgies, palpitations, sueurs, etc.), des hallucinations surtout verbales motrices, un délire de nature mélancolique avec idées de damnation, de négation, d'énormité, et parfois dédoublement de la personnalité et

finalement démence. Mais ce type clinique général peut se diviser en quelques formes. D'abord, on peut observer au cours de la *mélancolie simple*, sans délire, des crises d'angoisse transitoire, bien étudiés par Guislain et Kraft-Ebing. Le matin, le malade est pris de vertiges, de céphalées, de surexcitation anxieuse avec agitation, de telle sorte qu'il se livre aux manifestations du plus grand désespoir; l'analgésie est complète, car les mutilations sont fréquentes. L'atta que cesse brusquement et le malade donne les signes du plus grand soulagement; la scène a duré de quelques minutes à une demi-heure.

La *mélancolie anxieuse* est le vrai type de la psychose d'angoisse. Cette mélancolie anxieuse a été admise par Guislain, Dagonet, Falret, Ballet, Kræpelin. Il s'agit, dans les cas visés par ces auteurs d'une mélancolie *anxieuse* en quelque sorte *aiguë*. Mais Cotard et Seglas ont fait connaître une *mélancolie anxieuse chronique*, à évolution systématisée, *délire des négations* ou syndrome de Cotard, qui présente dans certains cas une évolution parfaitement divisée en plusieurs phases : 1° phase de mélancolie primitive avec idées de culpabilité; 2° phase de doute et d'interrogation; 3° phase délirante avec idées de négation, de damnation par altération de la personnalité; le malade arrivant ainsi jusqu'à nier sa propre existence; 4° enfin phase de mégalomanie, d'immortalité avec délire d'énormité selon l'expression de Cotard, gardant, cependant, toujours le caractère angoissant du désespoir. Telle est l'évolution du délire des négations si bien étudié par Seglas, mais cependant, la réalité des faits ne répond pas toujours à cet enchaînement si régulier des périodes. Pour Falret, le délire de négation est un signe de chronicité avancée, pourtant, ce délire n'est pas fatalement incurable, surtout si l'intelligence reste intacte, car la personnalité peut se reformer après avoir été troublée par les premières manifestations de l'anxiété.

A côté des psychopathies anxieuses, il faut décrire *l'anxiété dans les psychopathies*, phénomène fréquent au point qu'on pourrait admettre que toute psychose débute par de l'anxiété. On les trouve dans la folie des dégénérés, car le dégénéré est essentiellement un émotif, un obsédé et l'angoisse intervient dans l'obsession et dans l'impulsion; son intensité sera variable évidemment avec l'idée fixe, l'impulsion à acheter étant moins angoissante par exemple que l'impulsion homicide. En outre chez les dégénérés, on peut observer soit un état d'anxiété durable, d'inquiétude permanente, soit des crises d'angoisse aiguë. L'anxiété ne fait jamais défaut dans la mélancolie proprement dite, non anxieuse; elle est beaucoup plus rare dans la folie à double forme. Mais elle se place au premier rang des symptômes des psychoses d'intoxication, qu'il s'agisse de l'état d'esprit de simple attente anxieuse, qu'il s'agisse des hallucinations terrifiantes, angoissantes de l'alcoolisme. On la rencontre dans les équivalents psychiques de l'épilepsie. Dans la paralysie générale enfin, elle peut se produire à chaque période, surtout dans cette forme de méningo-encéphalite qui débute par une longue phase neurasthénique, elle se manifestera soit par l'attente anxieuse soit par de véritables attaques d'angoisse.

Les états anxieux ont une prédilection marquée pour le sexe féminin (73 p. 100) en raison de l'émotivité plus grande de la femme; ils surviennent à toutes les époques de la vie, sous la forme d'obsession dans l'adolescence, de mélancolie anxieuse dans l'âge mûr. L'hérédité joue un rôle de tout premier ordre puisqu'elle prépare le terrain émotif, base de l'anxiété.

Très obscure est encore la pathogénie de l'anxiété, car on ne peut la séparer de celle des émotions. Toute anxiété se manifeste avec le même tableau symptomatique, qu'elle soit d'origine psychique, physiologique ou pathologique, résultant d'une émotion normale ou d'une représentation effrayante, qu'elle soit d'origine somatique comme dans l'angor pectoris. Le cœur et le cerveau s'influencent ainsi réciproquement suivant le point de départ central ou périphérique de la sensation.

La théorie de Lange, d'après laquelle l'émotion ne serait que la conscience des modifications vasculaires produites dans l'organisme, est insuffisante. Le sujet de psychisme normal en effet, qui à la suite de troubles dyspeptiques est atteint de crise d'angoisse véritable, s'habitue à ce phénomène souvent répété; tout se réduira à des phénomènes somatiques, sans émotion angoissante. L'élément intellectuel est donc indispensable pour créer l'émotion et l'angoisse. Il doit s'associer aux troubles vaso-moteurs.

Au surplus, doivent intervenir non seulement ces troubles vaso-moteurs mais aussi tous les actes de la vie végétative que tient sous sa dépendance le grand sympathique; nous pouvons, en effet, localiser dans son domaine tous les phénomènes observés dans l'anxiété, comme d'ailleurs dans les autres émotions. Le grand sympathique préposé à la vie effective joue le rôle de défenseur vis-à-vis des ennemis du dedans, aussi bien que des ennemis du dehors (intoxication).

Son rôle est très actif avant l'apparition du moi psychologique; peu à peu, par le développement intellectuel, nous nous éloignons de l'état affectif initial. Mais que la nature intellectuelle se dégrade, nous revenons à l'état affectif avec sa tendance à l'émotivité, à l'anxiété, à l'angoisse.

DEUXIÈME QUESTION

Des tics en général.

M. Nogués (de Toulouse), rapporteur.

D'origine très ancienne, à peu près semblable dans tous les dialectes, le mot tic exprime d'une manière générale une contraction musculaire brève et souvent répétée. En vertu même du vague de cette définition, le mot tic a été donné à une série de manifestations qu'il est nécessaire maintenant de différencier du vrai tic. En premier lieu, on doit distinguer du tic, le *spasme*; ce dernier est créé par une irritation d'origine organique portant sur les différentes parties du simple arc réflexe spinal ou bulbaire, c'est-à-dire par une irritation portant soit sur le neurone sensitif du ganglion rachidien, soit sur le neurone moteur des cornes motrices. Le *tic douloureux de la face* rentre dans cette catégorie et ne mérite donc pas le nom de tic. On doit distinguer du tic les *secousses convulsives* ou les spasmes intermittents dus à une irritation de cause organique de la voie motrice cortico-médullaire. On doit enfin distinguer du tic les diverses *myoclonies*. Le mot *tic* sera ainsi réservé à la répétition d'actes systématisés, à l'exécution desquels la volonté consciente a joué autrefois un rôle prépondérant. Mais il n'est pas douteux que la répétition volontaire d'un geste puisse être la cause occasionnelle d'un tic, cependant on ne saurait considérer comme tics *ces gestes fréquemment répétés*, communs à la plupart des humains, qui apparaissent au moment où l'attention se concentre fortement sur un objet, ces expressions de langage qui se glissent dans la conversation lorsque la discussion devient animée. En réa-

lité ces prétendus tics ne sont que des habitudes, dont on peut se débarrasser par un effort d'attention quelque peu soutenu; ils sont des amorces de tics, pourrait-on dire, car si le sujet possède un état mental particulier d'aboulie, ils se fixeront à jamais : le geste habituel sera devenu un tic.

En réalité le vrai tic est une perturbation motrice d'un acte fonctionnel. Au début, l'acte était logique car il répondait à un besoin (tousser, renifler, clignoter sous l'influence d'une conjonctivite, tourner la tête sous l'influence d'un col de chemise étroit et raide, etc.). Par la persistance de la cause initiale, l'acte a été souvent répété, il est devenu une habitude; ensuite, malgré la disparition de cette cause initiale, le geste a persisté grâce à un état mental particulier; et ainsi s'est créé un tic. Cette genèse du tic nous en explique certains caractères. Le tic est en effet, comme l'avait écrit Guinon, coordonné, systématique, reproduisant un geste fonctionnel déterminé. Le plus souvent il est inconscient, parfois aussi conscient, au point de devenir même une véritable obsession, un tic obsédant avec douleur morale, selon l'état emotif du sujet. Le plus souvent, il est involontaire en vertu de cette inconscience même, quelquefois au contraire d'autant plus énergique que l'attention est attirée sur lui (tic obsédant), cependant, au début, lorsqu'il est léger, lorsque les troubles mentaux ne sont pas trop prononcés, il peut être atténué par un effort de la volonté pour une durée de temps plus ou moins longue.

Le tic est le plus souvent une contraction rapide, clonique (tic convulsif), mais, de même que la convulsion hystérique peut être clonique ou tonique, de même il existe un tic tonique (torticolis mental de Brissaud) dû à une contraction lente et soutenue d'un muscle; on comprend que dans certains cas on puisse très difficilement distinguer ce tic tonique du spasme. En vertu de leur origine, le nombre des tics est illimité; ils peuvent atteindre toutes les parties du corps, puisque, en faveur d'un certain état mental, tout acte volontaire peut se transformer en tic. On a donc : *au niveau du visage*, tic du rire, du pleurer, du clignotement, du reniflement, du claquement des lèvres, etc.; *au niveau du cou*, tic de hachement, d'affirmation, d'approbation, de rotation (torticolis mental); *au niveau des membres*, tic de haussement des épaules, de grattage, de génuflexion, du saut, etc... On observe toutes les transitions entre le petit tic, caractérisé par un petit acte parasite (reniflement), et le tic multiple avec écholalie et coprolalie, cet ensemble constituant la *maladie des tics de Gilles de la Tourette*. Les réflexes et la sensibilité sont normaux chez le tiqueur. L'*état mental*, au contraire, est très altéré, car n'est pas tiqueur qui veut.

Par leurs stigmates physiques et aussi en raison de la diversité extrême de leurs troubles psychiques, les tiqueurs appartiennent au vaste groupe des dégénérés; ce sont des déséquilibrés psychiques comme ils sont des déséquilibrés moteurs; ils peuvent être pourvus d'intelligence et d'imagination, mais leurs facultés intellectuelles ont un développement inégal, si bien qu'en vertu de cette dégénérescence, ils ont un certain état mental infantile : ils sont instables, versatiles, capricieux, emportés, surtout contradictoires; enfants, ils exécuteront ce qu'on leur défend; adultes, ils feront le contraire de ce qu'ils voudraient faire; c'est là un premier point de rapprochement avec les obsédés. Le tiqueur a une volonté débile, instable; il est incapable d'attention longtemps soutenue; il est sujet à des mouvements d'impatience; il présente même de véritables phobies. Et en réalité la parenté est en effet extrême entre les tiqueurs et les obsédés impulsifs. Comme l'obsédé, le tiqueur est souvent un émotif qui doit accomplir son geste sous peine d'angoisse et qui, le geste accompli, éprouve un sentiment de satisfaction, de détente physique. Au surplus, le tic peut s'associer à l'obsession chez le même individu et cela de plusieurs façons. Parfois le tic et l'obsession coexistent au même moment, mais sans lien entre eux. Parfois l'obsession donne naissance au tic; l'obsédé, en effet, pour se préserver de ses obsessions et lutter contre elles, a de certains gestes qui sont de véritables mouvements de défense, mais l'obsession peut disparaître à jamais; le geste libérateur persistera néanmoins et comme sa raison d'être n'existe plus, il sera devenu par cela même un tic; ces tics se rencontrent surtout chez les obsédés du sacrilège et du scrupule. Parfois enfin l'obsession est elle-même une obsession impulsive, qui crée d'emblée le tic. Et de même, en sens inverse, un tic primitif, non issu d'une obsession, peut, à un moment donné, s'il se développe chez un émotif, se compliquer d'une obsession; il est devenu tic obsédant.

La parenté est donc souvent intime entre le tic et l'obsession ou mieux entre le tic et l'impulsion. De même qu'il existe trois degrés dans l'impulsion : impulsions motrices pures dans lesquelles l'acte suit immédiatement et fatalement la stimulation; impulsions psycho-motrices dans lesquelles l'acte suit fatalement la stimulation, mais avec un intermédiaire émotif ou idéo-motif; enfin impulsions psychiques dans lesquelles entre la stimulation et l'acte qui n'est ni immédiat, ni même fatal, s'interpose un intermédiaire idéo-motif long, compliqué et douloureux; de même on observe, suivant le degré de souffrance morale, des tics purement moteurs, des tics psycho-moteurs, des obsessions tiqueuses.

Deux éléments constituent donc le tic : *le phénomène moteur et le trouble mental*. Ceux-ci sont subordonnés l'un à l'autre et leur association constitue vraiment le syndrome qui a été désigné sous le nom de tic.

Un terrain névropathique étant indispensable pour qu'un acte primitivement volontaire puisse se transformer en tic, on retrouvera dans l'étiologie du tic, d'une part les causes qui préparent le terrain (hérédité, surmenage, etc.); d'autre part, les causes provocatrices de telle ou telle variété de tic (reniflement, conjonctivite, etc.). Il est très fréquent de constater des associations et des alternances entre les tics et les maladies mentales ou nerveuses, mais association ne peut pas dire rapport de causalité et le tic ne saurait être considéré comme une manifestation de l'hystérie, de la neurasthénie, de l'épilepsie, etc.

D'une manière générale, le tic pourra se distinguer du spasme. Le premier est coordonné, systématique, arrêté momentanément par la volonté; il disparaît dans le sommeil, il est lié à un état mental spécial dont la caractéristique réside, comme dans l'obsession impulsive, dans le besoin souvent anxieux, angoissant, d'accomplir l'acte moteur anormal et aussi dans la satisfaction qui succède à celui-ci. Le spasme n'est pas, au contraire, influencé par la volonté; il est quelquefois douloureux; la réflectivité peut être modifiée; il se produit aussi bien pendant le sommeil que pendant la veille; il siège dans un territoire nerveux anatomiquement défini. La chorée de Sydenham se caractérise par une certaine rondeur et mollesse des mouvements, que la volonté réfrène difficilement. Mais on ne saurait nier que le diagnostic du tic est parfois fort difficile

à porter, que le tic tonique ressemble singulièrement au spasme, que les tics convulsifs de l'enfance ressemblent singulièrement à la chorée, d'autant plus que cette affection peut se compliquer de troubles mentaux.

Beaucoup plus aisée est, au contraire, la distinction du tic convulsif avec la chorée hystérique rythmée, avec les myoclonies (paramyoclonus de Friedreich, chorée électrique de Dubini), avec l'hémiathétose, avec les divers tremblements; d'autre part, on ne confondra pas le tic tonique avec les crampes professionnelles qui ne se produisent qu'à l'occasion de la mise en jeu de la fonction ou de la profession et uniquement en cette occasion.

Un seul traitement peut améliorer le tic : c'est l'amélioration de l'état mental soit par la méthode d'immobilisation de Dubois de Saujon qui, par suggestion verbale sans hypnose, arrive à imposer suffisamment l'image du calme possible soit par la méthode de rééducation de Brissaud et Meige qui, d'une part, apprend au malade à garder l'immobilité, d'autre part, fait exécuter des mouvements commandés améliorant ainsi le défaut de volonté et d'attention; en un mot, le médecin emploiera tous les moyens destinés à montrer au malade par où pèche sa volonté et à exercer ce qui lui en reste dans un sens favorable.

TROISIÈME QUESTION

Les autoaccusateurs au point de vue médico-légal.

M. Dupré (de Paris), rapporteur.

Dans le langage de la psychiatrie clinique, le terme autoaccusateur s'applique non seulement au sujet qui avoue avoir commis un crime déterminé, dont il relate, avec des détails circonstanciés, le lieu, l'heure et l'exécution, mais encore au malade qui porte sur lui-même un jugement défavorable, qui se déprécie, parle de sa déchéance physique et morale et exprime des idées générales d'incapacité, d'indignité, de culpabilité et de remords. Dans le langage de la psychiatrie médico-légale, le terme « autoaccusateur » a une signification beaucoup plus étroite : il s'applique seulement au sujet qui, délirant ou lucide, sincère ou menteur, halluciné ou raisonnant, mû par un sentiment pathologique ou par un mobile intéressé, *s'accuse* dans un *acte*, provoqué ou spontané, direct ou indirect, verbal ou écrit, *d'autodénonciation vis-à-vis des autorités administratives ou judiciaires*. Cette distinction entre les deux acceptions, médicale et juridique, du vocable autoaccusation, sur laquelle a judicieusement insisté Régis, établit nettement les rapports réciproques des deux domaines, clinique et médico-légal, de l'autoaccusation. L'histoire psychopathologique de l'autoaccusation comprend en effet toutes les modalités du délire de culpabilité des mélancoliques, toutes les variétés des idées délirantes, obsédantes ou simplement vaniteuses impulsives, d'autoaccusation des dégénérés, tous les romans hallucinatoires et oniriques de criminalité imaginaire des alcooliques et des hystériques, toutes les conceptions épisodiques de même nature des déments; tandis que l'histoire médico-légale des autoaccusateurs étudie, parmi tous ces différents types, ceux qui, franchissant les limites du délire platonique de culpabilité, ou même n'ayant jamais été délirants, *passent à l'acte de l'autodénonciation*, en se déclarant les auteurs de délits ou de crimes dont ils doivent rendre compte à la justice. *En médecine légale, autoaccusation est donc synonyme d'autodénonciation.*

L'autoaccusation chez les mélancoliques procède, directement, des malaises cénesthésiques, de l'inhibition psychique et de la douleur morale qui constituent le substratum pathogénique du délire mélancolique. Ce délire, qui affecte d'abord la forme d'idées de culpabilité générale, diffuse, peut évoluer vers un délire de culpabilité précise, qui s'affirme nettement devant la conscience, dans la représentation claire d'une faute déterminée. Les éléments qui déterminent ainsi avec précision le crime commis sont empruntés soit à l'interprétation morbide de coïndidences extérieures, soit au souvenir et au grossissement hypertrophique de menues peccadilles passées, soit à la culture d'une idée fixe postonirique, soit à l'attribution personnelle, directe ou indirecte, de malheurs, de catastrophes ou de crimes, dont le mélancolique assume la responsabilité. Lorsque, par un mécanisme variable, a pris corps dans l'espace et dans le temps, et s'est précisée dans son objet, l'idée d'une culpabilité déterminée, *le mélancolique de coupable devient autoaccusateur*. La plupart des mélancoliques autoaccusateurs, ne dépassant pas ce stade d'évolution délirante, restent ainsi platoniques dans leurs idées d'autoaccusation. Quelques-uns d'entre eux vont plus loin et de l'idée passent à l'acte. *D'autoaccusateurs platoniques ils deviennent autodénonciateurs* et entrent ainsi, par une intervention active auprès des autorités, de plain-pied dans le domaine médico-légal du délire mélancolique d'autoaccusation. Mais une infime minorité arrive seulement à ce terme.

Chez les dégénérés, l'autoaccusation est très fréquente. A l'inverse des autoaccusateurs mélancoliques qui sont délirants, sincères, anxieux et repentants, les dégénérés sont presque toujours lucides, conscients, menteurs, indifférents ou glorieux.

Parmi ces dégénérés autoaccusateurs on peut distinguer plusieurs types :

Les débiles intellectuels simples, se dénonçant sous la seule incitation d'une suggestion impulsive (lecture, conversation, rêve), c'est l'autoaccusation par réflexe psychique élémentaire, sans préparation comme sans portée.

Les débiles intellectuels vaniteux, se dénonçant par besoin de mensonge et surtout par appétit de gloriole, par désir de se mettre en scène, de faire parler d'eux.

Les débiles moraux, égoïstes, mystificateurs et pervertis instinctifs, mettent au service de leurs mauvais appétits l'acte prémédité de l'autodénonciation mensongère et consciente.

L'obsédé douteur et anxieux peut arriver à se croire réellement coupable d'un crime dont il a cultivé l'idée.

Les dégénérés paranoïaques, autoaccusateurs systématiques primitifs, associent les deux délires de persécution et d'autoaccusation; ils peuvent intéresser le médecin légiste par leurs tentatives de suicide et leurs tendances aux automutilations.

L'autoaccusation est fréquente dans l'alcoolisme, chez l'homme intoxiqué de longue date, et sous l'influence d'une intoxication épisodique.

D'origine hallucinatoire, le délire évolue autour d'une idée fixe qui survit au rêve morbide (Régis) et qui évolue, pendant quelques heures ou quelques jours, sur un fond d'amnésie, d'obnubilation et de confusion mentales, en imposant au malade la conviction qu'il vient de commettre un crime sanglant, sauvage, dont les éléments (victime, cadre de l'action, etc.) sont empruntés à sa vie ordinaire (meurtre d'une parente), à ses lectures (crime de l'actualité), à ses préoccupations (assassinat politique). Le drame onirique,

saisissant de vie hallucinatoire et souvent de tragique horreur, détermine chez le malade les réactions les plus intéressantes dans leur sincérité et leur mimique.

La survie de l'idée fixe de culpabilité est presque toujours éphémère, et le délire d'autoaccusation d'origine toxique s'efface en quelques jours, à travers des phases oscillantes et irrégulières de conviction délirante et de lucidité consciente, au terme desquelles le malade se ressaisit complètement.

L'autoaccusation des psychoses toxiques s'observe également chez les typhiques; dans les états d'inanition et dans certaines crises oniriques d'étiologie imprécise, mais certainement de nature toxique.

L'intérêt médico-légal de l'autoaccusation d'origine toxique se tire de la fréquence de ces situations pathologiques où se pose le problème de la mesure à prendre vis-à-vis de l'autoaccusateur. Celui-ci, délirant transitoire, ne doit presque jamais être interné à l'asile : une courte période de mise en observation suffira le plus souvent pour juger cette crise psychopathique temporaire et curable, permettre la mise en liberté de l'autoaccusateur et épargner au malade les fâcheuses conséquences de l'internement.

L'autoaccusation chez les hystériques, extrêmement rare, relativement à l'hétéroaccusation, s'associe parfois à celle-ci dans un complexus d'autohétéroaccusation visant des fautes d'ordre sexuel.

L'autoaccusation épisodique de certains déments n'a pas d'histoire médico-légale.

La situation créée vis-à-vis de lui-même et des autorités par l'autoaccusateur, au moment et par le fait de son aveu, varie beaucoup suivant le contenu de l'autoaccusation. A ce propos, la division très claire et très simple, proposée par Régis, des différentes situations médico-légales créées par les autoaccusateurs, est un modèle de sériation pratique des faits, classés d'après leur importance judiciaire. Cette classification, qui embrasse sous ses quatre chefs toutes les éventualités possibles de l'autoaccusation comprend les cas où un individu s'accuse :

1° D'un crime inexistant;

2° D'un crime réel, mais inimputable à l'autoaccusateur;

3° D'un crime réel et imputable à l'autoaccusateur;

4° D'un crime réellement commis par lui, mais grossi et aggravé par la déposition ou avoué sans sollicitation extérieure, sous des influences pathologiques, généralement d'ordre impulsif; parfois sous l'influence du remords.

L'expertise médico-légale peut intervenir aux trois phases de la procédure criminelle (action de la police judiciaire, enquête de l'instruction, opérations du tribunal). Autrement le problème reste sur le terrain judiciaire et soulève ainsi des questions délicates (valeur de l'aveu, question de la pénalité pour fausse déclaration de l'autoaccusateur, etc.).

Environ les deux tiers des autoaccusations portent sur des crimes inexistants, dont une courte enquête préliminaire démontre la nature imaginaire. Le dernier tiers se partage entre des crimes réels, mais le plus souvent impossibles à imputer à leurs prétendus auteurs. Une dernière catégorie de faits, sur laquelle a insisté Régis, vise les crimes réellement commis et avoués par les coupables, sous des influences ou dans des dépositions d'ordre pathologique.

L'étude des faits d'autoaccusation démontre que ceux-ci ont pu et peuvent encore entraîner de regrettables conséquences pratiques et judiciaires (condamnations injustes, longues préventions pendant de laborieuses enquêtes, actions en justice inutiles, etc.). Dans des cas exceptionnels, une autoaccusation légitime, commise sous l'influence du remords, peut provoquer, par la revision du procès, la réparation d'une erreur judiciaire. (*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

25 juillet 1902 (*fin*)

MM. Gilbert et Lereboullet firent à la fin de la dernière séance deux nouvelles communications sur la pathologie hépatique. Dans la première ils étudient les **flux bilieux dans la cholémie familiale.** Ils démontrent que ces flux peuvent survenir isolément. C'est alors le vomissement de bile accompagné ou non de flux biliaire intestinal; d'autres fois le type clinique est caractérisé par des migraines avec flux bilieux consécutif; ou bien les flux bilieux coexistent avec des douleurs abdominales plus ou moins violentes, et des phénomènes généraux assez intenses. Dans tous ces faits les auteurs prétendent que l'on peut facilement mettre en évidence la cholémie familiale soit par l'examen du sérum, soit par les autres symptômes associés aux flux bilieux.

Dans un deuxième mémoire les mêmes auteurs étudient le **pseudo-ulcère stomacal d'origine biliaire.** Ils rappellent la très grande fréquence de la dyspepsie hyperpeptique chez les malades atteints d'affections appartenant à la famille biliaire. Les faits qu'ils ont observés leur ont montré que si la dyspepsie s'accompagnait ordinairement de douleurs survenant après les repas, celles-ci pouvaient parfois être beaucoup plus précoces. Il existe souvent une hypertension portale plus ou moins marquée, laquelle peut entraîner une distension exagérée des veines stomacales et œsophagiennes et amener leur rupture, d'où des hémorragies abondantes et immédiates. La superposition de ces deux ordres de symptômes : douleurs dues à la dyspepsie hyperpeptique et hématémèses abondantes de sang non digéré, réalise un syndrome très analogue à l'ulcère stomacal.

MM. Widal et Lemierre ont examiné le **liquide céphalo-rachidien** chez six malades dans le but de savoir la coïncidence plus ou moins fréquente de la lymphocytose et du signe d'Argyll. Chez cinq de ses malades le signe d'Argyll existait à l'état isolé. Chez le sixième on constatait en outre l'abolition des réflexes rotuliens. Dans les six cas, les auteurs ont trouvé une lymphocytose nette du liquide céphalo-rachidien. Chez deux de ces malades, on notait des antécédents certains de syphilis; chez un troisième, la syphilis pouvait être soupçonnée sans être affirmée. Chez les trois autres il n'y avait aucun antécédent spécifique. Or, le signe d'Argyll est tellement lié à la syphilis que les auteurs ont cru pouvoir considérer ces malades comme atteints de syphilis méconnue, et les soumettre au traitement spécifique intensif.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(30 juillet 1902)

Nous revenons, avec M. Marchant, sur les **calculs intestinaux d'origine biliaire.** M. Marchant a extrait un de ces calculs chez une femme de soixante-seize ans qui avait été amenée à l'hôpital avec des phénomènes d'obstruction intestinale. On sentait une tumeur dans le côté gauche, c'était un calcul. M. Marchant fit l'entérotomie, enleva le calcul et

la malade a très bien guéri. Elle avait eu une crise d'ictère vingt-cinq ans auparavant.

Tout le reste de la séance a été occupé par des rapports :

M. Picqué fait un rapport sur une observation de M. Villemin relative à une **blessure du sinus longitudinal et de la substance cérébrale par une esquille osseuse**. Un jeune homme de quatorze ans avait reçu un coup sur le côté droit de la tête. Il y avait eu plaie, fracture et hémorragie immédiate; puis survint, dans la suite, une hémiplégie avec atrophie musculaire du membre gauche. M. Villemin ayant constaté une dépression sur le pariétal, à 1 centimètre de la ligne médiane, fit une incision et enleva une esquille qui avait perforé le sinus et s'était enfoncée dans la substance cérébrale. L'opération a été suivie de guérison.

M. Paul Delbet a, dernièrement, présenté un nouveau-né qu'il a opéré d'un **spina bifida**. M. Picqué fait un rapport sur cette présentation. La tumeur offrait le volume d'un gros poing et la peau violacée menaçait de se rompre. M. Delbet fit une cure radicale et termina par un procédé d'autoplastie de la peau par glissement. Il n'y eut pas d'hydrocéphalie secondaire.

Au sujet de cette observation, M. Kirmisson fait remarquer qu'il serait intéressant d'en connaître l'anatomie pathologique; on sait en effet que la présence ou l'absence d'hydrocéphalie ne dépend que de la variété de spina bifida.

M. Picqué répond que la poche ne contenait que du liquide sans racines rachidiennes; mais qu'il n'y a pas eu d'examen histologique, ce qui, aux yeux de M. Kirmission, est regrettable.

M. Picqué fait un troisième rapport. Il s'agit d'une observation de M. Véron relative à un cas d'**anévrysme cirsoïde de la région pariétale**. Ablation, guérison. L'examen histologique a montré qu'il n'y avait pas de péri-artérite.

M. Demoulin rend compte d'une observation de M. Mériel (de Toulouse) qui, au cours d'une ablation de **cancer du sein** avec engorgement des ganglions axillaires, déchira la veine axillaire. Il plaça une double ligature et il n'y a pas eu d'œdème consécutif, ce qui s'explique par le développement antérieur des collatérales.

M. Walther fait un rapport sur le cas présenté par M. Guillet d'un jeune enfant ayant avalé un **corps étranger** qui était resté dans l'œsophage. Après radiographie, M. Guillet pratiqua l'œsophagotomie externe et draina la plaie; l'enfant guérit.

Second rapport de M. Walther sur une observation de **tumeur de l'aisselle** présentée par M. Fasquelle. Cette tumeur comprimait les vaisseaux axillaires, il en résultait un gonflement du membre supérieur gauche avec diminution des battements de la radiale. Il s'agit, dans ce cas, très probablement d'une tumeur ganglionnaire, car elle a diminué sous l'influence de l'iodure de potassium.

Signalons enfin un dernier rapport de M. Hartmann sur un cas d'**ablation d'un cancer du rectum par la voie abdomino-périnéale** pratiquée par M. Riche. Guérison opératoire après six mois d'une suppuration déterminée par une perforation du rectum au cours de manœuvres de désinsertion d'adhérences prostatiques.

M. Témoin (de Bourges) adresse une observation d'**appendicite avec hernie du cæcum** chez un enfant de dix-huit mois, opération, guérison.

Après cette longue série de rapports, nous arrivons aux présentations :

M. Cerné (de Rouen) présente un modèle de **support métallique** en forme de trépied, en platine iridié, destiné à remédier à la disparition des cartilages du nez. Il fixe ce trépied sur le squelette et le recouvre de la peau. Il a ainsi opéré une jeune fille de vingt ans, cette opération date de trois ans et le résultat se maintient très bon.

M. Cerné présente en outre une **cuiller à soda** de 22 centimètres de long qu'il a extraite d'un estomac, où elle séjournait depuis quatre ans et demi.

M. Rochard présente une femme chez laquelle il a extrait un **calcul du cholédoque** par cholédocotomie sans sutures.

M. Marchant a guéri une femme d'une **paralysie du rectum** par une recto-coccypexie avec myorraphie des releveurs.

M. Jalaguier montre deux cas intéressants d'**autoplasties**, le premier sur une jeune fille qui était atteinte de rétraction cicatricielle de la paume de la main avec flexion permanente des doigts, le second chez un enfant atteint d'**oblitération complète des deux narines** suite de rougeole.

M. Berger montre un beau succès de **blépharoplastie par la méthode italienne**.

M. Picqué présente un rein sarcomateux (**néphrectomie**) et M. Carlier (de Lille) un rein tuberculeux (**néphrectomie lombaire**).

M. Carlier présente également un **calcul de l'uretère** extrait après division des urines, et un **calcul de la vessie** extrait chez un enfant de quatorze ans, après radiographie.

La Société s'ajourne au 1er octobre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — *Lyon.* — Le concours pour une place de prosecteur s'est terminé par la nomination M. le docteur Patel.

Nancy. — M. le docteur Guérin, agrégé, directeur du laboratoire des cliniques, pharmacien supérieur de première classe, docteur ès sciences physiques, est nommé professeur de toxicologie et analyse chimique à l'école supérieure de pharmacie de Nancy.

Écoles de médecine. — *Marseille.* — Le concours pour une place de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Olmer.

Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Riss.

Le concours pour une place de chef de clinique obstétricale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Dumon.

— Deux concours s'ouvriront, le 6 janvier 1903, devant la Faculté de médecine de Montpellier, l'un pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, et l'autre pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Marseille.

Nantes. — M. Henrot est nommé préparateur de bactériologie.

Rennes. — Un concours s'ouvrira le 12 février 1903 pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

École de médecine navale. — Le nombre d'élèves du service de santé à admettre en 1902 à l'École de Bordeaux est de 53, dont 43 pour les troupes coloniales et 10 pour la marine.

Institut de médecine coloniale. — Il y a quelques mois, le Conseil de la Faculté de médecine a voté la création d'un Institut

de médecine coloniale, création rendue possible par l'attribution annuelle d'une somme de 30000 francs prélevée sur le budget de l'Indo-Chine par M. Paul Doumer.

Cet institut est depuis peu de temps installé dans l'hôpital des Dames françaises, à Auteuil.

Dans une récente séance, le Conseil de la Faculté a nommé directeur de cet Institut le docteur Brouardel, professeur à la Faculté de médecine et doyen honoraire.

Le Conseil a ensuite confié à M. le professeur agrégé Würtz les fonctions de chargé de cours d'hygiène et d'épidémiologie coloniale, créé à l'Institut de médecine coloniale.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trentième semaine, 821 décès, au lieu de 886 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 910

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 12; le nombre des cas nouveaux (43) est très supérieur à celui de la semaine dernière (21), mais inférieur à la moyenne (64).

La variole n'a causé aucun décès depuis deux semaines; le nombre des cas nouveaux (8) est toujours à peu près égal à celui des semaines précédentes et inférieur à la moyenne 15. Dans les hôpitaux, il n'y a plus que 6 malades en traitement.

La rougeole n'a causé aucun décès, au lieu de 17 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 21; la scarlatine n'a causé aucun décès (la moyenne est 4); la coqueluche a causé 4 décès, au lieu de 7 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 6; la diphtérie 17 décès, au lieu de 13 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 7; le nombre des cas nouveaux a diminué et est redevenu égal à celui des semaines antérieures à la précédente (118 au lieu de 143, 117 et 114), et toujours très supérieur à la moyenne 57.

La diarrhée infantile a causé 46 décès, au lieu de 36 pendant la semaine précédente; ce chiffre, tout en étant plus considérable que celui des semaines antérieures, est encore très inférieur à la moyenne 97. Nous ne saurions trop recommander aux mères de famille de veiller à l'alimentation des jeunes enfants et de faire en sorte que le lait qui leur est présenté soit pur et contenu dans des vases méticuleusement nettoyés. En outre, 38 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 81 décès, au lieu de 116 pendant la semaine précédente et au lieu de 99, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 5 décès (au lieu de la moyenne 9); bronchite chronique, 11 (au lieu de la moyenne 13); pneumonie, 22 (au lieu de la moyenne 19); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 43 (au lieu de la moyenne 58), dont 14 sont dus à la congestion pulmonaire et 23 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 181 décès ; la méningite tuberculeuse, 21 ; la méningite simple, 23; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 15 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 47; les maladies organiques du cœur, 48; le cancer a fait périr 48 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 7 décès; la cirrhose du foie, 15; la néphrite, 27; enfin, 29 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cètre (de Fraisans) et P.-L. Didion (de Nancy), décédé à Suresnes.

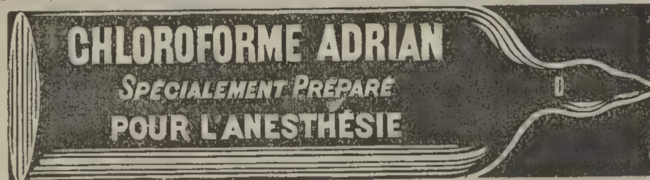
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les tics et leur traitement, par Henry Meige et E. Feindel. Préface de M. le professeur Brissaud. 1 vol. in-8° de 636 p. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

Les hernies et la loi sur les accidents du travail (étude médico-légale), par le docteur Louis Loriot. In-8°. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17



CHLOROFORME ADRIAN
SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ
POUR L'ANESTHÉSIE

N° 88. — JEUDI 7 AOUT 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 7 AOUT 1902. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

MOLE HYDATIFORME

TRAITÉE PAR HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE PRATIQUÉE PENDANT LA GROSSESSE MOLAIRE; GUÉRISON

Par M. le docteur Ch. Fournel (de Paris).

Nous publions l'observation actuelle dans le but d'attirer l'attention de nos collègues en chirurgie sur les bons résultats que pourra leur donner, dans la thérapeutique de certaines môles, l'hystérectomie *précoce*, pour peu qu'ils veuillent bien nous suivre dans la voie où nous nous engageons.

L'hystérectomie n'a été faite jusqu'à présent, sauf omission ou erreur de notre part, que pour des accidents consécutifs à l'expulsion d'une môle (déciduome, assez nombreux cas; — rupture utérine, Christopher Martin, 1896); ce n'est pas ainsi que nous la comprenons. C'est avant tout travail d'expulsion et à l'exclusion de toute tentative par voie vaginale que nous avons fait l'hystérectomie abdominale pour môle.

Nous connaissons jusqu'à présent deux espèces de môle hydatiforme : la môle commune ou libre, dont les femmes accouchent comme d'un produit de conception. Sa rareté n'est que de 5 sur 4000 accouchements (Engel). Sa mortalité est de 13 p. 100 (Hirtzmann) — la môle encapsulée : elle est séparée de la cavité utérine par une cloison solide, elle n'a aucune tendance à sortir par les voies naturelles. C'est une véritable curiosité scientifique; il n'en existe que deux cas publiés : Volkmann 1867, Lord 1868. Mortalité de ce genre de môle 100 p. 100.

Enfin, le terme « môle perforante » est un qualificatif qui indique un travail d'évolution au cours duquel les villosités hypertrophiées s'insinuent entre les fibres musculaires de la paroi utérine et tendent à gagner le péritoine, préparant ainsi la rupture de l'utérus. On trouvera dans les auteurs un certain nombre d'exemples de cette évolution, telles sont les observations de Pelvet, de Krieger, de Waldeyer-Jarotzky, de Wilton, de Moth, cité par Mme Boivin. Ce travail de perforation présente un grand intérêt pronostique et thérapeutique que nous ne méconnaissons pas; il peut se produire avec toute espèce de môle, que celle-ci soit libre ou qu'elle soit encapsulée. Malgré l'analogie apparente, nous prions donc le lecteur de vouloir bien se souvenir de la distinction que nous faisons entre le terme de « môle encapsulée » et celui de « môle perforante ». La perforation est un accident; la môle perforante ne constitue pas une classe à part.

Nous avons eu la bonne forture chirurgicale de rencontrer dans notre pratique une môle de la variété la plus exceptionnelle, une môle encapsulée proprement dite. Ce fait serait, sauf omission, le troisième connu dans la science, et la première guérison avérée pour cette variété.

En voici la relation :

Mme X..., née dans le département de l'Aisne où s'est passée sa jeunesse, demeurant à Paris depuis son mariage, sans profession, âgée de cinquante-deux ans, me fait appeler auprès d'elle dans le courant de décembre 1901.

Rien de pathologique dans ses antécédents héréditaires. Sa mère a été tuée, à soixante-seize ans, dans un accident de voiture; son père vivant et bien portant est âgé de soixante-dix-neuf ans.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance néant.

La première menstruation fut un peu tardive (seize ans et demi), elle fut accompagnée d'une poussée eczémateuse généralisée, le retour des menstrues se fit désormais régulièrement chaque mois, avec une durée de quatre jours.

Mariage à l'âge de vingt-deux ans avec un homme de vingt-quatre ans actuellement encore vivant et en bonne santé.

Première couche à l'âge de vingt-trois ans; la grossesse et l'accouchement furent naturels; la mère eut, de nouveau, un eczéma avec fortes démangeaisons après son accouchement. Peu de temps après, la sage-femme trouva la matrice déplacée et fit porter une ceinture. L'enfant (fille) vit encore.

Seconde couche au bout de quatorze mois. Pendant tout le temps de la grossesse la mère avait souffert d'une récidive de son eczéma. L'accouchement eut lieu à terme; enfant vivant qui mourut le seizième jour après sa naissance d'inflammation (?) avec des boutons aux fesses (?). Suites de couches normales pendant lesquelles l'eczéma de la mère disparut rapidement.

Avortement en 1878. La grossesse était de quatre mois environ; son interruption fut due, pense la malade, à un *traumatisme*; la fausse couche s'étant produite sept jours après que la mère avait eu le ventre heurté par le sac à outils d'un ouvrier qui fit un faux mouvement en passant à

côté d'elle. La convalescence après l'avortement dura quinze jours à trois semaines.

Quatrième couche en 1881. Grossesse normale, accouchement à terme. Gros garçon qui mourut au bout d'un an de la coqueluche.

Nous ignorons absolument si la sage-femme s'assura que le délivre était complet, et si les soins furent suffisamment aseptiques ; la malade rapporte qu'elle eut à subir de grandes fatigues peu de temps après l'accouchement. Ce qui est certain, c'est qu'il y eut alors une *infection utérine puerpérale* légère. Après le retour de couches, apparu normalement six semaines après l'accouchement, il se produisit des *hémorragies* à plusieurs époques successives. Les règles se présentaient alors avec cinq à six jours d'avance, duraient six jours de suite au lieu de quatre comme autrefois, et leur abondance en faisait de véritables pertes. Au bout de quelques jours tout rentrait dans l'ordre, il n'y avait pas de métrorragies intercalaires aux époques.

En novembre 1894, à ces accidents menstruels viennent s'ajouter des douleurs abdominales du côté gauche et de la leucorrhée ; un médecin diagnostique une *métrite* et la soigne pendant six mois au moyen de cautérisations, tampons, bains.

Vers la fin de 1895 la malade s'aperçut pour la première fois qu'elle portait une grosseur dans le ventre. Cette grosseur était localisée au-dessus de la symphyse pubienne ; elle s'accrut dans le cours des années suivantes avec régularité et lenteur. Cette période d'accroissement lent, accompagnée de l'état ménorragique dont nous avons parlé plus haut, dura jusqu'en septembre 1900. Depuis novembre 1894 jusqu'à septembre 1900 jamais la tumeur n'a été assez grosse pour atteindre jusqu'au niveau de l'ombilic, ni pour remplir les flancs.

C'est seulement pendant l'été de 1900 qu'il y eut *augmentation plus rapide du volume de la tumeur*. La malade spécifie très clairement que l'ombilic et les flancs furent atteints cette fois. Cet accroissement, d'ailleurs indolent, fit disparaître la pollakiurie qui existait depuis des années : donc l'utérus devenait trop gros pour habiter la cavité pelvienne et subissait une ascension pour élire domicile dans l'abdomen. Nous supposons que cet accroissement de l'utérus se rattache à une imprégnation gravidique. Mais, comme il n'y eut jamais aucune interruption des règles, comme les époques revenaient tous les mois et tendaient même alors un peu à se rapprocher à l'instar des années précédentes (hémorragies dues à des fibromes), la date de l'imprégnation reste imprécisée ; on verra que malgré cela la môle, à peine constituée sans doute, révéla pour la première fois sa présence avec une brusquerie et une netteté qui nous permettent de déterminer l'époque où la grossesse est devenue monstrueuse.

En septembre 1900, en effet, le décor change à vue. Il développerait tous les symptômes classiques de la môle hydatiforme si deux ne manquaient au tableau. En premier lieu, jamais la malade n'a expulsé ni n'expulsera de vésicules ; en second lieu, on ne peut pas apprécier s'il y a défaut de rapport entre le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse, puisqu'on ne connaît pas le début de celle-ci.

Il y eut quatre symptômes caractéristiques.

Ces quatre symptômes étaient : des pertes d'une nature particulière ; des alternances dans le volume de la tumeur, alternances en rapport avec les pertes ; la consistance de la tumeur ; une cachexie spéciale précoce.

Les métrorragies, qui ont failli emporter la malade, n'ont commencé à être violentes qu'en septembre 1900 ; le sang apparut alors toutes les trois semaines, l'hémorragie durait six jours, pendant lesquels il fallait garder le lit ; puis, les dix jours suivants, l'hémorragie était remplacée par une perte d'eau assez abondante pour que la malade fût obligée de se garnir ; il y avait alors cinq jours indemnes de toute perte, aux sixième ou septième, l'hémorragie recommençait.

La tumeur paraissait se vider sous l'influence de ces pertes de sang et d'eau. Elle n'était jamais plus grosse qu'un peu avant les pertes et au début de celle-ci, jamais plus petite qu'après la terminaison des pertes aqueuses. La diminution était si considérable, qu'elle fit naître à plusieurs reprises, dans l'esprit de la malade, la confiance absolue en une guérison spontanée.

Cependant, dès octobre 1900, c'est-à-dire à peine après l'apparition de la première perte, la malade avait pâli et perdu brusquement toutes ses forces. Elle dut renoncer à tout travail, l'amaigrissement était rapide ; elle reporte nettement à cette date d'octobre 1900 un affaiblissement tel, qu'elle ne pouvait plus, dit-elle, déplacer une chaise. Donc cachexie précoce, qui se compliqua d'œdème des jambes plus tard.

Enfin, en ce qui concerne la consistance de la tumeur, signe qu'assurément nous apprécierons mieux par nous-même tout à l'heure, il semble bien qu'il ait existé, depuis cette même date d'octobre 1900, une dureté particulière, un état de tension permanent, puisque la malade avait coutume de répéter déjà : « Mais vraiment, *j'ai un pavé dans le ventre.* »

Aucune douleur, aucun semblant de travail d'expulsion.

Ce tableau resta aussi clair de ton et aussi net de lignes jusqu'en octobre 1901, c'est-à-dire pendant treize mois. Alors la malade jugea à propos de s'appliquer à elle-même des courants continus au moyen d'un appareil vendu par des industriels qui lui promettaient la guérison sans opération. La malade fit trente-quatre applications, une chaque jour pendant fin octobre et tout novembre 1901 ; ces applications furent le coup de grâce, les pertes ne cessèrent plus, il apparut une douleur dans la cuisse droite et de l'œdème aux deux mollets. On sentait facilement, paraît-il, la tumeur durcir davantage encore sous l'application du courant électrique.

D'autres moyens médicaux furent appliqués sans succès.

Examen clinique et signes physiques, décembre 1901. — Nous voyons la malade pour la première fois en décembre 1901. Nous la trouvons au lit, dans l'impossibilité de se lever. Elle a tout l'aspect d'une cachectique : face et téguments du corps d'un blanc cireux ; absence apparente de chair musculaire aux bras et aux jambes, flaccidité de la peau qui est sèche. Emaciation qui concorde avec les dires de la malade, se déclarant trop faible pour pouvoir déplacer une chaise. Circonférence maxima du mollet, 25 centimètres ; alors qu'elle est de 35 centimètres chez une femme de moyenne corpulence.

A l'examen des urines, ni albumine, ni sucre. Pour cet examen, les urines ont été puisées directement dans la vessie, afin d'éviter leur mélange avec le sang qui s'écoule par la vulve.

A la palpation du ventre on tombe d'emblée sur une grosse tumeur dant le fond remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilc. La tumeur semble avoir la dureté de la pierre, aucune fluctuation, aucune rénitence ; la malade a constaté elle-même cette dureté depuis plus d'un an, comme je l'ai dit plus haut. Pas d'irrégularités ni bosselures accessibles sur la face antérieure de la tumeur.

Le toucher vaginal, pratiqué avec douceur à cause de l'hémorragie persistante, et après ablation des caillots de sang qui obstruent le vagin, touve un col hypertrophié, non effacé, dont la pointe est un peu ramollie et dont l'orifice externe admet l'extrémité de la phalangette.

Le palper combiné au toucher montre que la tumeur est bien l'utérus hypertrophié, que les mouvements peu étendus que l'on peut imprimer à la tumeur se communiquent au col. Le segment inférieur de l'utérus n'est pas développé ni largement accessible au toucher.

Pas de ballottement vaginal ni abdominal.

Auscultation négative : ni bruits fœtaux, ni bruits maternels.

Quel diagnostic fallait-il poser? — Notre diagnostic fut : fibromes utérins certains, avec complication probable d'une autre dégénérescence ou avec adjonction d'un autre lésion. — Mais quelle était cette autre lésion? — Si nous avions trouvé dans les commémoratifs une interruption des règles, certes nous eussions pu être absolument affirmatif. La coïncidence de fibromes nous ayant enlevé cet important élément d'appréciation, nous devions être plus réservé.

L'abondance et la longue durée des pertes séreuses, leur rapport avec des alternances dans le volume de l'utérus, ne pouvaient pas laisser croire que la lésion utérine fût une lésion fibromateuse simple. Nous en dirons autant de cette dureté marmoréenne du globe utérin qu'aucun fibrome ne nous a jamais donnée ; dureté si insolite que ce fut elle qui éveilla notre attention et nous incita à faire un interrogatoire plus précis. Après avoir passé en revue et éliminé successivement plusieurs dégénérescences, en particulier les dégénérescences sarcomateuses, auxquels l'état général faisait penser, mais que l'indépendance de l'utérus et la longue durée de l'affection ne permettaient pas de retenir, nous arrivâmes, par exclusion, à considérer comme complications possibles : soit la présence d'une môle hydatiforme ancienne, soit une de ces rares dégénérescences des fibromes dont certains auteurs ont signalé des exemples fort mal connus, soit tout simplement la dégénérescence fibrokystique.

C'est que nous nous souvenions d'un cas d'un médecin américain, Harsha, cité par Pozzi, dans lequel cet auteur observa nettement des contractions de la paroi musculaire du kyste. Peut-être un fibrome kystique, si l'une de ses parois n'était pas trop éloignée de la cavité utérine, pouvait-il, pensions-nous, être le point de départ d'abondantes évacuations séreuses.

Nous nous demandâmes un instant si nous ne devions pas tenter le toucher intra-utérin. Il eût été nécessaire, pour cela, et de faire une dilatation artificielle du col et de pratiquer l'anesthésie, afin de nous donner la possibilité de placer la main tout entière dans la cavité vaginale; il y avait là une exploration assez pénible et assez longue à préparer nous avons cru devoir l'épargner à une malade que le moindre mouvement menaçait de faire tomber en syncope.

D'ailleurs, le doute entre ces diverses complications possibles ne pouvait pas arrêter notre bistouri. Pour un fibrome soit kystique, soit atteint d'une autre dégénérescence, l'indication opératoire doit être considérée comme identique.

Quant à la môle en rétention, un chirurgien a quelque peine à concevoir pour quelle raison il traiterait cette variété autrement qu'il ne le ferait d'une grossesse extra-utérine dont elle présente tous les dangers et d'autres encore. Puisque ni l'expectation ni l'intervention par voie vaginale n'ont pu empêcher les porteuses de môle encapsulée et disséquante de succomber dans tous les cas au cours du travail; puisque pour cette variété la voie vaginale c'est la mort; — l'adjonction possible d'une môle ne nous détourne en aucune façon de l'hystérectomie commandée par la fibromatose certaine, et nous acceptons cette possibilité comme une indication de plus à l'ablation abdominale des organes.

En attendant l'opération, et à cause des lypothimies et syncopes : tamponnement vaginal, sérum 1000 grammes par jour, position horizontale, etc.

L'hystérectomie abdominale sus-vaginale est pratiquée par M. Ch. Fournel le 21 décembre 1901, en présence de MM. les docteurs Lambert, Pénoyée, Marato, Légé et Landais.

Nous nous contenterons d'énoncer les temps opératoires. Ces temps sont les mêmes que lors d'hystérectomie abdominale pour fibrome. Cependant nous avons dû y ajouter une ponction utérine avec le gros trocart à kyste. Cette ponction évacua 400 grammes d'un liquide poisseux, couleur rouge-orangé. Estimons à peu près à une quantité équivalente ou un peu moindre le liquide qui s'écoula sur les compresses et qui resta dans la tumeur; et disons qu'il y avait, en totalité, entre 600 et 800 centimètres cubes de liquide. Ce liquide était tout entier contenu, ainsi que nous le verrons à l'examen des pièces, dans un œuf entouré d'une caduque; il n'y en avait pas une goutte dans la cavité utérine proprement dite.

Voici l'énumération des temps opératoires :

Ouverture de l'abdomen par incision remontant à un centimètre au-dessus de l'ombilic et descendant jusqu'aux pubis ; les viscères, en particulier l'intestin grêle, paraissent exsangues, leur coloration est d'un blanc jaunâtre à peine teinté de rose pâle.

Énucléation de l'utérus hors du ventre.

Ponction de l'utérus et évacuation du liquide.

Ablaticn bilatérale des annexes.

Décollement de la vessie, section de la portion sus-vaginale du col.

Destruction de la muqueuse cervicale au thermo; suture à la soie du moignon cervical; ligatures.

Surjet du péritoine pelvien; fermeture du ventre sans drainage ; le moignon est abandonné dans le ventre.

L'opération, en comptant depuis le premier coup de bistouri jusqu'au moment où l'abdomen est entièrement refermé et suturé, a duré une heure un quart, avec une perte de sang à peu près nulle.

Les suites opératoires furent assez simples. Pas de vomissements chloroformiques. Miction spontanée dès le soir de l'opération.

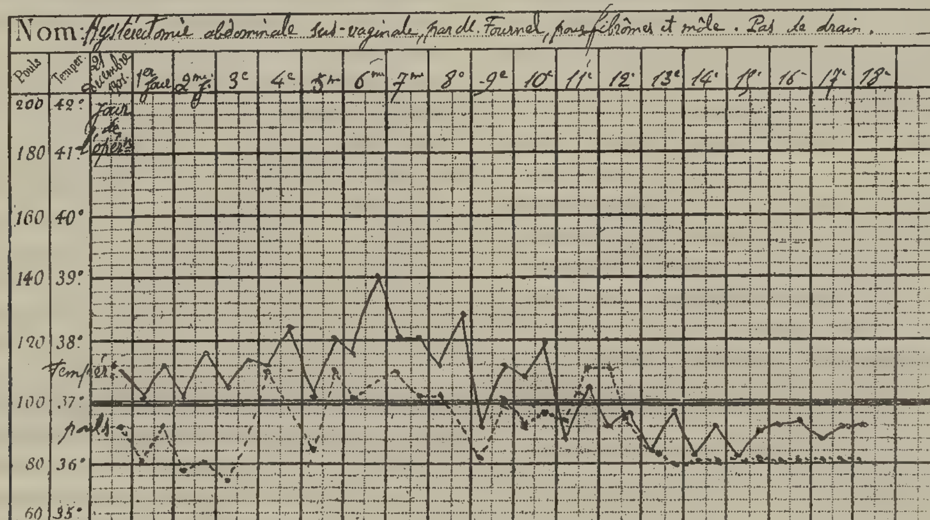
Du quatrième au huitième jour nous fûmes, cependant, sérieusement inquiété par une menace d'escare au sacrum qui pouvait n'être pas sans signification chez une malade opérée dans un véritable marasme; les soins médicaux d'usage détournèrent ce danger. Les courbes de la température et du pouls, ci-annexées, renseigneront plus complètement que tout ce que nous pourrions écrire.

Des injections de sérum dans le tissu cellulaire, à la dose d'un litre par jour, avaient été commencées trois jours avant l'opération et furent continuées pendant cinq jours après.

L'opérée s'est levée le trentième jour et a quitté la maison de santé quelques jours après en parfaite santé, mangeant et digérant bien. Il ne lui reste qu'à reprendre des couleurs et à refaire de la chair musculaire.

Revue trois mois après l'opération, la convalescente était dans l'état le plus florissant. Ce bon état continue à se maintenir aujourd'hui.

L'auteur fait suivre cette observation de l'examen macroscopique et microscopique des pièces, et de considération, sur le diagnostic des variétés graves de môle qui commandent, d'après lui, l'hystérectomie précoce (1). Rappelant l'inefficacité et les dangers du curetage qui perfore l'utérus devenu friable et de l'emploi des ballons élastiques qui fait éclater cet organe à parois amincies (observations classiques), il pense que beaucoup de porteuses de môle devront, dans l'avenir, la vie à l'abandon des méthodes obstétricales. L'avenir est à l'hystérectomie abdominale; bien que le cas de M. Fournel soit le premier où cette opération a été pratiquée au cours de la grossesse molaire, le résultat excellent obtenu dans ce cas désespéré et la certitude de la mort si l'on eût agi par le vagin permettent à l'auteur de poser au traitement radical précoce des indications que résument les conclusions suivantes :



Conclusions. — L'hystérectomie avant travail ne doit pas être confondue avec les hystérectomies qui n'ont été pratiquées jusqu'à présent qu'après l'accouchement d'une môle et qui ont été nécessitées soit par une rupture utérine, soit par le développement du déciduome malin.

Indications de l'hystérectomie abdominale avant travail. — L'hystérectomie abdominale, faite pendant la grossesse, avant tout travail d'expulsion et à l'exclusion de toute intervention opératoire par voie vaginale, nous semble indiquée dans les cas suivants :

Première indication, lorsque la môle est interstitielle ou encapsulée. — L'existence d'une variété interstitielle de môle hydatiforme n'est pas démontrée : les examens histologiques, démontrant la présence de fibres musculaires dans la cloison qui sépare cette môle d'avec le canal utérin, prouveraient seules que cette môle est développée dans l'épaisseur de la paroi utérine.

Mais il existe une variété dans laquelle la môle, emprisonnée par une caduque épaissie et devenue fibreuse, ne peut sortir par les voies naturelles. Le diagnostic de cette variété avec cloisonnement n'est pas impossible. Lorsque les signes classiques permettent de croire à l'existence d'une môle, on pourra penser que cette môle est emprisonnée, si l'absence absolue d'expulsion de vésicules depuis le début concorde avec une gestation prolongée au delà du terme normal de la grossesse. Plus la prolongation de gestation dans les mêmes conditions sera grande et plus le diagnostic de môle encapsulée sera probable.

Si, chez une femme jeune, l'on se trouve en présence d'une gestation certainement et uniquement môlaire n'ayant pas atteint la durée de neuf mois, il sera permis de tenter d'établir le diagnostic de l'emprisonnement de la môle d'une façon plus précoce et sans attendre le terme de la gestation normale, au moyen du toucher intra-utérin. On ne fera pas cette exploration sans avoir tout préparé pour une hystérectomie abdominale extemporanée.

Deuxième indication. — Si le toucher intra-utérin, pratiqué pendant la grossesse molaire, révèle un *amincissement localisé de la paroi utérine.*

Troisième indication, lorsque la môle, même libre, est associée à une lésion utérine ou annexielle justiciable à elle seule de l'hystérectomie : fibrome, cancer, salpingo-ovarite double; que la dégénérescence annexielle soit, ou non, due à la présence de la môle et quel que soit l'âge de la femme.

Quatrième indication. Môles graves des femmes âgées. — Le jour où plusieurs autres hystérectomies avant travail, pratiquées pour un des cas ci-dessus, seront venues se joindre à la nôtre, si le pourcentage démontre que la mortalité de cette opération est moindre que la mortalité fournie par la môle à symptômes cliniques graves (cachexie à marche rapide, hémorragies profuses et incoercibles) lorsqu'elle est abandonnée à elle-même ou traitée par évacuation vaginale; ce jour-là tomberont dans le domaine de l'hystérectomie avant travail, toutes ces môles à symptômes inquiétants, pour peu que la malade ait dépassé quarante-cinq ans et sans qu'il soit besoin d'avoir établi les rapports musculaires de la môle.

Les dernières grandes statistiques de l'hystérectomie abdominale, appliquée à d'autres affections que celle qui nous occupe, font déjà prévoir que la voie vaginale devra être abandonnée pour traiter les môles graves des femmes âgées.

Moment d'opérer. — L'opération sera pratiquée aussitôt l'indication établie. On ne devra jamais employer l'expectation dans le but d'établir son diagnostic au moyen de la prolongation de la gestation; cette prolongation ne sert au

(1) Le mémoire de M. Fournel sera publié, *in extenso*, par la librairie Maloine, place de l'École-de-Médecine, à Paris.

diagnostic que si elle existe au moment où le médecin est appelé pour la première fois.

Procédé. — Le procédé d'hystérectomie abdominale dit sus-vaginal, d'un pronostic opératoire meilleur, pourra être employé si le tissu cervical a conservé son aspect habituel et sa consistance normale.

Dans le cas contraire, l'hystérectomie sera totale.

REVUE DE LA PRESSE

OPHTALMOLOGIE

Nouveau procédé pour l'incision (cutanée) du sac lacrymal, par M. A. Terson (de Paris). — Si l'incision du sac lacrymal est facile lorsqu'il est suffisamment dilaté ou quelquefois transformé en vésicule close, on peut rencontrer des difficultés pour pénétrer nettement et du premier coup par la peau dans le sac lacrymal atteint de dacryocystite glaireuse ou purulente, mais sans dilatation marquée ou lorsque son contenu est totalement évacué. Aussi, aux deux points de repère *classiques*, mise en évidence du tendon de l'orbiculaire par la traction sur la commissure externe, palpation du rebord osseux de la fossette de l'unguis, nos études sur le cadavre et nos interventions sur le vivant nous avaient conduit à en ajouter un *troisième* (1), la recherche de la distance qui sépare l'angle interne de la fente palpébrale du sac lacrymal lui-même : à 3 millimètres et demi de l'angle interne, 4 millimètres au plus, nous avons toujours pénétré d'un seul coup dans le sac lacrymal.

Mais, comme il est toujours plus simple de supprimer en chirurgie tout ce qui peut nécessiter un instrument mensurateur (réglette, compas, pied à coulisse), et ce qui peut entraîner aussi une erreur d'application de la part d'un opérateur exécutant au jugé cette mensuration, nous procédons actuellement de la manière suivante.

Le *canalicule lacrymal supérieur étant incisé*, soit quelques jours auparavant ce qui est préférable, soit le jour même, et aussi largement que possible, nous introduisons par ce canalicule un *crochet à strabisme* jusque dans le sac, la concavité du crochet étant tournée en avant et en bas. On sent avec la plus grande facilité l'olive mousse du crochet contourner le tendon de l'orbiculaire et arriver, brusquement au-dessous de lui, à mesure qu'on relève le manche du crochet contre le sourcil. On voit et on palpe alors parfaitement l'olive du crochet à strabisme pointant sous la peau. L'aide peut même tendre en plus la commissure externe. Il n'y a plus qu'à inciser sur ou contre le crochet à strabisme et, lorsque les tissus sont bien tendus, d'une part par l'aide, d'autre part par l'olive qui bombe sous la peau, on ouvre directement le sac et l'olive du crochet apparaît. Le crochet est donc un parfait conducteur pour l'incision qui dès lors est absolument sûre et sans aucune fausse route possible. Déjà l'introduction du crochet dans le sac, même avant l'incision ou si on ne veut pas la pratiquer, nous renseigne très bien, comme un cathéter métallique dans la vessie, sur toute la portion du sac barrée par le tendon et sur le degré de dilatation du sac, car l'extrémité olivaire se meut facilement dans le sac, sans le blesser.

Nous nous servons aussi dans certains cas d'un crochet à strabisme à olive *perforée* : cela nous permet, une fois l'incision faite, d'enfiler au crochet un fil d'argent qu'il est facile de retirer avec lui par le canalicule supérieur et qui, tordu au-devant de la peau, une de ses extrémités sortant par le canalicule, et l'autre par l'incision cutanée du sac, constitue un *drainage* du sac et empêche l'incision de se refermer trop vite, s'il y a lieu de continuer, par l'incision cutanée, des injections, des cautérisations, des curetages et autres petites interventions.

La présence du crochet dans le sac et la saillie que son olive fait sous la peau, autorise facilement, sans que la région du sac soit masquée, une injection de cocaïne à 1 p. 100 au-devant du sac : cette injection combinée avec des instillations et des injections de cocaïne dans les voies lacrymales, rend l'opération, déjà si rapide ainsi faite, très supportable. Les anesthésiques immédiats (bromure, chlorure d'éthyle) peuvent aussi être employés. (*Ann. d'oculist.*, juillet 1902).

(1) A. Terson. Un point de repère pour la découverte du sac lacrymal, *La Clinique ophtalmologique et chirurgie oculaire*, 1900.

NEUROPATHOLOGIE

Réflexe pupillaire et sensibilité cutanée. — L'attention des neurologistes est attirée depuis quelque temps sur un nouveau signe capable de rendre des services précieux dans le diagnostic des affections du système nerveux ; je veux parler de la disparition plus ou moins complète du réflexe pupillaire que l'on constate normalement lors d'une irritation cutanée, tactile, thermique ou électrique. Le docteur Ladislaus V. Varady (de Budapest) vient de publier une étude assez complète de ce signe pour que j'aie cru utile de la résumer brièvement.

Stefani et Nordera, qui ont étudié avec soin ce réflexe, avaient déjà constaté que, lors d'une irritation de courte durée, la pupille se dilatait puis reprenait son volume normal ; Müller, Bechterew avaient également fait cette constatation ; mais Stefani et Nordera firent, de plus, l'observation d'un myosis intense consécutif à la mydriase, puis d'une alternative de mydriase et de myosis se perpétuant aussi longtemps que l'irritation elle-même, toutes les fois que celle-ci durait un certain temps.

Pour neutraliser les mouvements oculaires et l'accommodation qui pourraient fausser l'observation, Varady prie le sujet à examiner de fixer un objet, par exemple le nez de l'observateur.

Des constatations faites par l'auteur sur 50 sujets, examinés par lui, il résulte que c'est à l'irritation produite par une piqûre d'épingle que la pupille réagit le mieux, que l'on fasse l'observation à la lumière du jour ou au gaz. Quand l'éclairage est trop intense, les réactions pupillaires sont plus rapides et difficiles à observer, elles sont plus lentes et atteignent de plus grandes dimensions avec un faible éclairage.

La constatation du réflexe exclut la possibilité d'une anesthésie cutanée, au moins de la région sur laquelle a porté l'excitation.

Des examens de Varady il résulte que, dans les troubles fonctionnels de la sensibilité tels qu'on les observe dans l'hystérie, le réflexe se comporte comme chez un individu sain, c'est-à dire que malgré l'anesthésie ou l'hyperesthésie il peut exister ou faire défaut. Il s'observerait mieux encore chez les neurasthéniques que chez les individus normaux. Dans les anesthésies organiques, au contraire, le réflexe oculo-pupillaire manque ou est diminué, ce dont on peut se rendre compte en excitant un point symétrique du côté opposé du corps quand l'anesthésie n'existe que d'un côté comme on l'observe dans l'hémiplégie et parfois le tabes.

Ainsi la constatation de ce signe et la persistance du réflexe permettent d'exclure avec certitude une anesthésie de cause organique.

De l'observation des cas de tabes observés par l'auteur, il résulte que le réflexe oculo-pupillaire est indépendant des réactions de la pupille à la lumière, à l'accommodation et à la convergence, car ces trois réactions peuvent manquer en totalité ou en partie et le réflexe cutané persister.

Il est vraisemblable que ce réflexe dépend des centres vaso moteurs?

Il résulte du résumé des observations de Varady que je

viens de faire que la constatation positive du symptôme dont il s'agit a seule de la valeur. (*Wiener klin. Wochens.*, 1902, n° 12, p. 310.) P. V.

MÉDECINE LÉGALE

Anesthésie générale provoquée pendant le sommeil. — Au point de vue médico-légal, il y a un intérêt considérable à savoir s'il est matériellement possible d'administrer un anesthésique à un sujet plongé dans le sommeil naturel sans qu'il s'éveille. Stone Scott soutient l'affirmative : d'après lui la chose est aisée chez l'enfant mais peut présenter quelques difficultés chez l'adulte. Paugh a publié trois observations se rapportant à des enfants de quatre à neuf ans. Le fait suivant est destiné à établir que l'anesthésie pratiquée dans de telles conditions est réalisable chez l'adulte.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt et un ans, chez laquelle une intervention était indiquée pour une tumeur blanche du genou droit. Bien que l'opération ait été acceptée, la malade avait une appréhension telle qu'elle finit par s'y refuser. Quelques jours après, apprenant qu'elle avait pris un parti plus raisonnable, le chirurgien revint avec ses aides; il trouva la malade endormie, et, recommandant le silence à son entourage, commença l'anesthésie sans désemparer. Le chloroforme fut donné d'abord peu à peu, d'une façon progressive; quand le stade d'excitation fit son apparition la patiente eut un soubresaut comme pour se lever; on la maintint en lui posant simplement la main sur l'épaule et on administra dès lors le chloroforme à la dose usuelle. L'opération fut pratiquée, la plaie pansée et l'opérée fut confiée aux soins de la garde, qui surveilla le réveil.

L'opérée, en reprenant connaissance, fut très surprise de se trouver pansée, mais ne se rappela rien de l'opération.

Un cas analogue fut également réalisé il y a quelques années dans un hôpital de Cleveland. Un élève attaché à l'hôpital trouvant un de ses collègues endormi sur le chariot à transporter les opérés, eut l'idée, en manière de plaisanterie (?), de lui administrer un peu de chloroforme. Le sommeil chloroformique succéda insensiblement au sommeil naturel, et le chloroformisateur put pousser le chariot jusqu'à l'endroit de l'hôpital où se trouvaient ses collègues et leur faire part de sa conviction, à savoir qu'on peut administrer un anesthésique à un sujet adulte endormi, sans le faire sortir de son sommeil. Stone Scott pense que ce fait ne pourrait guère se réaliser avec l'éther. (*Cleve. med Journ.*, 15 juin 1902.) A. H.

PRATIQUE MÉDICALE

Après avoir constaté la disparition des crises épileptiformes chez un enfant retardataire sous l'influence du traitement thyroïdien, le docteur Léon Cerf (d'Angers) a été amené à prescrire l'iodothyrine dans l'épilepsie. Dans une récente communication à l'Académie de médecine, l'auteur signale les résultats très encourageants qu'il a obtenus. Il ressort d'une façon évidente de ses observations que l'iodothyrine a eu une influence heureuse sur la succession des attaques qui devenaient de moins en moins fréquentes. Le docteur Cerf déclare que ses observations permettent d'espérer que le traitement thyroïdien donnera des résultats favorables dans le traitement de l'épilepsie essentielle. « Je me suis engagé dans une voie nouvelle, dit-il, les résultats obtenus, incomplets, sont cependant assez intéressants pour m'encourager à poursuivre ma route; je serais heureux d'être accompagné et de voir mes efforts individuels soutenus par les constatations de confrères bien outillés pour ces recherches. »

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les livres et carnets du médecin.

Un médecin, qui est en difficultés avec son client au sujet du paiement d'une note d'honoraires peut-il être mis par l'autorité judiciaire dans l'obligation de communiquer contradictoirement ses livres et carnets professionnels?

Oui et non, répondit, il y a quelques mois, le juge de paix du II[e] arrondissement, appelé à trancher la question.

Il doit les produire partiellement et non intégralement. Partiellement, c'est-à-dire aux pages contenant les indications des visites réclamées par le médecin, et qui sont de nature à appuyer sa réclamation; mais non intégralement, car ce serait alors porter atteinte au secret professionnel.

La septième chambre du tribunal, présidée par M. Druon, vient de partager cette manière de voir.

Il s'agissait dans l'espèce d'une réclamation de 200 francs formée par M. le docteur T... contre M. H..., avocat à la Cour d'appel, pour honoraires de visites médicales. Le juge de paix, saisi du différend, désigna le docteur Philippeau, président du Syndicat des médecins de la Seine, comme expert. A ce titre, celui-ci reçut du docteur T... les carnets et registres qu'il entendait verser aux débats comme justification de sa demande, mais ces pièces ne furent pas communiquées à M. H..., car le docteur T... se refusa expressément de les porter à sa connaissance. Le juge de paix mit fin à ce petit conflit en ordonnant la communication seulement partielle des documents professionnels.

L'avocat interjeta appel et, hier, le tribunal après plaidoirie de M[e] Georges Rocher, et de l'intéressé lui-même, M. H..., a opiné dans le même sens que le juge de paix, mais en émettant des considérations qui méritent d'être signalées :

« Attendu que toute partie non commerçante n'est tenue de communiquer que les pièces dont elle entend se servir;

Attendu que le médecin n'étant pas commerçant, il est d'autant moins tenu à la communication que cette communication pourrait porter atteinte au secret professionnel;

Que si M. H... peut prétendre à la communication des pièces, livres ou registres de T... et communiqués à l'expert nommé par le juge de paix, c'est seulement dans les conditions mises par le médecin à sa communication;

Que c'est donc à bon droit que le juge de paix a repoussé l'exception de communication de pièces. »

M. H..., qui avait soulevé ce curieux incident, invoquait d'abord cet argument, c'est que les carnets de visites et livres de comptabilité étaient de la nature de ceux que la jurisprudence a qualifiés de papiers et registres domestiques pouvant servir de commencement de preuve par écrit, et ensuite, il soutenait que l'article 188 du Code de procédure civile sur le droit de communication de pièces était d'application générale et ne comportait pas d'exception au profit des médecins.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. le médecin de première classe Gibrat, du port de Cherbourg, actuellement en service à Brest, est désigné pour embarquer sur le vapeur de troisième classe le *Davout*, à Rochefort.

M. le médecin de première classe de réserve Fougère, du port de Cherbourg, est rattaché sur sa demande au port de Rochefort.

M. le médecin principal Drago, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Charles-Martel* dans la division de réserve de l'escadre de la Méditerranée.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies a été donnée aux personnes ci-après désignées :

Médaille d'argent. — MM. les docteurs David (de Nevers), Gigon (de Saint Calais) et Villemin (de Paris).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Buard (de Bordeaux), Chérière (d'Essonnes), Le Noc (au Faouet) et Tollemer (de Paris).

MM. Aguinet, Bergeron et Gasne, internes des hôpitaux de Paris.

MM. Bouchez, Courtellemont, Demarque, Dieuzaide, Grosset, Hélie, Landry et Petiteau, externes des hôpitaux de Paris.

Le XII[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française a décidé que sa prochaine réunion aurait lieu en 1903, à Bruxelles, sous la présidence de M. le professeur Francoz (de Liège).

M. le professeur Croq (de Bruxelles) a été nommé secrétaire général.

Les questions suivantes seront mises à l'ordre du jour :

1° « Traitement de l'insomnie et de l'agitation dans les maladies mentales » (M. Fresneau, rapporteur);

2° « Histologie de la paralysie générale » (M. Klippel, rapporteur);

La troisième question sera ultérieurement désignée.

Congrès international d'otologie de Bordeaux. — Nous rappelons que le Congrès international d'otologie se tiendra à Bordeaux en 1904, et non en 1902, époque primitivement fixée.

La date de ce Congrès a été reculée à cause de la réunion de Madrid qui aura lieu en avril prochain.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Vacances de* 1902. *Trains spéciaux à prix réduits.* — 1° *Paris à Clermont-Ferrand.* — Aller : départ de Paris, le 11 août à 11 h. 5 soir, arrivée à Clermont, le 12 août à 9 h. 7 matin. — Retour au gré des voyageurs par tous les trains ordinaires, sauf les express, du 12 au 26 août inclus.

Prix (aller et retour) : 2e classe, 32 francs; 3e classe, 20 francs.

2° *Paris à Berne et Zermatt.* — Aller : départ de Paris le 8 août à 4 h. 30 soir ; arrivée à Berne, le 9 août à 8 h. 4 matin; arrivée à Zermatt, le 9 août à 3 h. 35 soir. — Retour au gré des voyageurs par tous les trains ordinaires, sauf les express, du 11 au 23 août inclus.

Prix (aller et retour) : Berne, 2e classe, 45 francs, 3e classe, 28 francs; Zermatt, 2e classe, 63 francs, 3e classe, 40 francs.

3° *Paris à Aix-les-Bains et Chambéry.* — Aller : départ de Paris, le 18 août à 11 h. 5 soir; arrivée à Aix-les-Bains, le 19 août à 11 h. 54; arrivée à Chambéry, le 19 août à midi 19. — Retour au gré des voyageurs par tous les trains ordinaires, sauf les express, du 20 août au 2 septembre inclus.

Prix (aller et retour) : 2e classe, 48 francs, 3e classe, 24 fr. 50.

4° *Paris à Genève.* — Aller : départ de Paris, le 21 août à 4 h. 30 soir, arrivée à Genève, le 22 août à 6 h. 23 matin. — Retour au gré des voyageurs par tous les trains ordinaires, sauf les express, du 24 août au 5 septembre inclus.

Prix (aller et retour) : 2e classe, 50 francs; 3e classe, 26 francs.

Pour plus amples renseignements, voir les affiches et prospectus publiés par la Compagnie.

— La Cie P.-L.-M. organise, avec le concours de l'agence des Voyages modernes, plusieurs excursions :

Dauphiné. — Durée de l'excursion : 10 jours. — Départs de Paris, les 9 août et 6 septembre 1902.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 330 francs; 2e classe, 295 francs.

Bourgogne et Morvan. — Durée de l'excursion : 6 jours. — Départs de Paris, les 10 août et 7 septembre 1902.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 195 francs; 2e classe, 180 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence des Voyages modernes, 1, rue de l'Échelle, à Paris.

L'eau dans l'alimentation, par F. Malméjac, docteur en pharmacie, pharmacien de l'armée; préface de M. F. Schlagdenhauffen, directeur honoraire de l'Ecole de pharmacie de Nancy. 1 fort vol. in-8° (Biblioth. scient. internat.), avec fig. dans le texte, cart. à l'angl. — Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 89. — SAMEDI 9 AOUT 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 9 AOUT 1902. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Les décollements traumatiques des épiphyses des os longs.

Par le docteur E. JOUON, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique chirurgicale infantile à la Faculté.

I

Définition. — On entend par décollement traumatique des épiphyses une solution de continuité des os causée par une violence quelconque, siégeant au niveau du cartilage de conjugaison qui unit l'épiphyse avec la diaphyse, et cela chez des sujets sains, en dehors de toute affection générale de l'organisme. Ce dernier élément de la définition permet de séparer très nettement les décollements épiphysaires traumatiques des décollements pathologiques, encore appelés décollements spontanés et qui relèvent de causes générales, telles que la syphilis héréditaire, le rachitisme, l'ostéomyélite.

Synonymie. — En France, on emploie l'un pour l'autre les termes : décollement, disjonction, divulsion, séparation traumatique des épiphyses; ces termes ne préjugent en rien du siège anatomique exact de la solution de continuité; des appellations équivalentes sont employées à l'étranger : en Angleterre, separation of the epiphyses (Poland); en Allemagne, Epiphysenlösung. Au contraire, les auteurs qui ont voulu faire de cette affection une simple variété de fracture l'ont appelée fracture juxta-épiphysaire, ou encore, comme l'a fait Ollier pour montrer que la séparation siège non pas entre l'épiphyse et le cartilage conjugal, mais bien entre ce cartilage et la diaphyse : décollement diaphysaire ; ces deux derniers termes n'ont pas prévalu.

II

Historique. — Dans l'antiquité, on a paru ignorer totalement l'existence du décollement traumatique des épiphyses et cependant, en tenant compte d'un texte d'Hippocrate (in *De articulis*), cité par Rognetta dans son mémoire (1), on peut y voir « qu'une fable souvent rapportée attribue aux Amazones la coutume de séparer les épiphyses des os longs de leurs enfants mâles, dans le but d'assurer aux enfants du sexe féminin la suprématie de la force et de la beauté ». Puis bien des siècles se passent sans qu'aucun auteur mentionne cette lésion, dit Poland ; au XVIIe siècle, Ambroise Paré la signale en ces termes : « Nous avons vu une autre sorte de luxation qui se fait principalement en os des jeunes, par une séparation des épiphyses, comme la tête de l'os adjutoire (humérus) et femoris, et autres iointures, et cela se recognoist en ce qu'on voit séparation des os avec crépitation et impotence de la partie (1614). » Fabrice de Hilden, en 1646, puis Verduc à la fin du XVIIe siècle, J.-L. Petit et du Verney, au commencement du XVIIIe, parlèrent vaguement de la disjonction de l'épiphyse supérieure du fémur.

Mais le premier ouvrage traitant spécialement des décollements épiphysaires est certainement la thèse de Reichel, soutenue à Leipzig en 1759 ; cet auteur eut le mérite de bien distinguer les disjonctions traumatiques des disjonctions pathologiques.

En Italie, Bertrandi [de Turin (1787)], Monteggia [de Milan (1814)] et Paletta signalèrent quelques faits particuliers.

Au commencement du siècle dernier, Portal, Boyer et Dupuytren ne font que mentionner la lésion, mais en 1822, paraît la thèse importante de Roux (de Brignolles) qui convainquit le célèbre Delpech de la réalité des décollements traumatiques des épiphyses; Roux apporta, en 1837, quatre nouveaux cas dans un article écrit en réponse au mémoire partout cité de Guérétin.

En 1845, parut la thèse importante de Salmon, dans laquelle se trouve exposé le résultat de nombreuses expériences cadavériques ; il fut le premier auteur à montrer que le déplacement ne peut pas exister sans la déchirure du périoste. En Angleterre, le professeur Smith (de Dublin), en 1847, donne des descriptions tout à fait remarquables de la disjonction des épiphyses supérieure et inférieure de l'humérus et de celle de l'extrémité inférieure du radius.

(1) Nous renvoyons à la bibliographie qui termine cette Revue générale pour les différents noms cités au cours du texte.

A partir du milieu jusqu'à la fin du XIXe siècle, s'ouvre une période d'ardentes controverses sur l'entité pathologique du décollement traumatique des épiphyses. Cruveilhier en conteste l'existence au point de vue expérimental et anatomo-pathologique; Malgaigne rattache l'étude des décollements à celle des fractures, disant qu'ils reconnaissent les mêmes causes, qu'ils présentent les mêmes signes et qu'ils ont le même pronostic et le même traitement.

Devant pareille opinion exprimée par des voix si autorisées, les chirurgiens se divisent en deux camps à la Société de chirurgie, lors de la discussion soulevée en 1865, à propos de deux cas de disjonction de l'épiphyse inférieure du radius, présentés par Dolbeau : Marjolin, Guersant, Chassaignac affirment qu'ils n'ont jamais observé de décollement épiphysaire, tandis que Broca, Dolbeau et Voillemier croient qu'ils sont fréquents. Enfin pour compliquer encore davantage la question et corroborer l'opinion de Foucher qui, au point de vue macroscopique, niait l'existence des décollements épiphysaires, l'examen microscopique de pièces expérimentales pratiqué par des élèves de l'école de Lyon, MM. Bret et Curtillet, leur fit émettre cette déclaration : « Le mot décollement épiphysaire mérite d'être supprimé ; histologiquement, le décollement n'existe pas. »

Cette prétention du laboratoire ne peut pas détrôner la clinique; l'importance de l'étude des décollements épiphysaires, comme lésion bien déterminée, a été tout récemment révélée par les conséquences redoutables des arrêts d'accroissement en longueur, consécutifs à ces solutions de continuité chez les jeunes sujets, arrêts d'accroissement que l'on s'explique depuis les découvertes mémorables d'Ollier sur le rôle des cartilages de conjugaison ; c'est à l'histoire de cette terrible complication que se rapportent les mémoires de Vogt (1878), Bruns (1882), Diltmayer (1887), en Allemagne; de Curtillet (1891) et de Nové-Josserand (1893), en France.

Enfin l'avènement de la radiographie a rajeuni l'étude des décollements épiphysaires, comme celle des fractures; son application a inspiré sur ce sujet le travail monumental de John Poland (1898) et le mémoire tout récent d'Oscar Wolff, assistant de Bardenheuer [de Cologne (1901)].

III

Étiologie. — 1° Age. — Les auteurs classiques admettent que le décollement traumatique des épiphyses peut s'observer pendant toute la période de développement du squelette, c'est-à-dire chez le fœtus *in utero*, et depuis la naissance jusqu'à l'époque de la soudure des différentes épiphyses avec la diaphyse correspondante. Or nous croyons qu'il faut éliminer de cette étude : 1° les décollements *in utero* qui sont tous des décollements pathologiques, observés chez des « enfants morts et putréfiés » ; 2° les décollements résultant de manœuvres obstétricales qui sont d'ordinaire des fractures et qui se rapportent presque tous à des faits anciens, mal interprétés, chez des nouveau-nés malades; ce sont, le plus souvent encore, des décollements pathologiques.

A partir de l'époque d'apparition des points osseux épiphysaires jusqu'à celle de la soudure des diverses épiphyses avec la diaphyse correspondante, on *peut* observer des décollements épiphysaires traumatiques.

Le décollement d'une épiphyse donnée est possible et correspond précisément à l'époque de soudure de cette épiphyse avec la diaphyse correspondante ; le tableau suivant, emprunté à Poland, indique bien l'époque moyenne de la soudure des principales épiphyses des os longs.

1° *Membre supérieur.*

A 16 ans...........	Epiphyse supérieure du radius.
Entre 16 et 17 ans..	Epiphyse olécranienne du cubitus.
A 17 ans...........	Epiphyse inférieure de l'humérus.
A 18 ans...........	Epicondyle interne de l'humérus.
Entre 18 et 20 ans..	Epiphyses des phalanges des doigts et épiphyse inférieure du cubitus.
Vers 20 ans........	Epiphyses métacarpiennes.
Entre 18 et 22 ans..	Epiphyse supérieure de l'humérus.
Entre 19 et 23 ans..	Epiphyse inférieure du radius.

2° *Membre inférieur.*

A 19 ans...........	Epiphyse de la tête du fémur.
Entre 18 et 19 ans..	Epiphyse inférieure du tibia.
Entre 19 et 21 ans..	Epiphyse inférieure du péroné.
Entre 20 et 22 ans..	Epiphyse supérieure du péroné.
Entre 21 et 22 ans..	Epiphyse supérieure du tibia.
Entre 20 et 23 ans..	Epiphyse inférieure du fémur.

L'époque dé soudure est donc plus tardive pour les épiphyses fertiles, car la soudure ne s'effectue que lorsque le cartilage n'a plus de matériaux à utiliser, ainsi que l'a bien montré Ollier ; d'une façon générale, elle s'effectue un peu plus tôt chez la femme que chez l'homme. Il y a aussi des variations individuelles ; ainsi Nieffellmann a observé l'absence de soudure des épiphyses chez un sujet de vingt-six ans et Jetter a vu et opéré, à la clinique de Bruns, un décollement *pur* de l'épiphyse supérieure de l'humérus chez une femme de vingt-quatre ans.

D'une façon générale et en nous appuyant sur l'autorité de Poland, on peut dire que les décollements épiphysaires sont moins fréquents dans la première enfance, qu'après l'âge de dix ou douze ans, ce qu'il explique très simplement par ce fait exact qu'à partir de cet âge les enfants sont moins surveillés et par là même plus exposés aux accidents.

2° Sexe. — Toutes les statistiques montrent que les garçons, beaucoup plus remuants, fournissent une proportion énormément plus considérable que les filles; du reste Poland fait cette remarque judicieuse que ce qu'on appelle l'égalité des sexes et la tendance moderne qu'ont les femmes à entreprendre les travaux des hommes et à imiter leurs habitudes peut, dans l'avenir, modifier considérablement les statistiques du passé et du présent.

3° En ce qui concerne la fréquence absolue du décollement épiphysaire traumatique, on peut dire que c'est une lésion rare ; voici quelques chiffres : en 1849, Cruveilhier en admettait 38 cas ; en 1877, Manquat en réunit 130 cas, mais en 1882, Paul Bruns (de Tubingen) n'en trouve que 100 cas authentiques, vérifiés par l'examen anatomique ; en 1893, Hutchinson Junior en trouve 350 cas, dont 150 environ n'avaient pas été publiés auparavant. Actuellement, avec la radiographie, on arrive à un total beaucoup plus considérable parce que les cas légers, sans grand déplacement, qui auraient passé autrefois inaperçus, sont maintenant reconnus et publiés ; ainsi la statistique de Poland, qui date de 1898, comprend près de 700 cas.

D'un autre côté, il faut faire la part de l'exagération de certains auteurs comme Oscar Wolff qui considèrent par

exemple comme décollements épiphysaires toutes les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus survenant pendant la période de croissance, alors que nous savons, depuis les belles recherches de Farabeuf sur le développement de cette extrémité que sa disjonction est très rare et qu'elle n'est possible que dans une limite d'âge très restreinte.

Au point de vue de la FRÉQUENCE RELATIVE, Oscar Wolff est le seul auteur à prétendre que le décollement de l'épiphyse inférieure de l'humérus est le plus fréquent; cela ne peut se comprendre qu'avec son interprétation particulière des solutions de continuité de l'extrémité inférieure de l'humérus; tous les autres sont d'accord sur ce fait que trois épiphyses surtout sont intéressées par le décollement traumatique; ce sont, par ordre de fréquence relative : l'épiphyse inférieure du fémur, l'épiphyse supérieure de l'humérus, l'épiphyse inférieure du radius; après elles viendrait, avec un écart considérable : l'épiphyse inférieure de l'humérus, l'épiphyse inférieure du tibia, ensuite l'épiphyse de la tête du fémur, enfin l'épiphyse supérieure du tibia, les autres épiphyses entrant à peine en ligne de compte.

IV

Mécanisme. — Nous tenterons de rapprocher le mécanisme suivant lequel se produisent les décollements observés en clinique et celui par lequel on peut en déterminer sur des cadavres d'enfants ; mais tout d'abord nous exprimerons les idées générales suivantes qui résultent tant des faits cliniques que de l'expérimentation.

1° Les violences nécessaires pour produire le décollement épiphysaire traumatique sont beaucoup plus considérables que celles qui produisent les fractures.

2° Quand un traumatisme violent intéresse une articulation chez l'enfant et l'adolescent, jamais ou presque jamais il ne se produira de luxation, mais bien un décollement épiphysaire, le cartilage épiphysaire étant le point de moindre résistance des éléments qui entrent en jeu dans l'articulation ; c'est lui qui cédera, et non pas la capsule articulaire. En d'autres termes le décollement épiphysaire est, pendant toute la durée de la période de croissance, l'équivalent de la luxation chez l'adulte ; cette donnée générale s'applique très particulièrement à l'épaule où la luxation est absolument inconnue chez l'enfant (Lannelongue).

3° Les décollements épiphysaires traumatiques sont le plus souvent de *cause indirecte.* Oscar Wolff est le seul auteur à prétendre « que la violence directe est la règle et la violence indirecte, l'exception » ; le contraire est certainement vrai, sauf, peut-être, pour le décollement de l'épiphyse supérieure de l'humérus qui est dû le plus souvent aux chutes directes sur le moignon de l'épaule, mais encore doit-on savoir interpréter les faits.

a. MÉCANISME CLINIQUE. — Le plus souvent donc, il s'agit d'une violence *indirecte* qui consiste dans un mouvement forcé de l'articulation : abduction, extension, *combiné le plus souvent à la torsion du membre* : un mode très fréquent de la torsion forcée est l'agrippement du membre entre les rayons d'une roue d'une voiture en marche, c'est là le mécanisme classique du décollement de l'épiphyse inférieure du fémur ; voici d'autres modes de torsion du membre inférieur ayant produit des disjonctions épiphysaires traumatiques : le fait de tomber, la jambe étant pliée et croisée sous l'autre, de telle sorte que l'articulation du genou supporte tout le poids du corps ; assez souvent l'enfant, en courant, s'enfonce la jambe dans un trou qu'il n'a pas aperçu et le poids du corps, entraîné en avant et un peu latéralement, tord le genou et détermine l'arrachement épiphysaire ; d'autres fois, c'est en escaladant une clôture que le pied se prend tout en haut des barreaux tandis que le corps de l'enfant bascule du côté opposé.

Au membre supérieur le mode le plus fréquent de torsion forcée déterminant un décollement épiphysaire est l'agrippement du bras ou de l'avant-bras dans une courroie de transmission d'une machine ; dans un cas de Ricard, le simple fait de saisir le bras violemment dans la main et de le tordre a suffi pour décoller l'épiphyse supérieure de l'humérus ; dans un cas personnel observé à la consultation de l'hôpital Trousseau, dans le service de M. Kirmisson, une jeune fille voulant se ressaisir à la rampe pour éviter une chute dans un escalier, se prit le poignet entre les barreaux tandis que le corps était entraîné en bas : elle eut très nettement la sensation qu'elle se tordait le poignet, elle se fit une disjonction de l'épiphyse inférieure du radius, confirmée par la radiographie

Quant aux *causes directes* observées en clinique, la plus fréquente est pour l'épiphyse supérieure de l'humérus, la chute sur le moignon de l'épaule, mais encore faut-il tenir compte de l'action des muscles rotateurs externes ; pour l'extrémité inférieure du fémur on a noté le passage d'une roue de voiture, la chute d'un corps pesant, le choc d'une balançoire lancée avec une grande force (Oscar Wolff) ; ces modalités de violences directes produisent cependant plutôt des fractures que des disjonctions épiphysaires, probablement en raison du peu d'étendue des épiphyses (Poland).

b. MÉCANISME EXPÉRIMENTAL. — Il apprend surtout que la traction *directe* dans l'axe du membre arrache plutôt toutes les parties molles que l'épiphyse, et cette résistance extraordinaire est due à l'adhérence très forte du périchondre (ou du périoste, suivant l'âge) à l'épiphyse et au cartilage de conjugaison ; vient-on, au contraire, à sectionner circulairement le périoste à ce niveau on obtient alors très facilement le décollement. Ainsi Wilson, en expérimentant sur des cadavres d'enfants a trouvé que, lorsque le périoste était intact, il fallait une traction de 550 livres pour détacher une épiphyse, tandis que sur l'os de l'autre côté, mais dépouillé de son périoste, il fallait seulement 119 livres pour détacher l'épiphyse ; les expériences sur les animaux donnent les mêmes résultats (Ollier). Les épiphyses en voie d'ossification (ostéo-épiphyses de Vogt) sont plus faciles à décoller que les épiphyses encore entièrement cartilagineuses (chondro-épiphyses) qui résistent de par leur élasticité.

Comme en clinique des violences *indirectes considérables* sont nécessaires pour obtenir les décollements épiphysaires, ces violences indirectes consistent en des mouvements forcés, *appropriés*, qui sont les suivants pour les différentes articulations : pour les articulations *énarthrodiales*, telles que l'épaule et la hanche, il faut combiner à la fois l'abduction, la rotation externe et l'extension forcée avec la torsion ; la capsule doit en effet être tordue pour que l'épiphyse soit fixée et qu'alors le grand bras de levier constitué par la diaphyse ait un point d'appui suffisant pour se séparer du cartilage conjugal. Pour les articulations *ginglymoïdales* très serrées, comme le coude, le genou, c'est l'*extension forcée* qui détermine le décollement : sur 129 bras, Salmon a produit ainsi 64 fois le décollement de l'épiphyse humérale inférieure ; nous avons réussi pour le genou à décoller ainsi l'épiphyse fémorale et l'épiphyse

tibiale chez un enfant de deux ans. Enfin pour les articulations radio-carpienne et tibio-tarsienne, c'est aussi l'extension forcée combinée à la *torsion* qui produit le décollement.

V

Anatomie pathologique. — La notion anatomique, à propos de laquelle on a tant discuté, est celle du *siège* exact de la solution de continuité.

Il y a déjà longtemps que Broca avait émis cette proposition, basée sur des expériences cadavériques, à savoir que, dans tous les cas de décollement épiphysaire, le cartilage reste sur l'épiphyse. En 1860 Foucher voulut préciser davantage et il établit, au point de vue *macroscopique*, les trois catégories suivantes :

1° « Ou bien l'épiphyse est séparée de la diaphyse et la surface de séparation ne présente aucune couche osseuse, c'est le décollement épiphysaire proprement dit. Alors du côté de la diaphyse on constate une surface courbe douce, grasse au toucher, présentant à l'œil nu des petites saillies et des dépressions que l'on a comparées aux cotylédons du placenta et que Haller avait déjà signalées ; du côté de l'épiphyse, la surface offre l'aspect d'un cartilage mou, vasculaire, d'une teinte gris rosé. » Alors la séparation s'est faite en pleine couche chondroïde de Broca, que l'on appelle maintenant depuis Ranvier la zone de cartilage sérié en raison de la disposition des cellules cartilagineuses en séries allongées, parallèles les unes aux autres et perpendiculaires au plan du cartilage de conjugaison.

2° « Ou bien l'épiphyse entraîne avec elle une couche osseuse, mince, peu consistante, finement grenue, c'est la *fracture épiphysaire* ; la séparation s'est faite dans la couche sous-jacente à la couche chondroïde, c'est-à-dire dans la couche spongoïde normale de Broca, appelée maintenant couche ostéoïde. »

3° « Ou bien enfin, la solution de continuité se fait au sein du tissu spongieux (de la diaphyse), près de l'épiphyse, c'est la *fracture pré-épiphysaire*. »

Foucher résume ainsi son opinion : « Il peut se produire une disjonction épiphysaire pure (première catégorie) mais seulement chez des sujets âgés d'un mois à un an ; le plus souvent par conséquent il s'agit de fracture. »

Ollier dit également : « Expérimentalement, on produit des fractures voisines du cartilage plutôt qu'un vrai décollement ; cette particularité est importante au point de vue de la cicatrisation, car ces décollements se réparent comme des plaies osseuses et non comme des plaies cartilagineuses. »

L'examen *histologique* de pièces de décollement épiphysaire provenant d'un enfant de trois ans a permis à MM. Bret et Curtillet de se rendre compte que la disjonction s'opère en plein tissu osseux, et c'est depuis la thèse de Curtillet (1893) que l'on a eu tendance à nier l'existence propre des décollements épiphysaires traumatiques et à ne les considérer, au point de vue anatomo-pathologique, que comme des variétés de fractures. Mais il suffit d'avoir observé des pièces, soit cliniques, soit expérimentales, pour être convaincu qu'il s'agit bien là de solutions de continuité osseuses très spéciales ; peu importe que de petites travées du tissu spongieux diaphysaire soient arrachées en même temps ; d'autre part les conséquences possibles de ces lésions diaphyso-épiphysaires pour le développement ultérieur du membre légitiment absolument leur description en dehors de celle des fractures.

Les *lésions du périoste* sont une des caractéristiques anatomiques du décollement épiphysaire traumatique. Le périoste reste en contact intime avec l'épiphyse et le cartilage conjugal, on sait combien il adhère à ce niveau sur les os en voie de développement ; au contraire il se détache de la diaphyse sur une plus ou moins grande étendue ; si en même temps une déchirure du périoste se produit, la diaphyse séparée de l'épiphyse peut sortir par cette boutonnière périostique dont les lèvres se rétractent, causant ainsi une irréductibilité qui ne peut guère disparaître qu'au prix d'une opération sanglante. Quant à l'épiphyse, elle est maintenue par sa forte collerette périostéo-capsulaire en contact avec la surface articulaire correspondante, et ce fait constitue en clinique un signe différentiel important avec la luxation qui est précisément caractérisée par l'abandon réciproque des surfaces articulaires. Quand le périoste est seulement détaché, mais non déchiré, la disjonction ne peut pas s'accompagner de déplacement. Enfin, quand le périoste est très peu désinséré, les lésions du décollement épiphysaire sont celles qu'Ollier a décrites en 1881 dans la *Revue de chirurgie* sous le nom d'*entorses juxta-épiphysaires*.

Les autres lésions anatomiques que l'on a pu observer encore ne sont nullement caractéristiques du décollement épiphysaire ; du côté des os on a noté : une fracture de l'extrémité diaphysaire, qui s'observe principalement chez les sujets déjà un peu âgés ; la fracture de l'épiphyse qui a été observée surtout à l'extrémité inférieure du fémur ; la luxation concomitante de l'épiphyse, qui est très rare, l'épiphyse, nous l'avons dit, restant en place à cause de l'intégrité de sa gaine périostéo-capsulaire ; du côté de l'articulation il faut signaler l'hémarthrose qui est constante au genou et au coude où le cartilage est intra-articulaire, inconstante à l'épaule où le cartilage n'est qu'en partie intra-articulaire, exceptionnelle au poignet à moins qu'il n'existe un trait de fracture épiphysaire communiquant avec l'articulation. Enfin, les lésions des parties molles : muscles, vaisseaux, nerfs et téguments, dépendent de la violence du traumatisme, du degré du déplacement ; les disjonctions compliquées, c'est-à-dire accompagnées de plaie communiquant avec le foyer du décollement, sont plus graves que les fractures compliquées à cause de l'infection possible du cartilage de conjugaison, de son altération définitive et des conséquences qui peuvent en résulter, si le sujet est jeune, pour le développement ultérieur du membre.

VI

Symptômes et diagnostic. — Les disjonctions épiphysaires pures ou presque pures ont une physionomie clinique bien particulière :

a. La *façon dont s'est produit l'accident* est souvent très suggestive (Poland) : jambe prise entre les rais d'une roue de voiture pour le décollement de l'épiphyse inférieure du fémur, chute sur le côté externe du moignon de l'épaule pour le décollement de l'épiphyse supérieure de l'humérus (Poncet).

b. Les considérations d'*âge* sont capitales ; elles sont spéciales pour chaque épiphyse en particulier.

c. La *douleur* localisée exactement au niveau de la ligne dia-épiphysaire a une très grande importance, surtout dans les décollements épiphysaires sans déplacement ; pour Poland la douleur serait plus marquée dans la disjonction épiphysaire et dans les fractures juxta-articulaires que dans les fractures à d'autres niveaux.

Quand le décollement s'accompagne d'un déplacement

notable de la diaphyse, on a alors d'autres symptômes très caractéristiques :

d. La *déformation* est le plus souvent toujours la même pour un décollement donné car le déplacement de la diaphyse se fait presque toujours dans un sens bien déterminé : en avant et en haut pour l'extrémité supérieure de l'humérus, en arrière et en bas pour l'extrémité inférieure du fémur. Quand le déplacement est bien marqué l'on pourra sentir le rebord net, presque abrupt, du fragment diaphysaire et plus profondément la surface mamelonnée de séparation. L'on notera que l'épiphyse est à sa place normale; parfois à son niveau l'on verra une dépression des parties molles entre l'épiphyse et la diaphyse, du côté opposé à la saillie de l'extrémité diaphysaire.

e. En imprimant à la diaphyse certains mouvements appropriés l'on augmentera ou l'on atténuera la déformation; ce faisant l'on constatera une *mobilité anormale* qui se passe tout près de l'interligne articulaire, juste au niveau du cartilage de conjugaison.

f. Enfin quand on frotte les deux fragments l'un contre l'autre l'on percevra une crépitation sourde, mate, très douce, tout à fait caractéristique quand l'épiphyse est encore entièrement cartilagineuse et que le décollement est pur, c'est-à-dire sans arrachement osseux concomitant.

Le *diagnostic* d'un décollement épiphysaire est assez facile quand il existe un déplacement manifeste et peu de gonflement; on le fera : avec la *fracture* d'après le niveau de la solution de continuité, la forme des fragments, le caractère de la crépitation; avec la *luxation* en sachant : 1° que les luxations sont très rares chez les enfants (à l'épaule elles n'existent pas); 2° que la déformation et la gêne fonctionnelle sont moins grandes dans le décollement avec déplacement que dans le cas de luxation ; 3° que la déformation se corrige plus facilement dans le cas de décollement épiphysaire mais qu'elle se reproduit dès qu'on cesse de maintenir la réduction.

Dans tous les cas douteux où l'on n'a que des présomptions d'après l'âge, le siège de la douleur, les commémoratifs, il faut faire uue épreuve radiographique; elle servira aussi dans les cas où le déplacement est net pour donner des indications sur la meilleure manière de réduire. Il faut savoir que chez les enfants au-dessous de deux ans et demi, chez lesquels l'épiphyse, entièrement cartilagineuse, se laisse traverser par les rayons X, l'absence de trait de fracture au niveau de l'épiphyse est une preuve de l'existence d'un décollement lorsque les signes cliniques ont permis de constater qu'il existe une solution de continuité de l'os; en effet s'il s'agissait d'une fracture de l'extrémité diaphysaire elle devrait se montrer sur l'image; or, si celle-ci n'indique rien, la lésion ne peut siéger qu'au niveau de l'épiphyse (Oscar Wolff).

VII

Pronostic. — Quand le décollement ne s'accompagne pas de déplacement ou, s'il s'accompagne de déplacement, lorsque ce déplacement est bien réduit, la consolidation se fait dans les mêmes limites de temps que pour une fracture ordinaire, avec conservation de la forme et de la fonction. Quand le déplacement est mal réduit, on s'expose à toute une série de complications : le défaut de consolidation, très rare, et que Guérétin attribuait à la rotation de l'épiphyse, dont la surface articulaire venait plus ou moins en contact avec la diaphyse, empêchant ainsi la formation du cal; la déformation persistante, la gêne des mouvements, l'exubérance du cal qui peut déterminer des troubles de compression, enfin et surtout la terrible complication tardive qui domine toute l'histoire des décollements épiphysaires, à savoir *l'arrêt de développement de l'os en longueur.* Le premier fait fut rapporté par Vogt en 1878, il observa un raccourcissement de 13 centimètres de l'humérus consécutif à un décollement de l'épiphyse supérieure de l'humérus survenu à l'âge de dix ans ; en 1882, Bruns en trouva 13 cas sur 100 cas de séparation traumatique des épiphyses vérifiés anatomiquement; en 1891, Curtillet, dans sa thèse, put en trouver 24; Poland dans son traité en a réuni 56 cas sur 700 cas de décollement épiphysaire. Cette complication est heureusement assez rare, comme on le voit d'après ces chiffres, mais il faut avoir présente à l'esprit sa possibilité afin de prévenir la famille du malade et sauvegarder sa propre réputation, elle est d'autant plus à craindre que le sujet est plus jeune, que l'épiphyse est plus fertile, et surtout que le déplacement persiste.

La pathogénie de cet arrêt de développement est bien connue depuis les découvertes célèbres d'Ollier sur le rôle des cartilages de conjugaison qui sont les seuls organes de développement de l'os en longueur; les expérimentateurs étrangers : Bidder, Helferich, Vogt, ne firent que confirmer ce rôle fondamental des cartilages épiphysaires. Quant au mécanisme intime de l'arrêt de développement des os en longueur à la suite de la lésion des cartilages fertiles, il résulte, non pas de la soudure prématurée des épiphyses, mais bien d'un trouble de l'ossification par lequel l'évolution du cartilage de conjugaison, loin d'être accélérée, est au contraire ralentie; cette opinion pathogénique, déjà exprimée par Ollier en 1867, a reçu de M. Nové-Josserand une vérification expérimentale et histologique (1894).

Les conséquences de l'arrêt de développement ont, au point de vue orthopédique, des conséquences différentes, suivant que le segment du membre atteint ne comprend qu'un seul os, comme au bras ou à la cuisse, ou bien au contraire que son squelette est constitué par deux os parallèles, comme à la jambe et à l'avant-bras.

Dans le premier cas, s'il s'agit du bras, il n'en résultera que des inconvénients esthétiques; mais la fonction du membre pourra être bonne, comme dans le cas de Vogt; s'il s'agit de la cuisse, le raccourcissement entraînera de la claudication, à laquelle on devra remédier par le port d'une chaussure appropriée.

Dans le second cas, si l'arrêt de développement frappe l'un des deux os parallèles de l'avant-bras ou de la jambe, l'os sain, continuant à croître normalement, sera obligé soit de s'incurver, soit de se luxer à l'une de ses extrémités et il pourra entraîner la main ou le pied en position vicieuse permanente, du côté de l'os le plus court. Poncet (de Lyon), en 1872, a rapporté deux faits où, à la suite d'un décollement de l'épiphyse inférieure du radius et d'un arrêt de développement de cet os en longueur, le cubitus avait continué à se développer, avait abandonné la facette articulaire radiale et était luxé en bas et en dehors, entraînant la main sur le bord radial.

Les complications résultant de la compression des vaisseaux et des nerfs seront évitées aussi par la réduction exacte des fragments. Parfois le sacrifice du membre est nécessaire quand la gangrène est imminente par suite de l'arrachement des gros vaisseaux.

Pour ce qui est des complications inflammatoires dans

les cas de décollements compliqués avec ouverture de l'articulation, leur pronostic est très atténué aujourd'hui grâce aux progrès de la chirurgie aseptique et antiseptique.

VIII

Traitement. — Le traitement des décollements épiphysaires traumatiques doit avoir pour but et pour résultat d'obtenir le rétablissement parfait de la forme et de la fonction de l'extrémité du membre malade, c'est là le principe fondamental, l'objet de la chirurgie orthopédique. Les moyens à employer diffèrent suivant que le décollement est récent, compliqué ou non, avec ou sans déplacement, que ce déplacement est réductible ou irréductible et suivant que le décollement est ancien et qu'il a entraîné l'une des diverses complications que nous venons d'étudier.

A. Dans les cas récents, non compliqués de plaies, il faut, dès que le décollement est observé, se rendre compte, par les signes cliniques et aussi par la lecture attentive des épreuves radiographiques, s'il existe ou non un déplacement.

a. Si le déplacement n'existe pas ou est peu marqué, quelques tractions sur le membre dans le sens approprié remettront les choses en état et l'on aura soin, même dans ces cas légers qui étaient autrefois méconnus et traités comme de vulgaires entorses, *d'immobiliser exactement* pendant trois semaines environ afin d'éviter une complication fort ennuyeuse, nous voulons parler du *déplacement consécutif*, par action musculaire, quand il n'y a pas contention exacte des fragments.

b. Quand il existe un déplacement notable, il s'agit, comme dans toute fracture, de réduire et de maintenir réduit; pour cela, deux méthodes sont en présence :

La première, la plus employée et la plus simple, est la réduction manuelle que l'on fera, dans tous les cas tant soit peu difficiles, sous l'anesthésie générale. Le maintien de la réduction se fera à l'aide d'un appareil plâtré bien conditionné, c'est le seul appareil à notre avis, qui offre les garanties suffisantes pour la contention exacte des fragments; cependant chez les tout petits enfants, l'on pourra employer des appareils en gutta-percha. L'appareil restera un mois en place.

La seconde méthode est celle de l'extension continue : la réduction se ferait d'elle-même, et les fragments resteraient en bonne position réciproque. Cette méthode est très soutenable pour le membre inférieur et M. Hennequin l'a perfectionnée à un tel point, qu'appliquée suivant ses principes et sa technique, elle ne donne pour ainsi dire aucun mécompte. Mais d'autres auteurs ont voulu généraliser cette méthode, et Bardenheuer (de Cologne) l'a employée également au membre supérieur; son assistant, Oscar Wolff, vient d'en donner (1901) les résultats pour les décollements épiphysaires du membre supérieur; or, ces résultats ne sont pas du tout supérieurs à la méthode de la réduction manuelle sous le chloroforme suivie de l'application d'un bon appareil plâtré; ces résultats ne compensent certainement pas les inconvénients nombreux résultant du décubitus prolongé, parfois du décubitus latéral, de la surveillance d'un outillage compliqué et dispendieux; en un mot, cette méthode de l'extension continue au membre supérieur n'est ni rationnelle ni avantageuse.

En se conformant aux principes précédents, on évitera la déformation résultant du déplacement mal corrigé et de ses résultats au point de vue de la forme, de la fonction du membre et de l'arrêt de développement. C'est pour nous une occasion de mettre en garde les praticiens soucieux de l'intérêt de leurs malades et de leur propre réputation contre la méthode séduisante mais éminemment dangereuse du massage et de la mobilisation précoce que M. Lucas-Championnière a préconisée dans le traitement des fractures juxta-articulaires; on ne s'imagine pas le succès qu'a eu cette méthode auprès d'un grand nombre de médecins et même de chirurgiens et les méfaits innombrables qui en sont résultés du fait de son application, en particulier chez les enfants. M. Kirmisson nous a fait remarquer bien des fois que, dans toute fracture des extrémités osseuses en voie de développement, plus on mobilise tôt, plus on masse tôt et plus le périoste, si fertile à cette période de la vie, irrité, stimulé, produit surabondamment de l'os et donne des cals énormes, qui limitent les mouvements et vont jusqu'à produire l'ankylose. Le vrai traitement des fractures juxta-articulaires et en particulier des décollements épiphysaires traumatiques est le repos absolu de l'articulation au moyen d'un bon appareil plâtré appliqué en bonne position, après *réduction exacte* des fragments : « ce n'est pas l'immobilisation qui donne l'ankylose, elle permet de l'éviter au contraire, car elle guérit l'arthrite traumatique, elle met au repos le périoste et tous les éléments de l'articulation. »

Ce n'est que plus tard, un ou deux mois après l'accident, que l'on massera et que l'on mobilisera; ce traitement consécutif ne doit pas être négligé; en effet, employé judicieusement, il est le complément du traitement chirurgical, mais il n'est pas *tout le traitement*.

Maintenant, si le déplacement est irréductible, même sous le chloroforme et après des tentatives appropriées, on est absolument autorisé à pratiquer une opération chirurgicale pour obtenir la réduction. Dans certains cas où il s'agissait de décollement épiphysaire compliqué, des chirurgiens anciens, Esmarch, Richet, Delens, ont réséqué l'extrémité diaphysaire qui faisait issue par la plaie et cela sur une étendue parfois considérable, déterminant ainsi un degré notable de raccourcissement. Avec la sécurité de la chirurgie aseptique bien observée, on peut faire mieux aujourd'hui; on prolongera la plaie des parties molles si elle conduit bien sur l'articulation, ou l'on fera une incision appropriée; on ira jusqu'au périoste que l'on débridera pour réduire; c'est en effet très souvent la déchirure, la boutonnière périostique qui est l'obstacle absolu à la réduction; ceci est particulièrement vrai à l'extrémité supérieure de l'humérus.

Dans les cas de décollement très compliqués, on tentera la conservation, sauf si les vaisseaux importants du membre ont été arrachés et si le membre au-dessous du traumatisme est menacé de gangrène; alors on se résoudra à pratiquer l'amputation, c'est ce que nous avons dû faire dans un cas de décollement de l'épiphyse inférieure du fémur avec ouverture large de l'articulation du genou et arrachement des vaisseaux poplités et du nerf grand sciatique; l'enfant a parfaitement guéri.

B. Dans les cas anciens où la réduction n'a pas été satisfaisante et où le déplacement détermine des altérations de la forme et surtout de la fonction du membre, que doit-on faire? Autant que possible on fera une opération économique : la résection simple de l'extrémité saillante de la diaphyse (Poncet, Bruns, Lejars); l'excision du cal exubérant (Walther); mais, dans d'autres cas, on sera obligé de

aire une véritable résection; c'est ce qui a été pratiqué surtout pour l'extrémité supérieure de l'humérus.

Quant à l'arrêt de développement, si c'est l'humérus qui est atteint, on n'a, le plus souvent, qu'un inconvénient esthétique et les fonctions du bras peuvent se rétablir presque normalement : si c'est la cuisse, l'on fera porter au malade une bottine à semelle surélevée ou un appareil plus compliqué, si le raccourcissement est très marqué.

Quand l'arrêt de développement frappe l'un des os parallèles de l'avant-bras ou de la jambe et qu'il existe une déviation de la main et du pied, par suite de la longueur plus grande de l'os sain qui a continué à croître et qui a dû se courber ou bien se luxer, on devra, soit pratiquer une ostéotomie cunéiforme ou même une résection de cet os, afin de corriger l'attitude vicieuse ou bien, si le sujet n'a pas terminé encore son développement, pratiquer l'opération préconisée et exécutée avec un bon résultat par Ollier : dans un cas d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du radius, suivi d'arrêt d'accroissement de cet os, de subluxation en bas et en arrière du cubitus qui avait continué à croître, entraînant la main vers le bord radial, Ollier fit la *chondrectomie* du cartilage de l'épiphyse inférieure du cubitus, cet os cessa de croître en longueur, sa courbure s'effaça et la main reprit son attitude normale.

Bibliographie des décollements épiphysaires traumatiques en général. — Barbarin. *Des fractures chez les enfants*, Th. de doctorat, Paris 1873. — Bertrandi. *Opere anat. et cerursiche*, t. V, ch. xv, p. 156, Turin. — Bouchut. *Traité des maladies des enfants*, Paris 1877. — Brét et Curtillet. *Province méd.*, 23 janvier 1892, n° 4, p. 740. — Bruns (Paul). *Arch. f. klin. Chir.*, 1882, t. XXVII, p. 240; — Allgemeine Lehre von den Knochenbrüchen, in *Deuts. Chir.*, 1886, S. 117, Liefg 27. — Carus. *Arch. gén. de méd.*, 1820, t. XVI, p. 288. — Cases. *Med. Times a. Gaz.*, London 1859, t. XVII, p. 162. — Champion. *Bull. de la Fac. et de la Soc. de méd.*, 1817; — *Journ. complément. des sc. méd.*, Paris 1818, t. I, p. 317. — Champmas. Th. de doct., Paris 1840. — Colignon. Th. de doct., Paris 1868. — Cooper (Astley). *Fractures et dislocations*, trad. Chassaignac et Richelot. — Corson. *Ann. of Surg.*, 1900, t. XXXII, p. 621. — Cosseret. Th. de doct., Paris 1866. — Coulon. *Des fractures chez les enfants*, Paris 1861. — Cruveilhier. *Anatomie pathol.*, t. I, p. 100. — Curtillet. Th. de doct., Lyon 1891. — Delpech. *Chirurgie clinique de Montpellier*, 1823, t. I. — Dittmayer. Th. de Wurzbourg, 1887. — Duverney. *Maladies des os*, t. I, p. 354. — Fischer et Hirschfeld. *Berl. klin. Wochens.*, 1865, t. II, p. 93. — Foucher. *Monit. des sc. méd. et pharmaceut.*, 1860, p. 713; — *Congrès médico-chirurgical de France*, 1re session tenue à Rouen, 1863, p. 63-72. — Goyrand. *Journ. hebd. des sc. méd.*, t. I, p. 270. — Guérétin. *Presse méd.*, 1837, p. 45, 289, 297, 305. — Guersant. *Chirurgie des enfants*, Paris 1864-1867, p. 371. — Guidone. *Riforma med.*, 1891, t. I, p. 579. — Gurlt. *Handbuch der Lehre von den Knochenbrüchen*, Berlin 1862. — Hamilton et Poinsot. *Fractures et luxations*, 1884. — Hefferich. *Munch. med. Wochens.*, 1887, p. 769. — Hoffa. *Berl. klin. Wochens.*, 1884, p. 89. — Holmes. *Maladies chirurgicales des enfants*, trad. Larcher, 1870. — Hutchinson. *Transact. Pathol. Soc.*, London 1862, t. XIII, p. 186; — *Med. Press. a. Circ.*, 1885, vol. in-4°, p. 461. — Hutchinson (Junior). *Brit. med. Journ.*, 1893, 8 July, p. 53. — Kirmisson. *Bull. méd.*, 1902, n° 8, p. 81. — Laurent. *Journ. complément. des sc. méd.*, Paris 1818, t. I, p. 317-326. — Malgaigne. *Fractures et luxations*, Paris 1847, t. I. — Manquat. Th. de doct., Paris 1877. — Michniowsky. *Petersb. med. Zeits.*, 1866, t. X, p. 300. — Nové-Josserand. Th. de doct., Lyon 1893; — *Revue de chir.*, 1894, p. 385. — Ollier. *Traité de la régénération des os*, Paris 1867, t. I, p. 222; — *Revue de chir.*, 1878 et 1881. — Pajot. Th. d'agrégation (chirurgie et obstétrique), Paris 1853. — J.-L. Petit. *Maladies des os*, p. 169. — Piscart. Th. de doct., Paris 1840. — Poland (John). *Traumatic Separation of the Epiphyses*, London 1898. — Poncet. *Lyon méd.*, 1872, t. XI, p. 594. — Portal. *Anatomie médicale*, 1803, t. I, p. 31. — Prochnow. *Pest. med. chir. Presse*, 1893, p. 828. — Rambaud et Renault. *Atlas d'ostéologie*. — Reichel. *De epiphysium abossium diaphysi diductione*, Leipzig 1759, et in *Thesaurus dissertationum de Sandifort*, vol. I, Rotterdam 1768-1778. — Rieffel. In *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, t. II, p. 85. — Rognetta. *Gaz. méd. de Paris*, 1834, p. 433. — Roux (de Brignolles). Th. de Montpellier, 1822, et *Presse méd.*, 1837, p. 436. — Rowlands (de Sydney). *Brit. med. Journ.*, 7 march 1896, p. 620 et 933. — Salmon. *Clinique de l'hôpital des Enfants*, Paris 1844, t. III, et Th. de doct., Paris 1845. — Scudder. Surgery of the epiphyses, *Med. News*, New-York, 1900, t. LXXVI, p. 369-373. — Smith (de Dublin). *Treatise on Fractures in the vicinity of joints*, 1847, et *Brit. med. Journ.*, 1867, t. II, p. 123. — Stehr (Wilhelm). Th. de Tübingen, 1889. — Sturrock. *Edinb. Hosp. Rep.*, 1894, p. 598 et 608. — Thudichum. *Illust. med. Zeit. München.*, 1853, t. III, p. 188-209. — Vogt. *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin 1878, t. XXII, p 343-373 (1 pl.). — Vouzelle. *Limousin méd.*, 1900, p. 193. — Wheelhouse. *Brit. med. Journ.*, London 1885, p. 475-479. — Wilson. *On the bones and joints*, London 1820. — Wolff (Oscar). *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1901, Bd. LIV, p. 273. — Zaffala. *Contributo alla patologia ed alla clinica del distacco epifisario*, *Raccoglitore med. Forli*, 1885, t. XXIII; 1887, p. 273.

REVUE DES THÈSES

Le devoir social des collectivistes envers les tuberculeux adultes et indigents, par M. le docteur Ernest Boureille (Th. de Paris, 1901.)

La tuberculose relève de la sociologie autant que de la médecine. Ses causes, son évolution, ses effets, sont d'ordre social, et atteignent profondément la nation. Les collectivités ont donc un devoir social à remplir. C'est une mauvaise action et en même temps une mauvaise affaire pour elles que d'essayer de s'y dérober.

Dans le faible effort tenté jusqu'ici, l'État n'a montré que son indifférence, et l'initiative privée mal guidée, ballotte entre différents systèmes, n'accorde à aucun une attention suffisante et échoue souvent, faute d'argent et de confiance que le public lui refuse.

L'opinion publique hésite à se prononcer en présence des véhémences des contagionistes à outrance, et de la folle querelle qui sépare partisans du sanatorium, de la cure libre, de l'hôpital ou du dispensaire. Avant d'engager la lutte contre la tuberculose, il serait bon d'unifier la doctrine. Les débats stériles sont ici plus dangereux que les bacilles.

Si la tuberculose relève autant de la sociologie que de la médecine, il est juste de la combattre avec des armes médicales et sociales.

Le sanatorium, la cure libre, l'hôpital, qui, à des degrés divers, ne visent que la tuberculose et non le tuberculeux, coopèrent à l'œuvre à titre d'auxiliaires utiles mais insuffisants.

Le dispensaire, et surtout l'assainissement, qui répondent le plus exactement et le plus complètement aux causes sociales de la maladie, sans en négliger les causes médicales, semblent à l'heure actuelle, les procédés de choix.

Les moyens mis à la disposition des collectivités pour triompher de la phtisie, sanatorium, cure libre, hôpital, dispensaire, assainissement, forment un tout dont les par-

ties se tiennent étroitement, et concourent au même but, par des voies différentes.

Dans cet ensemble, le sanatorium, la cure libre, l'hôpital, le dispensaire, possèdent une cientèle bien déterminée mais très inégale.

Seul l'assainissement convient à tous les tuberculeux.

Les collectivités françaises possèdent les ressources nécessaires pour lutter efficacement contre la tuberculose.

Seuls, l'inertie, l'hypocrisie et le mauvais vouloir, ont, jusqu'ici, empêché de les utiliser.

L'appui moral de l'autorité et la canalisation des grands mouvements d'opinion au service de la cause antituberculeuse sont un devoir et une possibilité. De plus, ces encouragements ne coûtent rien. Avantage appréciable par le temps qui court.

L'appui financier est aussi dû et possible.

L'État doit et peut assurer les indigents contre les risques sociaux, mais c'est trop réclamer de sa bienveillance.

Les collectivités privées suppléeront à son impuissance voulue avec les sociétés de secours mutuels, les syndicats patronaux et ouvriers, la Croix-Rouge, les assurances.

Trois sentiments se partageront la direction des masses, dans la lutte antituberculeuse : la peur, la pitié, la solidarité. Il est d'un optimisme exagéré d'oser tirer quelque parti des deux derniers. Une faible minorité s'en enorgueillira. La peur convient mieux au tempérament moderne.

A défaut du plus noble, ce sera le plus utile des mobiles, s'il en résulte la guérison de 300000 tuberculeux indigents.

Contribution à l'étude de l'acidité urinaire chez l'homme sain et chez les malades, par M. le docteur Jean Nicolaïdi. (Th. de Paris, 1900.)

En résumant ses observations M. Nicolaïdi croit avoir le droit d'exposer, sinon des conclusions fermes, tout au moins les indications suivantes qui lui paraissent découler de l'examen des faits qu'il a étudiés.

Rappelons que le rapport de l'acidité normale des urines est représenté, d'après le coefficient de M. Joulie, par un chiffre compris entre 4 et 5 ; les résultats que nous avons obtenus sont les suivants :

A. Chez l'homme sain. — 1° L'analyse de 19 urines de personnes saines nous a donné comme moyenne d'acidité le rapport... 3,1.

2° L'analyse de nos propres urines nous a conduit aux chiffres suivants :

Pour l'urine du lever............ 3,9
Pour l'urine de l'après-midi...... 2,7 et 2,4

Variations de l'acidité des urines aux différentes émissions du jour. — 1° L'urine rendue au lever est plus acide que celle rendue à n'importe quel autre moment de la journée.

2° L'acidité de l'urine rendue pendant la digestion ou quelque temps après est diminuée d'une façon très notable.

Influence des régimes et des boissons sur l'acidité urinaire. — 1° L'acidité urinaire est très diminuée sous l'influence du régime carné.

2° L'acidité urinaire subit seulement une légère diminution sous l'influence du régime végétal.

3° L'acidité urinaire est fortement diminuée sous l'influence du régime lacté.

4° L'acidité urinaire augmente notablement sous l'influence du vin rouge, du vin blanc et de la bière.

B. Chez les malades a leur entrée dans le service en dehors de toute considération d'évolution et avant tout traitement. — Dans presque tous les cas nous avons trouvé des urines hypoacides. Leurs rapports d'acidité ont oscillé entre 1,3 et 3,5.

Deux fois seulement nous avons obtenu des chiffres supérieurs à 5 :

Dans un cas de tuberculose pulmonaire (5,3) et dans un cas de dyspepsie hyperacide (5,8).

Nous avons, par contre, trouvé des urines alcalines dans un certain nombre de maladies et notamment dans la tuberculose pulmonaire au troisième degré.

C. Variations de l'acidité urinaire pendant l'évolution des maladies. — Dans la grande majorité des cas, tant pour les maladies aiguës que pour les maladies chroniques, nous avons constaté que l'état stationnaire ou l'aggravation coïncidaient avec un état stationnaire ou une diminution de l'acidité urinaire. Les guérisons et les améliorations au contraire avaient une marche parallèle avec le relèvement de cette acidité.

Nos observations sont en trop petit nombre. Elles ne permettent pas de tirer des conclusions nettes et précises au point de vue du diagnostic et du traitement des différents états pathologiques.

Elles nous ont cependant demandé une somme de travail assez considérable. Nous espérons que nos efforts n'auront pas été vains, et que ce modeste travail servira, dans une certaine mesure, à ceux que le sujet intéresse.

Pathogénie des kystes séreux congénitaux du cou, par M. le docteur André Savelli. (Th. de Paris, 1902.)

L'auteur propose les conclusions suivantes :

Les kystes séreux congénitaux du cou sont des lymphangiomes.

La théorie pathogénique des organes à vésicules closes (Luschka, Arnold) et la théorie sanguine, qui en fait le résultat de la transformation d'un angiome (Broca, Cruveilhier), doivent être abandonnées.

Il pense que les kystes séreux congénitaux du cou sont dus à un arrêt de développement du système lymphatique de la région cervicale. Cette hypothèse s'appuie sur ce que nous ont montré les coupes d'embryons de différents âges (Victor Veau) et sur ce que nous savons des vices du développement du système lymphatique (Ranvier). Elle explique toutes les particularités anatomiques des kystes séreux congénitaux du cou.

Les hernies et la loi sur les accidents du travail (étude médico-légale), par M. le docteur Louis Loriot. (Th. de Paris, 1902.)

Dans certains cas, la hernie peut et doit être considérée comme un accident du travail.

La hernie de force est ordinairement caractérisée par « l'apparition soudaine, au milieu de vives souffrances, d'une tumeur d'un volume modéré, à l'occasion d'un travail exceptionnel ».

Les hernies se produisant sans douleur sérieuse pendant un effort normal, sont plutôt dues à une altération préalable de la paroi.

La hernie est toujours un dommage pour l'ouvrier, quand même sa capacité de travail ne serait pas réduite.

Il semble raisonnable de mettre en parallèle la cause prédisposante et la cause occasionnelle, pour apprécier en toute justice dans quelle mesure cette dernière est responsable.

Les tumeurs malignes primitives des fosses nasales, par M. le docteur Paul Bourgeois. (Th. de Paris, 1902.)

Les tumeurs malignes primitives des fosses nasales sont rares ; elles ne sont pas exceptionnelles.

Elles sont représentées soit par des tumeurs épithéliales (épithéliome cylindrique, carcinome), soit par des tumeurs

sarcomateuses (sarcomes à cellules rondes, sarcomes à myéloplaxes, fibro-sarcome, mélano-sarcome).

Leur histoire clinique comprend trois périodes : stade des coryzas et des épistaxis; stade de l'obstruction nasale; stade des complications.

Ces dernières sont multiples, et il n'est aucun organe de voisinage qui n'en puisse ressentir les atteintes.

La rapidité de leur marche dépend de leur forme histologique, de leur forme clinique, de leur siège.

Leur durée varie entre six mois et dix ans.

Dans la plupart des cas, le pronostic est fatal. Il peut cependant être atténué par la possibilité d'une intervention heureuse.

Le traitement sera toujours chirurgical. Pour être efficace, l'opération devra être avant tout complète. Si la tumeur est facilement accessible, on pourra tenter de l'extirper par les voies naturelles. Sinon, on devra la découvrir par une opération préalable. Parmi les procédés en usage, ceux de Rouge, de Chassaignac et d'Ollier présentent chacun leurs avantages et leurs indications.

A la suite de leur extirpation, les tumeurs malignes des fosses nasales guérissent parfois, récidivent souvent.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

M. Raoult. Étude sur la prophylaxie de la syphilis. — M. Simon. Le scorbut infantile. — M. Chevreux. De l'embolie pulmonaire tardive à la suite d'hystérectomies pour fibromes utérins. — M. Quéry. Contribution à l'étude de la lipomatose diffuse symétrique à prédominance cervicale. — M. Rozier. Étude anatomo-pathologique du plancher de la caisse. — M. Rigal. Contribution à l'étude du traitement de la fièvre puerpérale. — M. Stanculeanu. Rapports anatomiques et pathologiques entre les sinus de la face et l'appareil orbito-oculaire. — M. Gilbert. Les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde. — M. Loriot. La hernie et la loi sur les accidents du travail; étude médico-légale. — M. Judet. De la péritonisation dans les laparotomies. — M. Le Coat de Kerveguen. Le terrain tuberculeux et sa transmission. — M. Pestelmaltzoglou. Diastasis des vertèbres. — M. Ferron. De l'œdème aigu des paupières chez les jeunes sujets. — M. Fruitier. Contribution à l'étude du vertige auriculaire et de ses rapports avec la neurasthénie. — M. Labey. De l'intervention chirurgicale dans les formes graves des colites rebelles. — M. Retière. Contribution à l'étude de la colpoplastie dans l'atrésie et la sténose du vagin. — M. Leibovici. Du traitement chirurgical des hémorroïdes. — M. Marcille. Topographie des ganglions pelviens. — M. Masselon. Psychologie des déments précoces. — M. Lemonnyer. Contribution à l'étude de l'asthme chez les enfants. — M. Roger Saint-Ange. Les formes rares de la tétanie infantile. — M. Cucherousset. De la forme cérébro-spinale de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — M. Duret. Du pouls veineux des saphènes. — M. Badin. Contribution à l'étude des luxations sous-astragaliennes et particulièrement des luxations obliques en avant et en dehors. — M. Lancien. Contribution à l'étude des troubles de l'appareil urinaire au cours de l'appendicite. — M. Lebasteur. Fistules abdominales hémorragiques. — M. Dupoux. Du rein mobile chez l'enfant. — M. Hurion. Traitement de la coqueluche par les inhalations d'ozone. — M. Deschamps. Diagnostic des affections chirurgicales du rein. — M. Lecomte. Contribution à l'étude des prostatites chroniques (prostatite latente). — M. Oppenheim. La fonction antitoxique des capsules surrénales (étude expérimentale, anatomique et clinique de la glande surrénale dans les infections et les intoxications aiguës. — M. Philippe. Epanchements séreux pelvi-péritonéaux au cours des infections utéro-annexielles et post-opératoires. — M. Etesse. Contribution à l'étude de la blennorragie para-urétrale de la femme. — M. Irimescu. Considérations sur les néphrites à longue échéance et sur quelques albuminuries prolongées. Eléments de pronostic dans les néphrites. — M. Bocquillon. Quelques considérations sur la diarrhée infantile à Reims. — M. Camus. Tuberculose du genou. — M. Le Prieur. Étude sur l'Œuvre de François Mauriceau. — M. Decreux. Plaies des vaisseaux poplités.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — *Montpellier.* — La Faculté de médecine vient de procéder à l'élection d'un professeur titulaire, en remplacement de M. Bertin-Sans, admis à faire valoir ses droits à la retraite. M. le docteur Rauzier est proposé en première ligne, et M. le docteur Vedel, en seconde ligne.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Neumann (de Paris) est promu officier de la Légion d'honneur.

Guerre. — M. le médecin aide-major de première classe auxiliaire Brachet est nommé médecin aide-major de première classe, à la disposition de M. le ministre des Colonies.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Poret, du port de Cherbourg, actuellement en service à Brest, est désigné pour embarquer sur la canonnière *la Surprise*, dans la force navale des mers d'Orient.

M. le médecin principal Le Franc, du port de Brest, est désigné pour embarquer sur la *Melpomène*, frégate-école des gabiers.

Un congé de convalescence de trois mois est accordé à M. le médecin de deuxième classe Coquin.

Voyages d'études médicales aux eaux minérales, stations climatériques et sanatoriums de France. — Le voyage d'études médicales aura lieu du 8 au 16 septembre 1902 inclus. Il comprendra les stations des Vosges et de l'Est, visitées dans l'ordre suivant : Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne-les-Bains, Luxeuil, Plombières, Gérardmer, la Schlucht, Bussang, le Ballon d'Alsace, Salins et Besançon.

Le V. E. M. de 1902 — comme celui de 1899 aux stations du Centre et de l'Auvergne, celui de 1900 aux stations du Sud-Ouest et celui de 1901 aux stations du Dauphiné et de la Savoie — est placé sous la direction scientifique du docteur Landouzy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Sont seuls admis à ce voyage : les médecins français et étrangers et les étudiants en médecine; les femmes des médecins accompagnant leur mari.

Programme. — *Dans la journée du dimanche 7 septembre, concentration, à Vittel, de tous les adhérents à ce voyage.*

Lundi 8 septembre 1902. — A 8 heures, visite de Vittel. A midi, départ en voitures pour Mandres. Arrivée à Contrexéville vers 3 heures. Visite de Contrexéville. Dîner et coucher, hôtel de l'établissement.

Mardi 9. — Départ en chemin de fer à 8 h. 42 pour Martigny. Arrivée à 8 h. 54. Visite. Déjeuner. A 2 heures, départ en voitures pour Bourbonne. Arrivée vers 4 h. 1/2. Dîner. Coucher, hôtel de l'établissement.

Mercredi 10. — Visite de Bourbonne. Déjeuner. Départ en chemin de fer à 1 heure pour Luxeuil. Arrivée vers 4 heures. Visite de la ville. Dîner. Coucher, grands hôtels de l'établissement.

Jeudi 11. — A 8 heures, visite de l'établissement. A 10 h. 30, départ en chemin de fer pour Plombières. Arrivée à 11 h. 30. Déjeuner. Visite de l'établissement. Coucher, aux grands hôtels.

Vendredi 12. — A 7 h. 30 du matin, départ en voitures pour Remiremont par les Feuillées, la Vallée des Roches. Arrivée à 11 h. 30. Déjeuner. A 2 heures, départ en tramway pour Gérardmer. Arrivée à la pointe du Lac vers 3 h. 1/4. A pied par la rive droite du Lac jusqu'à Gérardmer ou continuation facultative par le tramway. Visite. Dîner. Coucher, hôtel de la Poste.

Samedi 13. — A 8 heures, départ en voitures pour La Schlucht. Arrivée à 10 h. 1/2. — A midi déjeuner. A 1 heure, départ en voitures pour Cornimont. Arrivée vers 3 h. 1/2. Départ en chemin de fer pour Bussang. Arrivée vers 6 h. 1/4. Visite. Dîner. Coucher, hôtel de l'établissement.

Dimanche 14. — A 7 heures, départ en voitures pour le Ballon d'Alsace. Arrivée vers 11 heures. A midi, déjeuner. A 1 heure, départ en voitures pour Giromagny. Arrivée vers 3 heures, en chemin de fer pour Besançon par Belfort. Arrivée à Besançon, vers 6 heures. Dîner. Coucher, hôtel de l'établissement.

Lundi 15. — Depart en chemin de fer à 7 h. 1/2 pour Salins. Arrivée vers 9 h. 1/2. Visite. Déjeuner. Excursion. A 5 h. 1/4, départ pour Besançon, arrivée vers 6 h. 30. Dîner. Coucher.

Mardi 16. — Visite de l'établissement de la Moullère. Déjeuner. Dislocation.

Conditions du voyage. — I. Vittel est la première station prise comme point de concentration de tous les voyageurs. Chacun s'y rendra isolément :

Pour arriver à la gare de Vittel (compagnie de l'Est), les compagnies de chemins de fer accordent une réduction de moitié prix à tous les médecins et étudiants en médecine, quel que soit le point de la France d'où ils partent. Pour recevoir, en temps voulu, ce billet de faveur, il est nécessaire d'indiquer très exactement, en s'inscrivant, la gare de départ, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français. Semblable réduction est accordée aux femmes de médecins par toutes les Compagnies de chemins de fer, à l'exception de la Compagnie du Midi.

Chaque voyageur peut arriver à Vittel, à son gré, dans la journée du 7 septembre. Nous assurons le dîner et le coucher, à la condition qu'il nous prévienne dix jours d'avance.

II. De Vittel à Besançon, les voyageurs visiteront en groupe les stations suivantes : Vittel, Mandres (colonie scolaire), Contrexéville, Martigny, Bourbonne-les-Bains, Luxeuil, Plombières, Gérardmer, La Schlucht, Bussang, le Ballon d'Alsace, Salins, Besançon.

Prix à forfait : 200 francs par personne, payable en s'inscrivant. Ce prix comprend tous les frais du voyage, depuis le moment de l'arrivée à Viitel (dans la journée du dimanche 7 septembre au gré de chacun), jusqu'au moment où les voyageurs se sépareront à Besançon (le mardi 16 septembre dans la soirée ou le mercredi matin 17 septembre, au gré de chacun) : trajets en chemin de fer, voiture, hôtel, nourriture, transport des bagages, pourboires.

III. Le mardi 16 septembre, le dernier repas pris en commun sera le déjeuner à Besançon, à onze heures environ. Après le déjeuner, les voyageurs pourront, à leur gré, soit prendre à Besançon les trains pour leur résidence, soit rester à Besançon où nous assurons leur dîner, leur coucher et leur petit déjeuner le lendemain matin.

Pour retourner de Besançon (Compagnie P.-L.-M.) à son lieu de résidence, qui a été son point de départ, chaque médecin ou étudiant en médecine bénéficiera, comme à l'aller, en venant à Vittel, de la réduction de moitié prix sur les chemins de fer. Toutes les Compagnies de chemins de fer — à l'exception de la Compagnie du Midi — accordent la même réduction aux femmes des médecins.

En raison de la courte durée du voyage et des trajets importants en voiture, les voyageurs sont priés de réduire leurs bagages au strict nécessaire et de n'emporter qu'une valise d'un maniement facile. Ils devront veiller sur leurs bagages et en demeurent responsables pendant toute la durée du voyage.

Les Compagnies de chemins de fer, en accordant d'une façon tout à fait exceptionnelle aux adhérents de ce voyage, la faveur de rejoindre isolément, avec des billets à demi-place, la première station de la tournée, Vittel, ont expressément spécifié qu'on s'y rendrait sans arrêt et par la voie la plus directe. Il en est de même pour le retour au lieu de résidence, en quittant la dernière station, Besançon.

Dans le cas où, pour un motif quelconque, le voyage n'aurait pas lieu, les personnes inscrites ne pourront prétendre qu'au remboursement des sommes versées.

Pour s'inscrire, envoyer : I. Son adhésion au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe arrondissement) : 1° son nom et son adresse lisiblement écrits ; 2° l'indicatipn de la gare d'où l'on partira, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français ; 3° le jour de l'arrivée à Vittel.

II. Sa souscription, 200 francs, à M. le directeur du Crédit Lyonnais, Agence B., compte V. E. M., place de la Bourse, Paris.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 25 août 1902, terme de rigueur.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente et unième **semaine**, 802 décès, au lieu de 821 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 910. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 12 ; le nombre des cas nouveaux (60) est encore en augmentation sur celui de la semaine précédente (43) et presque égal à la moyenne (64).

La variole n'a causé aucun décès, comme pendant les deux semaines précédentes ; le nombre des cas signalés à la préfecture de police (6) reste stationnaire et inférieur à la moyenne 15.

La rougeole a causé 15 décès, au lieu de 10 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 21 ; la scarlatine n'a causé que 1 décès (la moyenne est 4) ; la coqueluche a causé 8 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 7 ; la diphtérie 5 décès, au lieu de 17 pendant la précédente semaine (la moyenne est 7) ; c'est la première fois depuis plus de cinq mois que le chiffre des décès de cette affection tombe au-dessous de la moyenne ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins (83) est également en diminution sur ceux des semaines précédentes (118 et 143), mais encore supérieur à la moyenne 57.

La diarrhée infantile tend, ainsi que nous l'avions pressenti, à s'aggraver, elle a causé 67 décès de 0 à 1 an, au lieu de 46 et 36 pendant les deux semaines précédentes (la moyenne est 97) ; nous ne saurions trop insister sur la nécessité pour les mères de famille de veiller à l'alimentation des jeunes enfants et à la parfaite stérilisation du lait qui leur est présenté.

En outre, 21 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 82 décès, au lieu de 81 pendant la semaine précédente et au lieu de 99, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 4 décès (au lieu de la moyenne 9) ; bronchite chronique, 8 (au lieu de la moyenne 13) ; pneumonie, 18 (au lieu de la moyenne 19) ; les autres maladies de l'appareil respiratoire, 52 (au lieu de la moyenne 58), dont 14 sont dus à la congestion pulmonaire et 23 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 187 décès ; la méningite tuberculeuse, 18 ; la méningite simple, 17 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 6 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 41 ; les maladies organiques du cœur, 42 ; le cancer a fait périr 55 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 8 décès ; la cirrhose du foie, 9 ; la néphrite, 27 ; enfin, 29 vieillards sont morts de débilité sénile.

Les empoisonnements par les poissons salés. — En vue de combattre la très grande fréquence des cas d'empoisonnements par les toxines des poissons, l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg vient d'instituer un concours international pour l'élaboration des mesures contre les accidents, provoqués souvent par la consommation des poissons crus salés. Les prix seront de 5 000, de 1 500 et 1 000 roubles. Les mémoires peuvent être écrits en français, allemand, anglais, russe ou latin. Ils doivent être présentés au ministère de l'Agriculture au plus tard le 1er octobre 1903.

Curiosités médicales. — La marquise de Malaspina ne pouvant avoir d'enfants, s'adressa au célèbre Mathieu de Gradi qui

professait au xv[e] siècle à l'Université de Pavie et dont la réputation s'étendait à toute l'Italie.

Voici la consultation qu'envoya aux deux époux le célèbre professeur, et que nous dédions à la commission chargée d'étudier les causes de la dépopulation, espérant que le sénateur Piot, après l'avoir traduite en bon français, la fera parvenir à tous les ménages de France :

« Incipiant verbis delectabilis et gratis, et tactibus mamillarum et partium inferiorum ut uterque eorum ita disponatur, ut si possibile, fiat eadem hora concursus seminis utriusque. Et ut clarius intelligatur, fit adhesio cum muliere usque dum videatur esse desiderans, quod cognoscitur ex immutatione coloris oculorum ad rubedinem, et locutione quasi videatur balbutire et anhelitus notabiliter elevetur, semper pertractando partem quæ jacet inter annulum et vulvam : nam locus ille est delectabile locus. Et quum jam cognovit desiderium ejus, tum ascendat super mulierem et exerceant ad complementum : et postquam compleverint adhuc adhæreat vir mulieri per tempus iterum : et tandem amoveatur quiete ab ea ipsa semper tenentes coxas levatas et strictas per horas duas : non tamen descendat nisi prius percepit corrugationem matricis circa membrum viri et succionem quasi seminis : quo actu completo, quiescat mulier in lecto per tres dies, cavendo a tussi præcipue. » (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 27 juillet 1902.)

Interne demande remplacement août et septembre, de préférence Paris ou environs. — Écrire au journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de technique microbiologique à l'usage des médecins et des vétérinaires, par les docteurs M. Nicolle, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, et P. Remlinger, directeur de l'Institut impérial de bactériologie de Constantinople, médecin-major hors cadres, avec une préface du docteur Roux, membre de l'Institut, sous-directeur de l'Institut Pasteur. 1 vol. in-18 jésus de 1050 p., avec 211 fig. dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Chirurgie du gros intestin, du rectum et de l'anus, par le docteur Gérard-Marchant, chirurgien de l'hôpital Boucicaut. 1 vol. in-18 colomb., cart. toile, de 450 p., avec 39 fig. dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Manuel de diagnostic médical et d'exploration clinique, par les docteurs O. Seifert, professeur à Wurzbourg, et E. Muller, professeur à Marbourg, traduit sur la 10[e] édition allemande, par le docteur L. Marchand. 1 vol. in-8° de 324 p., avec 87 fig., dont 1 pl. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

L'accouchement normal, grossesse, accouchement, suites de couches, par le docteur Léon Vallois, professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de médecine de Montpellier, avec une préface du professeur P. Budin. 1 vol. in-18 de 460 p., avec 59 fig. dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Correspondance du docteur Vitteaut, avec des notes sur sa vie, les hommes et les choses de 1830 à 1902, publiés par lui-même. 1 vol. gr. in-8°, broché. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Michalon, 26, rue Monsieur-le-Prince.

La débilité de l'enfance, ses causes, le remède, étude d'hygiène de l'enfance, par le docteur Léon Leriche. In-8°. — Paris, A. Maloine.

Recherches bactériologiques sur les gangrènes gazeuses aiguës, par le docteur G. Legros, interne des hôpitaux de Paris. In-8°. — Paris, C. Naud.

Causes de notre dépopulation, relèvement de la natalité, secours à la vieillesse, par le docteur E. Maurel, médecin principal de réserve de la marine, chargé de cours à la Faculté de médecine de Toulouse. In-8° de 112 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Dysenterie aiguë et chronique, étiologie, bactériologie, anatomie pathologique, par le docteur A. Galliot, médecin en chef de première classe de la marine, professeur de clinique médicale à l'École des médecins stagiaires de la marine, médecin en chef résidant à l'hôpital maritime Saint-Mandrier de Toulon. Petit in-8°, avec 1 fig. (Encycl. scient. des Aide-Mémoire.) — Prix : broché, 2 fr. 50; cart., 3 fr. — Paris, Masson et C[ie].

Le liquide céphalo-rachidien. Ponction lombaire et cavité sous-arachnoïdienne, par le docteur J.-A. Sicard, chef de clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière. Petit in-8°, avec 13 fig. (Encycl. scient. des Aide-Mémoire.) Prix : broché, 2 fr. 50; cart., 3 francs. — Paris, Masson et C[ie].

Le Directeur-gérant : D[r] François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 90. — MARDI 12 AOUT 1902. 75e ANNÉE. MARDI 12 AOUT 1902. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

HOTEL-DIEU DE LYON. — Professeur A. PONCET.

ACTINOMYCOSE APPENDICULAIRE ACTINOMYCOME ISOLÉ DE LA PAROI ABDOMINALE

ABLATION DE L'APPENDICE
LARGE OUVERTURE DE LA TUMEUR ABDOMINALE; GUÉRISON

Par le docteur L. THÉVENOT, chef de clinique.

Dans leur *Traité clinique de l'actinomycose humaine* (Paris, 1898), MM. Poncet et Bérard ont donné de l'actinomycose abdominale une description très complète à laquelle il semble qu'il n'y a rien à ajouter. Ils l'ont envisagée dans ses différentes formes, et l'actinomycose appendiculo-cæcale s'y trouve magistralement décrite. Notre intention n'est donc pas d'apporter des éléments nouveaux à l'étude de cette question. Nous voulons simplement montrer, et une fois de plus, que l'actinomycose abdominale, toujours à point de départ intestinal, se rencontre volontiers, que l'appendicite actinomycosique peut se présenter avec tous les caractères de l'appendicite infectieuse vulgaire : accidents appendiculaires aigus, rechute, etc., mais que les lésions profondes pariétales doivent par elles-mêmes éveiller l'attention du clinicien et faire songer sérieusement à des manifestations actinomycosiques. Ce diagnostic offre d'autant plus d'intérêt que là plus qu'ailleurs, en raison de la marche des lésions, des associations microbiennes fréquentes, etc., qui aggravent le pronostic, le traitement, ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de l'écrire, a d'autant plus d'action qu'il est plus précoce. Il se compose, on le sait, non seulement d'interventions chirurgicales, mais d'administration méthodique de KI à haute dose et, le plus souvent, lorsque ce médicament est toléré, à la dose de 6 à 8 grammes par jour.

Nous avons suivi récemment une malade qui se présentait dans les conditions auxquelles nous venons de faire allusion et dont l'histoire est des plus instructives.

Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, sans passé pathologique en dehors de troubles gastro-intestinaux survenant de temps à autre, et qui, dès la vingtième année, exigèrent quelques soins, la malade ayant été atteinte à cette époque, dit-elle, d'une gastrite. C'est au mois d'octobre 1901 que, sans cause appréciable, se produisirent tout à coup des symptômes d'un état infectieux mal défini, avec, semble-t-il, une localisation intra-abdominale diffuse sans point de départ précis. Puis, pendant cinq à six semaines, l'état général laissa beaucoup à désirer, lorsque survint inopinément un orage péritonéal aigu à point de départ nettement appendiculaire. Deux autres crises semblables, caractérisant l'appendicite à répétition, apparurent dans les quatre mois qui suivirent, en même temps que survenait une tumeur de la paroi abdominale siégeant en un point anormal pour une tuméfaction d'origine appendiculaire. Elle semblait appartenir en effet au grand droit du côté droit plutôt qu'au reste de la sangle abdominale. L'opération qui fut pratiquée (incision de la tumeur, résection de l'appendice) démontra la nature actinomycosique de l'affection.

Voici du reste cette observation détaillée, que nous nous contenterons de faire suivre de quelques commentaires qui s'imposent à la réflexion.

OBSERVATION. — *Actinomycose appendiculaire. Actinomycome isolé de la paroi abdominale. Ablation de l'appendice. Large ouverture de la tumeur abdominale. Traitement ioduré. Guérison.* — Mlle A. G..., âgée de quarante-cinq ans, directrice des postes dans un petit village du Dauphiné, se présente à M. Poncet le 25 avril dernier, date à laquelle elle entre à l'Institut Saint-Louis. Elle vient, dit-elle, pour une appendicite dont la première attaque eut lieu le 27 novembre 1901. L'histoire pathologique de cette malade commence aux premiers jours du mois d'octobre 1901. Jusqu'alors, quoique étant d'une santé délicate, elle s'était bien portée. A l'âge de dix-neuf ans, elle aurait présenté des troubles gastriques avec réflexes cardiaques et, depuis lors, elle paraît avoir eu de temps à autre quelques accidents de gastro-entérite.

Soit dans ses antécédents héréditaires, soit dans son passé personnel, on ne trouve aucune tare, tuberculeuse ou autre.

Le début de l'affection actuelle remonte à dix mois environ. Le 7 octobre 1901, la malade, qui était venue à Lyon voir sa famille, fut prise subitement, deux ou trois heures après son déjeuner, alors qu'elle avait eu son appétit habituel et que rien dans ce dernier repas ne pût en donner l'explication, d'un malaise général indéfinissable. Elle éprouva des sensations douloureuses dans les membres

supérieurs, et, en même temps, des douleurs dans tout l'abdomen, qui n'étaient pas, dit-elle, des coliques, mais un endolorissement particulièrement pénible, s'étendant à tout le ventre sans localisation et sans point de départ précis. Bientôt survenait un frisson avec claquement de dents malgré, fait remarquer la malade, une impression désagréable de chaleur qui persista pendant quelques jours et qui laissa supposer une température élevée. Elle dut garder le lit pendant cinq à six jours, ayant alors une fièvre intense, des frissons répétés, une céphalée persistante, et surtout une très grande lassitude.

Pendant cette première phase pathologique, elle ne vit pas de médecin, et, huit jours après, quoique encore très souffrante, elle put quitter Lyon pour retourner chez elle.

Elle était alors très faible, son visage avait une teinte jaune terreux qui, à son retour, frappa son entourage. Tout signe d'orage péritonéal avait disparu, mais il persistait de l'anorexie, et une constipation opiniâtre.

C'est dans ces conditions que Mlle G... reprit ses occupations de directrice des postes. Elle ne remplissait ses fonctions qu'avec peine, sa santé générale, faisait-elle remarquer, « était très languissante, elle était loin de se remettre ». Elle se levait très tard et il lui arrivait souvent dans la journée de se coucher pendant quelques heures.

Cet état restait sensiblement stationnaire, lorsque, dans la nuit du 27 novembre 1901, la malade fut prise tout à coup, vers une heure du matin, d'une prétendue indigestion, que rien, du reste, dans son repas du soir, ne paraissait justifier. Elle éprouva une douleur d'abord lente, continue, à point de départ très net dans le côté droit au niveau de la région appendiculo-cæcale. Cette douleur devint très vive et s'accompagna de vomissements, de nausées, qui ne laissaient aucun doute sur leur nature et leur point de départ appendiculaire. Cet orage péritonéal ne prit fin que vers le septième ou le huitième jour; pendant tout ce temps, il y eut des nausées et des vomissements, avec constipation persistante. Elle dut garder le lit à cette époque pendant un mois et demi. Les médecins qui la soignèrent, le docteur Souze (de Saint-Geoire) et le docteur Dumarest (de Voiron), portèrent le diagnostic d'appendicite.

Ils avaient constaté, en outre, de l'empâtement dans la fosse iliaque droite. La convalescence ne marchait pas vite, et, sans éprouver de douleur particulièment vive, la malade sentait toujours son ventre et elle était restée dans l'impossibilité de reprendre ses occupations. Au commencement de février 1902, nouvelle crise moins aiguë que la première et qui obligea Mlle G... à garder le lit pendant cinq à six jours. A partir de ce moment, il y eut une détente et une amélioration sensible jusqu'au 6 avril dernier. Dans cet intervalle, elle s'était aperçue d'une tuméfaction dure, siégeant au voisinage de la ligne médiane, dans la portion sous-ombilicale droite, à 5 ou 6 centimètres au-dessus du pubis. Ses médecins firent la même constatation.

La convalescence paraissait devoir se terminer, lorsqu'une troisième crise appendiculaire très aiguë, avec douleur intense pendant huit jours, survint le 6 avril. Le même traitement fut institué comme par le passé, repos au lit, alimentation lactée, etc. Quinze à vingt jours après, la malade venait à Lyon et entrait dans une maison de santé pour y suivre un traitement chirurgical.

L'examen qui fut fait alors révéla les particularités suivantes : le ventre était légèrement ballonné, et une pression méthodique dans la fosse iliaque droite faisait naître la douleur caractéristique d'une lésion appendiculaire. A ce niveau il n'existait aucune tuméfaction, aucun empâtement, mais on remarquait une tumeur abdominale qui occupait un siège anormal pour une tuméfaction d'origine appendiculaire. Cette tumeur, sur laquelle la malade appelait du reste l'attention, était située un peu au-dessus d'une ligne passant par l'épine iliaque antéro-supérieure et perpendiculaire à la ligne médiane ; son bord externe répondait à celui du grand droit du côté gauche. Cette masse, qui paraissait occuper la paroi abdominale, et qui, par certains caractères, pouvait rappeler un noyau épiploïque chroniquement enflammé, était particulièrement dure, ligneuse; par sa consistance, elle rappelait les fibromes bien connus de la paroi abdominale. Elle était hémisphérique et formait un plastron du volume de la moitié d'une grosse mandarine. Elle faisait corps intime avec la sangle musculo-aponévrotique aux dépens de laquelle elle paraissait s'être développée. On ne lui trouvait pas de prolongements dans la cavité abdominale. Ajoutons qu'elle était un peu douloureuse à la pression.

Le diagnostic fut donc : appendicite à répétition, avec tumeur de la paroi abdominale à siège et à caractères insolites, due peut-être à un noyau de vieille épiploïte (?).

Du 24 avril au 2 mai, Mlle G... fut tenue en observation et préparée à une intervention chirurgicale nécessaire. Pendant ces quelques jours, la tumeur pariétale, dont le volume resta sensiblement le même, devint à peu près indolente. Elle conservait sa lignosité spéciale.

Opération le 2 mai. Anesthésie à l'éther. M. Poncet fait une incision sur la partie médiane la plus saillante de la tumeur, incision perpendiculaire à son grand axe. La peau est indemne de toute altération, elle glisse facilement sur les plans sous-jacents. A en juger par l'hémorragie, le tissu cellulaire sous-cutané est très vasculaire, la couche musculo-aponévrotique sous-jacente fait complètement corps avec la masse indurée qui l'englobe si intimement que l'on croirait de suite inciser un fibrome. Ce tissu scléreux, fibro-lardacé, est difficilement sectionné, avec la pointe du bistouri. On tombe alors sur une masse molle, ressemblant grossièrement à des fongosités encéphaloïdes et qui sont enlevées avec la curette. Cette masse pulpeuse, grisâtre, est contenue dans des géodes creusées dans le noyau fibreux. Il semble qu'en certains points il y ait un peu de pus jaunâtre. En présence de ces caractères anatomiques associés, M. Poncet pense alors à de l'actinomycose.

L'incision à travers le fibrome est poursuivie méthodiquement et l'on arrive ainsi dans la cavité abdominale. L'épiploon est adhérent, au niveau de la tumeur, au péritoine pariétal; il est rouge, carnifié, très vasculaire ; il en est de même de l'intestin que l'on aperçoit. Particularité à signaler : la péritonite est complètement sèche, il ne s'écoule pas une goutte de liquide après l'ouverture du péritoine et dans les manœuvres intra-abdominales ultérieures. Le cæcum distendu présente des parois rouges, épaissies, mais sans autre caractère pathologique cependant que les anses intestinales voisines. Il est amené au dehors, non sans difficultés, dans la plus grande partie de sa masse, mais il est fixé par son fond. Recherche d'abord inutile de l'appendice, section entre deux pinces de trois à quatre larges bandelettes épiploïques masquant le champ opératoire. C'est en tâtonnant, et en se portant en bas et en dehors du côté de l'arcade crurale, que M. Poncet découvre l'appendice qu'il amène au dehors avec l'index en crochet. L'appendice est incurvé en fer à cheval; par son sommet, il était adhérent au péritoine pariétal au niveau de la tumeur. Il est rouge, épaissi, rénitent, et manifestement malade. La résection de cet organe est pratiquée suivant les règles habituelles : ligature circulaire à un centimètre au-dessus de l'embouchure, enfouissement du pédicule. La plaie est, de parti pris, laissée complètement ouverte : aucun point de suture. Cautérisation au fer rouge des tranches de la tumeur pariétale, cautérisation interstitielle de ces masses ; large drainage avec des mèches de gaze iodoformée ; pansement à ciel ouvert.

Les suites opératoires furent des plus simples. Elles n'offrirent aucune particularité, en dehors de quelques coliques

de temps à autre et d'une constipation qui exigea, tout d'abord, des lavements glycérinés et, dans la suite, quelques laxatifs légers. Dès le premier jour, la malade se trouve soulagée et la douleur qu'elle pouvait éprouver ne ressemblait, disait-elle, en rien aux douleurs antérieures. Le premier pansement fut laissé en place pendant six à huit jours, et les mèches intra-abdominales, ainsi que les pièces de pansement et la gaze qui tamponnaient la plaie, ne furent complètement enlevées que vers le douzième jour. La plaie était alors granuleuse, de très bon aspect et on continua de la panser tous les deux ou trois jours.

Lorsque la période réactionnelle eut été passée, Mlle G... fut soumise à un traitement ioduré qui fut institué le 16 mai. Elle arriva rapidement, par doses progressives, à prendre 6 à 8 grammes d'iodure de potassium par jour. En même temps, de larges badigeonnages étaient faits sur la peau avoisinant la plaie et, soit par l'application directe de teinture d'iode sur les bourgeons, soit par des cautérisations énergiques avec le crayon de nitrate d'argent, on agissait sur les bourgeons charnus.

La rétrocession de la masse indurée sur le milieu de laquelle avait porté l'incision opératoire ne se fit que lentement et ce dernier caractère témoignait encore de la nature spéciale de ce fibrome inflammatoire.

Le 21 mai, la malade commença à se lever et, le 10 juin, elle quittait la maison de santé. Son état général s'était notablement amélioré et, quant à l'état local, il était celui d'une surface granuleuse tendant à s'épidermiser, mais on constatait encore un plastron induré qui avait cependant notablement diminué.

Le 25 juin, la malade se présentait de nouveau à notre observation. Le traitement ioduré avait été continué dans cet intervalle à la même dose ainsi que les badigeonnages iodés et les pansements. La guérison faisait des progrès rapides.

Nous avons revu Mlle G... le 21 juillet dernier. Elle se dit complètement guérie, sa santé serait en effet parfaite, et, à en juger par son visage dont la peau a pris une teinte tout à fait naturelle, par opposition à la coloration jaune terreux qu'elle avait présenté pendant tout le cours de la maladie, elle semble très bien portante. La plaie est cicatrisée et toute induration a disparu. Depuis quelque temps, la malade s'alimente comme par le passé, ses digestions sont normales et elle se dispose à reprendre ses occupations professionnelles. Quoiqu'il n'y ait aucun signe d'éventration abdominale, on lui conseille le port d'une sangle élastique. Elle devra également, pendant trois mois environ, et vingt jours par mois, continuer l'emploi de l'iodure de potassium aux mêmes doses de six à huit grammes par jour.

Le diagnostic clinique d'actinomycose fut confirmé par les recherches histologiques effectuées au laboratoire de la Clinique par M. le docteur Louis Dor. A l'incision de l'appendice qui était tuméfié dans toute sa masse, avec des tuniques épaissies, il s'écoula une certaine quantité de pus dans lequel l'examen histologique ne révéla ni grains jaunes, ni mycélium. La muqueuse était rouge, boursouflée, mais, en aucun point, on ne constatait de signe de perforation ancienne ou récente. L'appendice allongé ne présentait aucun corps étranger, aucun rétrécissement, son calibre était uniforme dans toute sa longueur.

C'est dans les fongosités enlevées que l'on trouvait un tison inflammatoire rappelant celui des productions pathologiques du même ordre, enfin le mycélium caractéristique du champignon rayonné.

Le diagnostic d'actinomycose étant certain, Mlle G... fut interrogée avec soin au point de vue du mode possible de contamination. Elle raconta alors qu'elle avait l'habitude, pendant des promenades fréquentes à la campagne, de froisser dans ses mains des épis de blé, d'orge, et d'en manger volontiers les grains. Elle fit en outre cette remarque, c'est que, pendant la belle saison de l'année 1901, elle croit s'être complètement abstenue de cette manière de faire dont elle était coutumière auparavant. Cette étiologie mérite d'autant plus dans l'espèce d'être prise en considération que Mlle G... ne paraît pas avoir été en contact avec des animaux malades et que l'on ne trouve pas d'autre mode de contamination appréciable.

Il semble que, chez Mlle G..., l'infection a été le fait de l'ingestion de grains de blé, d'orge, ou peut-être mieux encore de fragments de barbe de ces épis chargés de parasites. Cette étiologie, presque banale en raison du grand nombre de faits dans lesquels elle a été signalée, nous paraît ici encore des plus acceptables.

Ne savons-nous pas en effet, ainsi que l'ont montré MM. Poncet et Bérard, que, dans maintes circonstances, au cours soit des opérations, soit mieux encore des autopsies faites avec très grand soin, on a trouvé le corps du délit, l'agent initial de l'infection, le plus souvent un fragment de végétal, un débris de barbe d'épi, qui avaient permis l'introduction du parasite dans les tissus et en particulier dans le tube intestinal, et qui lui avaient servi non seulement de véhicule, mais encore de support pour une greffe féconde?

Il est un autre point qui mérite également d'être mis en relief : c'est celui qui est relatif à l'incubation probable du champignon rayonné, et à ses premières manifestations. Mlle G... raconte en effet que, dans le cours de l'année 1901, le début des accidents remontant au mois d'octobre de cette même année, elle s'était abstenue de la fâcheuse habitude de mâcher des grains d'orge, de blé, le cas échéant. L'ingestion du parasite remonterait donc aux années précédentes. Cette hypothèse n'a rien qui doive nous étonner, car nous savons, par de nombreuses observations, que l'actinomycose peut, pendant un temps parfois très long, pendant des mois et des années, revêtir l'aspect du microbisme latent, soit que le parasite sommeille en quelque sorte, soit que la défense de l'organisme lui barre le chemin.

En dehors des conditions locales que nous connaissons mal d'une telle greffe parasitaire, toute cause qui diminue la résistance de l'organisme est, par cela même, susceptible de favoriser son inoculation. A ce moment, que sa virulence soit augmentée, que la défense organique ait fléchi, sa mise en action peut alors se révéler par les symptômes généraux d'une infection aiguë, dont les caractères sont, jusqu'à plus ample informé, ceux de beaucoup d'autres états infectieux, et qui ne permettent certainement pas un diagnostic causal. C'est ainsi que, chez notre malade, la maladie paraît avoir débuté, le 8 octobre, par tous les signes d'une infection aiguë : malaise général intense, frissons, fièvre, abattement, avec douleur intra-abdominale diffuse, etc.; puis, au bout de quelques jours, un calme relatif s'établit et sept semaines après, éclatent brusquement les signes d'une appendicite aiguë dont les caractères ne sauraient être différenciés de ceux de l'appendicite habituelle. Que s'est-il produit dans cette première phase de la maladie? Une toxémie à n'en pas douter, d'origine actinomycosique, toxémie qui doit bien présenter certains symptômes particuliers, mais qui jusqu'à présent, par leur plus ou moins grande subjectivité, ne nous paraissent point encore capables d'être rapportés à leur cause véritable.

Plus tard, les accidents infectieux, nettement d'origine appendiculaire, ont toute l'allure de ceux des appendicites

aiguës classiques. Il est cependant la plupart du temps, dans la tuméfaction qui survient, certains signes capables d'éveiller le diagnostic des lésions actinomycosiques.

Que la tuméfaction siège en effet au lieu d'élection, ou que les accidents appendiculaires aient un ou plusieurs sièges anormaux (cette erreur de siège étant par elle-même un des meilleurs signes indicateurs de la possibilité d'une actinomycose), elle se présente sous un aspect spécial. Elle est souvent diffuse, mal limitée, mais un de ses caractères essentiels est une dureté presque pathognomonique, fibroïde, ligneuse, allant parfois jusqu'à la consistance d'une masse ostéo-cartilagineuse. Pendant une période tout au moins, il s'agit d'un véritable sclérome. Il en était tellement ainsi chez notre malade, alors que la tuméfaction occupait précisément une région en quelque sorte extra-appendiculaire, que, parmi les médecins qui eurent l'occasion de l'examiner, plusieurs songèrent à un fibrome pariétal concomitant d'une appendicite. On ne saurait, en effet, oublier que l'actinomycose paraît le plus souvent une association de lésions néoplasiques et inflammatoires.

Une autre question des plus intéressantes dans le cas que nous relatons est le mode d'invasion du champignon partant de l'appendice pour gagner le péritoine pariétal et les couches sus-jacentes. Nous avons, en effet, fait remarquer que l'appendice malade n'offrait à l'examen le plus attentif aucune ulcération de la muqueuse, aucun signe de perforation récente ou ancienne. Le point de départ de l'infection actinomycosique paraît bien être cependant cet organe qui renfermait du pus et dont les tuniques étaient le siège d'une réaction inflammatoire des plus nettes, tandis que le cæcum et les anses intestinales voisines n'étaient le siège d'aucune lésion accusée, en dehors d'une teinte rouge de leur séreuse, comme du reste de toute la séreuse péritonéale. Il existait bien, ainsi que nous l'avons fait remarquer dans le cours de l'observation, des adhérences unissant l'extrémité de l'appendice au péritoine pariétal sous-jacent à l'induration, mais c'était là le seul rapport de l'appendice avec lui. Aussi, ne nous semble-t-il pas que l'infection pariétale soit le fait d'une transmission directe d'agent pathogène par continuité. Il paraît plus rationnel d'admettre que l'infection des organes voisins, péritoine, paroi abdominale, se soit faite par une diapédèse des globules blancs chargés de spores, les adhérences appendiculo-pariétales ayant joué le rôle de brûlot. Cette diapédèse nous rend en même temps compte de la péritonite diffuse existante qui avait bien les caractères de la péritonite classique actinomycosique. Il s'agissait d'une péritonite sèche, sans le moindre exsudat.

Nous n'ignorons cependant pas, avec MM. Poncet et Bérard, que le propre des lésions actinomycosiques ulcéreuses de l'intestin est souvent de ne laisser aucune trace de leur présence. Les ulcérations se cicatrisent derrière le parasite qui émigre dans les tissus voisins, et le point de départ de cette émigration peut être ainsi dissimulé : la plupart du temps, l'infection se fait donc de proche en proche par continuité.

En terminant ces quelques considérations, appelons une dernière fois l'attention sur l'efficacité, dans les cas de ce genre, du traitement médico-chirurgical. Largement incisés, drainés, les foyers actinomycosiques doivent toujours être pansés à ciel ouvert. Toute suture est absolument contre-indiquée, car il faut bien laisser portes et fenêtres ouvertes aux parasites que l'on a parfois, malgré ces ouvertures voulues, tant de peine à dépister. Il faut, en outre, donner du KI à haute dose, suivant la tolérance du malade et, soit par des applications directes de teinture d'iode dans le foyer et à son pourtour, soit par des cautérisations énergiques avec le nitrate d'argent, modifier la plaie, l'assainir, en favoriser enfin la cicatrisation. Ce traitement local s'impose comme le traitement général tant que l'induration si caractéristique de placards actinomycosiques n'a pas complètement disparu.

MÉDECINE PRATIQUE

Hygiène et diététique dans la fièvre typhoïde (1).

Par le professeur G. Rauzier (de Montpellier).

La fièvre typhoïde est une maladie toxi-infectieuse, épidémique (le bacille d'Eberth étant surtout transmissible par l'eau), peu contagieuse (et presque exclusivement par la dissémination des germes contenus dans les garde-robes), favorisée par le surmenage, l'encombrement et la chaleur, rechutant facilement, puis conférant une immunité relative. Sa lésion la plus constante siège dans la partie terminale de l'intestin grêle et dans le cæcum : elle consiste dans la tuméfaction, l'ulcération et la cicatrisation ultérieure des plaques de Peyer.

Indications hygiéniques. — I. Éviter l'ingestion de tout aliment susceptible d'exercer, au niveau des plaques ulcérées, une irritation fâcheuse.

II. Veiller à la liberté du ventre et favoriser la diurèse.

III. Soutenir les forces du malade, compromises par une longue évolution.

IV. Prévenir la transmission infectieuse.

1° Traitement hygiénique. — I. Installer le malade, dès le diagnostic acquis ou supposé, dans une chambre vaste et aérée, que l'on débarrassera de tous tapis, rideaux et tentures, et que l'on maintiendra jour et nuit à une température de 16 à 18 degrés. Couvrir modérément le malade. Demi-obscurité, calme et silence. Aérer la chambre plusieurs fois par jour. — Prendre la température axillaire ou rectale, en principe toutes les trois heures. — Couper les cheveux ras (ils sont presque à coup sûr destinés à tomber au moment de la convalescence) ; en cas de refus, chez la femme, natter solidement la chevelure pour éviter une agglomération broussailleuse, cause de gêne et de douleur.

II. Les bains tièdes font partie de l'hygiène du typhoïsant; on les donne habituellement à 32 degrés et de quinze minutes de durée; leur nombre varie, le plus souvent, de 2 à 4 par jour. Au sortir du bain, le malade est placé, sans être essuyé, dans une couverture en laine ou en coton, étendue sur son lit et légèrement chauffée; on l'enferme hermétiquement dans la couverture, en ayant soin de plier chaque membre inférieur, isolément, dans un pan de la couverture, et d'interposer entre les bras et le thorax un carré de flanelle. Une bouillotte d'eau chaude est placée aux pieds, et le reste des couvertures, préalablement roulé au fond du lit, est ramené sur le malade. Ce dernier demeure vingt à vingt-cinq minutes emmailloté de la sorte; pour éviter toute fatigue au patient au moment de remettre son linge, il est bon d'ouvrir, en arrière et sur la ligne médiane, les chemises qu'il portera pendant sa maladie, de façon à n'avoir qu'à les appliquer sur la partie antérieure du corps, sans faire asseoir le malade.

La température doit être, de temps en temps, prise une demi-heure après le bain pour apprécier l'action de ce dernier sur la thermogenèse.

(1) *Montpellier méd.*, 13 juillet 1902.

Les bains frais ou froids, le bain progressivement refroidi, les affusions, constituent des interventions thérapeutiques à proprement parler et n'appartiennent point à l'hygiène du typhoïsant.

III. Nettoyer l'orifice buccal, deux fois par jour, avec un fragment de citron, et laver la cavité buccale, à plusieurs reprises dans la journée, avec de l'eau de Vichy additionnée, par litre, de x gouttes d'essence de menthe.

IV. Laver, deux fois par jour, le gros intestin avec un litre d'eau fraîche préalablement bouillie. En cas de constipation, ou s'il y a d'autres indications à remplir, ce lavement peut servir de véhicule à des substances médicamenteuses.

Chaque garde-robe doit être examinée avec soin, de manière à surprendre la moindre trace de mélæna.

V. Alimentation exclusivement liquide pendant toute la durée de la fièvre : administrer toutes les deux heures, en alternant, un bol de lait, de bouillon (additionné d'une cuillerée à soupe de jus de viande pendant la deuxième période de la maladie) ou de chocolat clair; toutes boissons données chaudes ou à la température de la chambre au gré du malade. Dans les intervalles des prises alimentaires : eau vineuse, eau alcoolisée, limonade crue ou cuite, thé ou café léger (additionné d'une cuillerée à café de rhum par tasse), bière légère, décoction de céréales. Favoriser l'ingestion abondante des boissons (lavage interne) : 3 à 4 litres environ par vingt-quatre heures, y compris les liquides alimentaires.

VI. Rechercher tous les deux ou trois jours la présence de l'albumine dans les urines et, en cas de résultat positif, mettre le malade au régime lacté absolu.

VII. Modifier de temps en temps le décubitus du malade pour éviter la stase bronchique et les escarres; veiller à la propreté de la région fessière, qu'on maintiendra soigneusement à l'état sec.

VIII. Prudence extrême au moment de la *convalescence.* Prévenir le malade et son entourage des dangers d'une alimentation prématurée. N'autoriser le premier potage que le matin du troisième jour qui suivra l'apyrexie complète (audessous de 37 degrés matin et soir);

Le quatrième jour, potage matin et soir;

Le cinquième jour, potage et œuf le matin;

Le sixième jour, potage et œuf matin et soir;

Le septième jour, potage accompagné de cervelle ou poisson;

Le huitième jour, côtelette avec un peu de pain.

A partir de ce moment, accroître l'alimentation suivant une lente et quotidienne progression; ne point autoriser de longtemps les crudités, les légumes pourvus d'une enveloppe celluleuse, les fruits à pépins. Veiller à ce que le sujet mange lentement et mâche aussi complètement que possible les aliments.

Permettre au malade de se lever le lendemain du jour où il aura pris sa première côtelette; il restera levé une heure le premier jour (de préférence entre deux et trois heures de l'après-midi), deux heures le lendemain, trois à quatre heures le surlendemain; et ainsi de suite. Autoriser la première sortie huit jours après le lever, sauf contre-indication.

2° Prophylaxie. — A. *Prophylaxie individuelle.* — I. En temps d'épidémie, traiter énergiquement tout embarras gastro-intestinal, la période dite prodromique de la dothiénentérie n'étant bien souvent qu'un malaise indépendant de l'infection éberthienne, et à la faveur duquel celle-ci se développe.

II. Ne boire que de l'eau bouillie ou filtrée (filtre Chamberland), ou additionnée d'alun dans la proportion de 0,20 centigrammes par litre, ou encore une eau minérale authentique. Faire bouillir le lait et laver les légumes avec de l'eau aseptique.

B. *Prophylaxie de l'entourage du malade.* — I. Isolement relatif, la maladie étant peu contagieuse par l'air. Le contact de ceux qui approchent le typhique, l'entrée de sa demeure, ne doivent point être redoutés, à l'instar de ce qui se passe dans les cas de fièvres éruptives ou de diphtérie.

II. Désinfecter soigneusement les garde-robes et les cabinets avec une solution de sulfate de cuivre à 60 grammes par litre, de sublimé au millième, ou de sulfate de fer au dixième.

Les personnes qui soignent le malade doivent revêtir une blouse et se laver les mains avec attention après avoir touché le patient, ses vêtements ou sa literie; elles prendront leurs repas en dehors de la chambre du typhoïsant.

III. Ne point donner le linge du malade à blanchir sans désinfection préalable. Envoyer tout le linge à l'étuve; en l'absence d'étuve, désinfection au lessif bouillant, dans la maison même.

IV. La maladie une fois terminée, envoyer à l'étuve toutes les étoffes et les divers tissus contenus dans la chambre du malade; désinfecter la chambre à l'acide sulfureux ou au formol; laver les meubles et le parquet avec une solution de sublimé au millième.

C. *Prophylaxie publique.* — I. En cas d'épidémie, faire analyser les eaux destinées à l'usage courant de la population, et soustraire à la consommation les eaux infectées ou purement suspectes.

Alimenter, autant que possible, les villes en eau de source, « et la conserver pure tant dans le trajet d'amenée que dans le réseau de distribution urbaine ». (Brouardel et Thoinot.)

Porter à la connaissance du public les mesures de prophylaxie individuelle indiquées plus haut.

II. Pousser à la généralisation du tout à l'égout. Veiller à ce que les égouts ou les fosses d'aisances d'une part, les conduites d'eau d'autre part, soient étanches, et que des filtrations ne puissent s'opérer.

III. En temps d'épidémie typhique, ceux qui ont la direction et la responsabilité de certaines agglomérations d'individus (armée, établissements d'enseignement) doivent veiller, dans la mesure du possible, à l'observation des règles relatives à la prophylaxie individuelle, et s'abstenir de provoquer et de favoriser le surmenage de leurs administrés. — Dissoudre et licencier une agglomération sérieusement envahie.

IV. La fièvre typhoïde fait partie du groupe des maladies épidémiques soumises à la déclaration obligatoire (loi de 1892).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les aveugles à travers les âges, la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts avec une statistique sur les causes de la cécité, basée sur 2000 observations. — **L'hospice des Quinze-Vingts moderne** (1), par le docteur Constantin Golesceano, préface du docteur J.-V. Laborde, membre de l'Académie de médecine, directeur des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Paris.

Dans un volume de 270 pages, avec 20 photogravures dans le texte, l'auteur montre la richesse des documents pour tout ce qui touche à l'amélioration du sort des aveugles.

Dans une première partie, les principaux chapitres sont : *Les aveugles à travers les âges.* L'institution nationale des jeunes aveugles, la Société d'assistance pour les aveugles, l'éducation de l'aveugle, et les considérations psycho-physiologiques de l'enfant aveugle, l'école Braille, les aveugles en France et à l'étranger, etc., etc.

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, A. Maloine.

La deuxième partie de la clinique et du pavillon d'isolement fait ressortir, outre des chapitres intéressants :

L'historique et le fonctionnement actuel de la clinique, les grandes opérations, les conditions à remplir pour se faire opérer, le laboratoire de la clinique, les statistiques des opérés, les malades traités et hospitalisés depuis la fondation de la clinique, le traitement du larmoiement et de toutes les affections graves de l'œil;

Le fonctionnement du pavillon d'isolement, le traitement des ophtalmies purulentes et de la conjonctivite granuleuse. Des tableaux comprenant 2000 observations détaillées avec réflexions et conclusions importantes sur les causes de la cécité en font une partie tout originale de l'ouvrage.

La troisième partie « Hospice », outre la richesse des documents, traite :

Les conditions d'admissibilité à l'hospice, la situation de l'aveugle autrefois et aujourd'hui, le régime, les occupations des pensionnaires, l'éducation des enfants des pensionnaires;

Enfin une bibliographie très détaillée sur tout ce qui touche au sort de l'aveugle.

Ce travail, par la mise au point et l'importance du sujet, occupera sans doute place dans toute bibliothèque et sera certainement consulté par tous ceux que la question intéresse.

F. R.

Dysenterie aiguë et chronique. Étiologie, bactériologie, anatomie pathologique (1), par M. A. Galliot, médecin en chef de première classe de la marine, ancien professeur de clinique médicale à l'École des médecins stagiaires de la marine, médecin en chef résidant à l'hôpital maritime Saint-Mandrier.

M. Galliot a consacré deux volumes à condenser ce que l'on sait aujourd'hui sur la dysenterie aiguë et chronique, en s'inspirant surtout des travaux des médecins de la marine et particulièrement de l'École de Toulon, dont MM. Bertrand et Fontan sont les représentants les plus autorisés. Uniciste comme ces distingués observateurs, il affirme, après eux et bien d'autres, que la dysenterie procède d'un même virus, qu'elle soit endémique ou épidémique, nostras, ou intertropicale. Il soutient également que la diarrhée chronique dite « de Cochinchine » n'est qu'une dysenterie chronique revêtant les caractères d'une entéro-colite.

L'œuvre de M. Galliot, bien que conçue sous la forme d'un résumé, peut être considérée comme la monographie la plus complète qui existe actuellement sur cette affection.

Dans le premier volume, l'auteur s'occupe d'abord de l'historique et de la distribution géographique, de la maladie, en montrant, chemin faisant, toute l'importance de cette étude au point de vue étiologique. Il entre ensuite dans des détails circonstanciés sur les causes de la dysenterie, causes qu'il divise en essentielles (bacillaires) et secondes, dont la plus importante est l'ingestion d'une eau souillée de matières animales, suivie d'un refroidissement plus ou moins relatif.

L'exposé des différentes doctrines bactériennes qui ont eu cours dans ces dernières années sur la pathogénie de cette affection est fait avec le développement nécessaire que comporte cette partie importante de son histoire.

Après avoir analysé sur ce sujet les travaux de MM. Calmette, Chantemesse et Widal, Kartulis, Arnaud, Roger, Moreul et Rieux, il expose avec détail la découverte du coccobacille dysentérique par M. Lesage dont les recherches se sont effectuées sous ses yeux dans son service à l'hôpital Saint-Mandrier. Faisant ressortir toute l'importance de la nature septicémique de la dysenterie, ce qui découle de la présence d'un coccobacille dans le sang des malades qui en sont atteints, il en indique les conséquences pour la thérapeutique à intervenir dans l'avenir.

Le chapitre bactériologique se termine par une vue d'ensemble des théories pathogéniques, qui n'est en somme qu'un résumé de l'histoire des doctrines ayant cherché à expliquer l'invasion de l'organisme par le virus dysentérique.

La fin du premier volume est consacrée à l'anatomie pathologique envisagée séparément pour la dysenterie aiguë et pour la dysenterie chronique, dont les détails ont été puisés dans les travaux de Kelsch, Kiener et Fontan. S. L.

(1) Petit in-8°. (Encycl. scient. des aide-mémoire.) Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Tableaux synoptiques pour l'examen bactériologique de l'eau (1), par M. P. Goupil, pharmacien de première classe.

Le chimiste ou le pharmacien qui fait une analyse n'a pas le temps de lire de longues descriptions : la collection de *Tableaux synoptiques* leur rendra les plus grands services et est appelée à devenir le *vade-mecum* de tous les laboratoires.

La collection comprend 10 volumes : les *Tableaux synoptiques pour l'analyse des urines* de M. Drevet, les *Tableaux synoptiques pour l'analyse des engrais, — des vins, de la bière, du cidre et du vinaigre, — du lait, du beurre et du fromage, — l'analyse chimique de l'eau, — l'examen bactériologique de l'eau*, par M. Goupil, les *Tableaux synoptiques pour l'examen et l'analyse des conserves alimentaires, — des tissus et fibres textiles, des farines*, par M. Manget, enfin les *Tableaux synoptiques de bactériologie médicale*, par M. Dupont. Voici un aperçu des matières traitées dans les *Tableaux synoptiques pour l'examen bactériologique de l'eau*, qui viennent de paraître :

I. *Généralités.* — I. Instruments. — II. Appareils pour la stérilisation et les cultures. — III. Matières colorantes. — IV. Produits chimiques et solutions accessoires. — V. Précautions à prendre. — VI. Préparation des milieux de culture. — VII. Prise d'échantillon et transport.

II. *Marche générale de l'analyse bactériologique.* — I. Ensemencement de milieux. — II. Numération des germes aérobies. — III. Détermination des germes aérobies. — IV. Caractères du micrococcus ou bacillus prodigiosus. — V. Caractères du micrococcus pyogenes aureus. — VI. Caractères du bacillus fluorescens liquefaciens. — VII. Caractères du bacillus pyocyaneus. — VIII. Caractères du bacillus violaceus. — IX. Caractères du bacillus fluorescens putridus. — X. Caractères du micrococcus albus. — XI. Caractères du proteus vulgaris. — XII. Recherche du bacillus coli et du bacille typhique.

III. *L'eau potable.*

Cette collection de *Tableaux synoptiques*, si bien comprise comme fond et comme forme, son bon marché inusité, lui assurent un grand succès. F. R.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

En matière d'accident du travail, le médecin choisi par le blessé peut actionner directement le chef d'entreprise au lieu et place de la victime.

Le juge de paix du huitième canton de Marseille a récemment rendu le jugement suivant :

Attendu que, par exploit de Gérard, huissier, M. le docteur R... actionne J... et F... en paiement de la somme de 50 francs pour divers pansements, opérations et accessoires, fournitures et soins donnés à B..., ouvrier dans l'usine, à la suite d'un accident survenu à ce dernier, à l'occasion de son travail et après sa sortie de l'hôpital, où il avait été dirigé;

Attendu que l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 décide que les honoraires du médecin choisi par la victime seront fixés

(1) In-16 carré de 74 p., avec 14 fig., cart. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

conformément au tarif de l'Assistance médicale gratuite;

Attendu qu'il résulte des débats et de l'examen de la note de frais et honoraires produite par le demandeur, que la demande est juste et fondée et n'excède pas le tarif de l'Assistance médicale;

Attendu qu'après avoir été opéré et soigné à l'hôpital par le docteur R..., B... a manifesté l'intention de le choisir comme médecin et de continuer à être soigné par lui;

Attendu qu'aux termes de l'article 1166 du Code civil, tout créancier a le droit d'exercer les actions de son débiteur; qu'il résulte de la loi de 1898 précitée et qu'il est de jurisprudence spéciale, en matière d'accident de travail, que le médecin et le pharmacien choisis par le blessé peuvent actionner directement le chef d'entreprise au lieu et place de la victime;

Par ces motifs, faisant droit aux conclusions des parties et statuant contradictoirement, en dernier ressort;

Condamnons J... et F... à payer au docteur R... la somme de 50 francs, et aux dépens. (*Courrier méd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — *Lyon.* — M. Patel, prosecteur à la Faculté, vient d'être nommé chef de la clinique chirurgicale de M. le professeur Jaboulay.

Association des anciens internes et internes en exercice des hôpitaux de Paris. — Le comité de l'Association, dans sa dernière séance présidée par M. le professeur Guyon, a pris les décisions suivantes :

1° Me Gatineau est nommé conseil judiciaire de l'Association.

2° L'office de l'internat sera ouvert à l'hôtel des Sociétés savantes, à partir du 15 octobre prochain, les mardis, jeudis, samedis de deux heures à cinq heures.

M. le docteur Millet, ancien interne, père du regretté collègue, a bien voulu offrir son temps et son dévouement à l'Association : il est nommé directeur de l'office.

C'est à son domicile, 33, rue Davioud, Paris (XVIe), que doivent être adressées dorénavant toutes les communications concernant l'office.

3° L'office de l'internat s'occupe dès maintenant de dresser, pour l'afficher ensuite, la liste des places d'interne vacantes ou promises par les chefs de service.

MM. les chefs de service sont donc priés d'envoyer le plus tôt possible leur liste personnelle à M. le docteur Millet à l'adresse ci-dessus indiquée.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 91. — JEUDI 14 AOUT 1902. 75e ANNÉE JEUDI 14 AOUT 1902. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas samedi.

DES SECOUSSES RYTHMIQUES DE LA TÊTE CHEZ LES AORTIQUES ET CHEZ LES PERSONNES SAINES

(SIGNE DE MUSSET)

Il y a un an environ, M. Henri Frenkel publiait l'intéressante observation d'un malade atteint de secousses rythmiques de la tête sans que l'examen le plus attentif permît de déceler chez ce malade la moindre lésion aortique. M. Valentino, relevant, dans ce cas, l'existence d'un pouls de Corrigan, d'un souffle systolique de la base et d'une résonance tympanique du second bruit aortique, affirmait que le signe de Musset était en rapport, ici, non avec une pleurésie gauche, comme le croyait M. Frenkel, mais « avec une lésion aortique dissimulée par une symptomatologie complexe et déroutante ». C'est à un nouvel examen de son malade et à la discussion de l'hypothèse de M. Valentino que M. Frenkel consacre, dans la *Revue de médecine* (1), un article des plus complets et des plus documentés sur le signe de Musset et sur sa valeur séméiologique.

Le malade a-t-il une insuffisance aortique? Le pouls de Corrigan qu'il présente nettement ne suffit pas à faire affirmer ce diagnostic : il n'est en effet nullement caractéristique et Teissier dit avec raison : « Le crochet de Corrigan a été retrouvé dans un certain nombre de maladies; nous l'avons constaté à la fin de la colique de plomb, Quinquaud l'a observé dans la chlorose, la fièvre typhoïde, l'état puerpéral. Il tient, dans l'insuffisance aortique à la grande brusquerie de la contraction du cœur et à la résistance rencontrée par l'ondée sanguine dans le réseau capillaire périphérique en état de spasme permanent (Fr. Franck, Potain) ». Pour M. A. Petit, « ce pouls n'est pas pathognomonique de l'insuffisance aortique, et sa production dépend uniquement de la coexistence d'une faible tension artérielle moyenne et d'une énergique impulsion systolique ventriculaire. Ces deux conditions se trouvent réalisées, il est vrai, dans l'insuffisance aortique, mais elles peuvent se rencontrer dans d'autres cas, en particulier, comme l'a montré Quinquaud, chez certains anémiques, chez les typhoïdiques, au cours de l'anévrysme de l'aorte, etc. On peut même l'obtenir à volonté, par un léger artifice, avec un sphygmographe muni d'un levier très sensible... » Mêmes réserves de la part de M. P. Merklen. « Ce crochet, considéré tout d'abord comme un indice certain d'insuffisance aortique, a perdu de sa valeur depuis que Quinquaud l'a retrouvé dans le cours de la fièvre typhoïde, de l'infection puerpérale, des hémorragies graves, et que d'autres observateurs l'ont signalé dans l'anévrysme de l'aorte sans insuffisance; il peut se produire toutes les fois qu'avec une tension artérielle faible, l'énergie ventriculaire est accrue ».

Ainsi, le crochet de Corrigan peut se rencontrer dans des états pathologiques autres que les lésions de l'aorte; il y a plus, il peut se rencontrer à l'état normal, et M. H. Frenkel reproduit dans son article le tracé sphygmographique du pouls radial « d'un de nos plus grands maîtres en matière de circulation. A cette époque, il avait soixante-douze ans environ, je ne sache pas qu'il soit atteint d'une affection de l'aorte; du moins il n'a jamais présenté aucun symptôme morbide, et, par bonheur pour la science, a toujours joui d'une excellente santé. » Un autre tracé « provient d'un maître aussi habile en matière d'enregistrement que compétent en physiologie cardio-vasculaire. Il n'y a aucune lésion cardiaque ni aortique, mais le crochet de Corrigan y est très net ».

Quant au souffle systolique de la base et à l'éclat tympanique du deuxième bruit aortique, il peut sans doute caractériser certaines insuffisances aortiques, mais il est difficile, néanmoins, de porter ce diagnostic chez un malade qui, dans des examens nombreux faits à dix-huit mois de distance, n'a jamais présenté de souffle diastolique en aucun point du thorax, qui a, au contraire, un deuxième bruit tympanique, clangoreux, qui n'a ni pouls capillaire, ni double souffle du Duroziez, ni aucun signe clinique, objectif ou subjectif, qui ne puisse s'expliquer autrement que par l'hypertrophie cardiaque, l'hypertension vasculaire ou l'ar-

(1) N° 7, 10 juillet 1902, p. 604.

tério-sclérose respectivement, l'athérome des gros vaisseaux.

Le diagnostic d'anévrysme de l'aorte ne repose, chez le malade en question, sur aucun élément sérieux. Il n'y a pas de retard d'un pouls radial sur l'autre, ni sur l'artère carotide. La matité cardiaque est normale. Il n'y a aucun symptôme de compression des organes médiastinaux, les douleurs névralgiques manquent, la radioscopie donne des résultats négatifs.

Reste la question de la dilatation de l'aorte. Dans son premier article, M. Frenkel affirmait que son malade ne présentait aucun symptôme permettant d'admettre l'existence d'une ectasie aortique. Actuellement l'opinion de l'auteur s'est un peu modifiée, et il n'hésite pas à déclarer que les signes cliniques ne permettent pas d'éliminer la possibilité d'une légère ectasie aortique. Le malade est en effet éthylique et syphilitique, il a des battements des carotides, du pouls de Corrigan avec élévation de la tension artérielle.

La pleurésie gauche observée lors du premier examen a un peu diminué. Il y a toujours, cependant, au niveau de la moitié inférieure du thorax, à gauche et en arrière, une submatité allant jusqu'à la matité avec diminution des vibrations thoraciques et diminution du murmure respiratoire. Le malade présente toujours de la dyspnée, il ne peut monter un escalier sans être essoufflé, mais il ne tousse pas et ne crache pas. Il n'y a pas d'amaigrissement, de fièvre, de sueurs nocturnes.

Dans quelle mesure le reliquat de son ancienne pleurésie peut-il participer à la persistance du signe de Musset ? C'est là une question à laquelle il est impossible de donner une réponse précise, et il est prudent d'admettre, avec M. Valentino, que l'état du système circulatoire joue le plus grand rôle dans le développement et la persistance de ce signe.

Des tracés graphiques pris par M. Frenkel avec la collaboration de M. Lafon, il résulte que « les mouvements de la tête de notre malade ont une composante latérale importante, comme nous l'avions signalé dans notre premier travail. A chaque révolution cardiaque correspondent un mouvement principal et plusieurs mouvements secondaires ».

Le mouvement principal commence avec le commencement de la systole cardiaque (diastole artérielle) et finit avant la fin de cette systole. Il est donc systolique conformément aux prévisions de Delpeuch. Ce mouvement commence peut-être un peu avant le commencement de la diastole artérielle ; il est en avance de quelques centièmes de seconde. Cete anticipation est peut-être due à la transmission des mouvements de la tête par la colonne vertébrale, milieu solide dont le temps de transmission est en tout cas plus court que celui de l'ondée sanguine.

La durée de l'oscillation céphalique principale est plus courte que celle de la systole parce que l'impulsion cardiaque a été brusque et qu'il s'agit d'un mouvement d'inertie de la tête. L'amplitude de l'oscillation négative est plus grande que celle de l'oscillation positive. Enfin, après une oscillation céphalique principale, on observe plusieurs — deux ou trois — oscillations céphaliques secondaires, dues à l'inertie de la tête.

Le signe de Musset peut être retrouvé chez des artérioscléreux et même chez des sujets sains, comme le montrent les exemples fournis par M. Frenkel. Aussi l'auteur pose-t-il les conclusions suivantes :

1° Le signe de Musset, chez le malade examiné, ne peut être mis uniquement sur le compte de la pleurésie : *a.* parce qu'il persiste avec tous ses caractères malgré la forte diminution de l'épanchement ; *b.* parce que le malade, indemne d'ailleurs d'une insuffisance aortique et d'un anévrysme de l'aorte, présente cependant un certain degré d'athérome et peut-être aussi une légère dilatation aortique non décelable à la radioscopie.

2° Le signe de Musset, non signalé comme tel chez l'homme sain, se rencontre cependant fréquemment chez de jeunes sujets et plus souvent encore chez des sujets âgés comme manifestation facile à enregistrer par la méthode graphique et même quelquefois visible à l'œil nu. Il présente alors les mêmes caractères que le signe de Musset le plus légitime et visible à l'œil nu.

3° Enregistré par la méthode graphique, ce signe se compose d'une oscillation céphalique principale et d'oscillations céphaliques secondaires. La première commence avec le début de la systole cardiaque et finit avant la fin de cette systole. Elle se compose d'une partie positive dont l'amplitude est en rapport avec l'énergie de la contraction cardiaque et d'une partie négative dont l'amplitude est souvent plus grande que celle de l'oscillation positive.

4° Les oscillations céphaliques peuvent avoir une direction antéro-postérieure ou latérale ou antéro-latérale suivant les sujets ; elles peuvent varier chez le même sujet.

5° En ce qui concerne la voie de transmission des mouvements cardiaques jusqu'à la tête, il y aura lieu d'élucider par la méthode graphique s'il y a, dans certains cas, anticipation du mouvement de la tête sur celui du pouls céphalique. Dans le cas de l'affirmative, on pourrait admettre la participation de la colonne vertébrale dans la transmission de ces mouvements.

6° Ce qui rend le signe de Musset visible chez les aortiques et chez certains sujets sains n'est pas telle ou telle affection cardio-vasculaire, mais l'énergie de l'impulsion cardiaque, particulièrement prononcée dans les cas avec hypertension artérielle et surtout quand il y a hypertrophie du ventricule gauche. Mais ces deux conditions, malgré toute leur importance, ne sont pas absolument indispensables.

L. B.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du rhumatisme noueux (1).

De toutes les médications utilisées contre le rhumatisme noueux, il en est deux qui jouissent d'une efficacité réelle. La première consiste dans l'emploi de la teinture d'iode. Si l'estomac du malade la supporte, on est assuré du succès. On commence par III, IV et V gouttes du mélange suivant dans un verre d'eau au moment des trois repas :

Teinture d'iode.............	25 grammes
Iodure de potassium.........	5 —

Et l'on augmente d'une goutte par jour jusqu'au chiffre de X gouttes chaque fois. Cela fait un total de XXX gouttes par jour. On continue un mois. La teinture d'iode semble agir avec plus d'efficacité que l'iodure de potassium. Si elle n'était pas tolérée, — ce qui arrive assez rarement quand on commence à faibles doses et que le malade n'est pas un dyspeptique, — on la remplacerait par l'iodure de potassium qu'on pourrait associer à l'arseniate de soude :

Arseniate de soude..........	0gr05
Iodure de potassium........	8 grammes
Eau distillée................	300 —

Une cuillerée avant déjeuner et dîner.

(1) *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1902, n° 32.

Ce traitement est continué un mois. Les quinze jours suivants, on administre des strychniques ou les glycérophosphates comme toniques, car les malades sont souvent affaiblis et anémiés :

Teinture chardon bénit.......		10 grammes
— fèves Saint-Ignace...	ãã	5 —
— de noix vomique....		

VIII gouttes avant déjeuner et dîner dans un peu d'eau.

Ou bien :

Sulfate de strychnine........	0gr02
Brucine....................	0gr01
Sirop de menthe...........	100 grammes
Eau distillée...............	200 —

Une cuillerée à déjeuner et à dîner.

Les glycérophosphates seront alternés avec les strychniques :

Glycérophosphate de chaux....	0gr30
— — magnésie.	0gr15

Pour un cachet. F. cachet n° 30. — Un avant les repas.

Au bout de quinze jours de cette médication, on revient à la teinture d'iode pendant un mois.

A côté de la teinture d'iode, la médication la plus active consiste dans l'emploi des bains de sable. Deux baquets de sable sont chauffés au four : quand le sable sera refroidi aux environs de 50 degrés, le malade y plongera ses mains et ses pieds pendant vingt minutes matin et soir. A la sortie, il pratiquera un massage sur les articulations douloureuses avec la pommade suivante :

Vaseline..................	ãã	20 grammes
Lanoline..................		
Teinture thébaïque.........	ãã	5 —
— de noix vomique...		

Les bains d'air chaud rendront des services moindres.

Dans la clientèle aisée, les malades pourront être envoyés aux boues végéto-minérales chaudes de Dax, Saint-Amand, Balaruc.

Dans une thèse récente, M. le docteur Lecoconnier (Th. de Paris, 1902) a recommandé les bains statiques et les résultats qu'il donne sont encourageants. Il a noté chez ses malades une amélioration rapide des troubles digestifs, une disparition de la douleur, une accélération de la nutrition.

Les lésions osseuses sont infiniment plus longues à s'améliorer. M. Lecoconnier, tout en préconisant le bain électrique (dix minutes) et les procédés de l'aigrette (pointe métallique approchée du malade et mise en contact avec le pôle négatif de la machine) ou de la friction (boule d'un excitateur promenée sur des parties du corps recouvertes de laine, trois à cinq minutes), rejette l'étincelle comme moyen trop violent et pouvant entraîner des contractures et des névrites.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Empoisonnement par la morphine traité par l'injection de sérum artificiel. — M. Edward Willoughby rapporte l'observation d'une femme qui, en trois injections hypodermiques, avait pris environ 0,50 centigrammes de sulfate de morphine. Elle n'avait d'ailleurs aucune accoutumance à cette substance toxique. Au bout d'une heure et demie après avoir pris le poison, elle perdit connaissance et tomba bientôt dans un état de narcose profonde. On fit sans résultat appréciable trois injections de sulfate d'atropine d'un milligramme et une douzaine de piqûres d'éther. La malade ayant cessé de respirer, on eut recours à la respiration artificielle; on dut la continuer pendant quatre heures avant que la respiration normale ait repris sa régularité. On appliqua à la plante des pieds les électrodes d'une machine faradique puissante. La vessie fut évacuée au moyen d'une sonde. Enfin on injecta sous la peau du flanc un litre de solution salée physiologique. L'effet salutaire s'en fit sentir presque aussitôt. La cyanose et le refroidissement des téguments disparurent et la malade reprit connaissance. L'auteur attribue cet heureux résultat à l'élimination au niveau du tube digestif de la morphine contenue dans le système vasculaire. Pour prévenir la réabsorption du poison, il administra à la malade toutes les quinze ou vingt minutes une solution étendue de permanganate de potasse; il ne cessa ce traitement qu'en voyant disparaître la contracture pupillaire. Le sérum aurait donc servi à éliminer de la circulation le sulfate de morphine, tandis que le permanganate le neutralisait au niveau du tube gastro-intestinal. (*Lancet*, 10 mai 1902.)

A. H.

Injections de tuberculine pratiquées dans un but de diagnostic sur 400 soldats en Herzégovine. — Le docteur K. Franz a récemment communiqué à la Société des médecins de Vienne le résultat de 775 injections de tuberculine pratiquées sur 400 soldats, nouvelles recrues d'un régiment d'infanterie autrichien. Les injections ont été pratiquées aseptiquement à la dose d'un milligramme entre six et huit heures du soir, puis répétées à la dose de 2 ou 3 milligrammes chez les sujets qui n'avaient pas réagi la première fois d'une manière évidente ; quelques-uns seulement furent inoculés une troisième fois à la dose de 9 milligrammes.

Les résultats furent tels que 245 réagirent positivement, 145 négativement, 10 cas restèrent douteux L'élévation de la température dans les cas positifs fut d'un ou deux degrés (38 à 38°9); il n'y eut aucune complication, l'inoculation demeura toujours parfaitement inoffensive, la plupart des hommes reprirent leur service au bout de trente-six à quarante-huit heures, quelques-uns seulement au bout de quatre jours.

L'auteur de la communication a le soin de nous prévenir que la tuberculose est particulièrement répandue en Bosnie-Herzégovine et, bien que les hommes reconnus tuberculeux ne soient pas incorporés, la tuberculose fait des ravages dans l'armée ; c'est dans le but de déceler un foyer de tuberculose encore latent qui permettrait de surveiller celui qui en serait l'objet, que les injections de tuberculine avaient été pratiquées.

Le docteur Franz, envisageant le résultat général de ces inoculations, en conclut que la tuberculose est contractée par les jeunes gens non pas dans l'armée, mais chez eux, et se demande combien la tuberculose doit être répandue dans la population de Bosnie pour que 61 p. 100 des jeunes gens du contingent réagissent positivement à la tuberculine, proportion qui se serait encore accrue si, comme le recommande Koch, on avait élevé la dose d'injection à 1 centigramme. La proportion déjà obtenue est si extraordinairement élevée que vraiment on se demande si elle est réelle et si ce ne serait pas la méthode employée qui fausserait les résultats? La comparaison des statistiques de ce genre faites dans différents pays et différents milieux, sur des hommes en apparence sains, comme ceux qui ont fait l'objet de l'expérience que je viens de relater, pourra seule confirmer la valeur de pareils résultats. (*Wiener Klin. Wochens.*, 1902, n° 7, p. 190.)

P. V.

CHIRURGIE

Un cas d'hémorragie cérébrale survenue au cours de l'anesthésie chloroformique. — Les différents auteurs qui ont signalé des cas de mort au cours de l'anesthésie chloroformique ont incriminé la syncope cardio-pulmonaire, les lésions rénales, les dégénérescences graisseuses du cœur, etc., mais aucun n'a invoqué l'hémorragie cérébrale. M. Boureau vient justement de publier, dans la *Revue de chi-*

rurgie, l'observation d'une malade qui, à la fin d'une opération relativement simple, fut prise d'accidents graves : pâleur extrême, respiration stertoreuse, petitesse du pouls, etc. Malgré tous les soins qui lui furent immédiatement prodigués, le retour à l'état normal fut long, et on constata à ce moment (huit heures environ après l'opération) que la malade présentait une paralysie complète du bras gauche, un commencement de paralysie de la jambe gauche et une légère paralysie faciale droite, le tout coïncidant avec une hémianesthésie gauche assez marquée. Tous ces troubles, qui disparurent progressivement, indiquaient évidemment une hémorragie cérébrale qui aurait très bien pu déterminer la mort subite au cours même de l'opération. Il faut donc savoir, et c'est là l'intérêt de l'observation de M. Boureau, que l'anesthésie chloroformique peut provoquer une hémorragie cérébrale, et que cet accident doit être vraisemblablement ajouté à la liste de ceux qui peuvent amener la terminaison mortelle au cours de la chloroformisation. (*Rev. de chir.*, 10 juillet 1902, n° 7, p. 144.) L. B.

Les fractures du coude chez les enfants. — D'après Cotton qui vient de faire sur ce sujet une importante étude, la classification usuelle répondrait imparfaitement à la réalité des faits observés. Les lésions sont par ordre de fréquence : la fracture du condyle externe, la fracture supracondylienne, le décollement de l'épitrochlée, le décollement total de l'épiphyse. Quant aux déformations qui accompagnent les diverses lésions, on peut les résumer de la façon suivante : la fracture du condyle externe se révèle souvent par une saillie en éperon, avec ou sans déplacement du condyle lui-même ; dans la fracture supra-condylienne, on note fréquemment la déformation en « fût de fusil » avec déplacement en arrière du fragment inférieur ; l'épitrochlée fracturée subit un déplacement en bas et en avant. Les troubles de la motilité, consécutifs à la fracture du condyle externe, sont rarement considérables et se bornent à une diminution de l'extension. L'ankylose et la perte presque totale des mouvements s'observent rarement chez les enfants ; il s'agit alors de la consolidation de fragments dans une situation vicieuse.

Le traitement est variable. Quand il s'agit de la fracture du condyle externe, on peut espérer la réduction en imprimant un mouvement de flexion et de pronation, tandis qu'on exerce une pression dans le sens transversal.

Le mieux est d'immobiliser le coude à angle droit. Dans les fractures supra-condyliennes, on peut réduire en opérant un mouvement de traction et de flexion, et immobiliser à angle droit sur une attelle en mettant sur l'avant-bras des bandelettes de diachylon destinées à empêcher le déplacement en arrière du fragment. Au bout d'un certain temps on peut mettre l'avant-bras à 135 degrés environ, au lieu de 90 degrés. Dans les fractures de l'épitrochlée, la position à angle droit est également celle qui relâche le mieux les muscles et permet d'espérer la réduction du fragment. On ne doit pas trop compter sur la réunion osseuse ; il faut surtout tâcher d'éviter la rétraction musculaire. Dans ce cas, le massage et la mobilisation précoce paraissent devoir remplacer les traitements anciens.

Dans les cas complexes, lorsque la réduction est impossible par les moyens ordinaires, ou bien lorsque de longs mois de traitement n'ont donné comme résultat qu'une déformité ou une impotence marquées, il semble que l'intervention opératoire doive avoir dans l'avenir des indications de plus en plus fréquentes. (*Ann. of. Surgery*, mars 1902.) A. H.

Appareil pour fracture du maxillaire inférieur. — Le docteur J. Wieting a eu l'ingénieuse idée, dans un cas de fracture compliquée du maxillaire inférieur qu'il a eu à traiter, de maintenir en bonne position les fragments réduits et suturés au fil d'argent, au moyen d'un arceau de zinc, situé dans le plan du maxillaire et en avant de lui. Cet arceau était tenu par ses deux extrémités à l'aide d'un appareil plâtré entourant le cou et la tête du sujet ; il présentait à ses extrémités libres quelques entailles destinées à faciliter sa contention ; une encoche médiane servait à fixer un fil d'argent qui, d'autre part, traversait le maxillaire inférieur perforé chirurgicalement ; ce fil était tendu de manière à maintenir en bonne position la portion antérieure de l'os fracturé que la tonicité musculaire rendait impossible à bien coapter.

L'auteur a aussi utilisé les dents subsistantes pour la fixation du fil d'argent au maxillaire.

Ce dispositif ingénieux a l'avantage de faire bénéficier le malade de l'extension continue préconisée par Seelhorst (de Münich) pour les fractures du maxillaire inférieur, en évitant de le tenir couché, le maxillaire relié à un point fixe au pied du lit ; position qui pour le malade rappelle trop celle du poisson accroché à l'hameçon.

Dans le cas particulier, le malade qui fait le sujet de cette observation, dont le maxillaire était fracturé en trois endroits différents, était débarrassé de son appareil vingt jours après sa mise en place ; on lui laissa encore quelque temps un pansement de soutien ; les arcades dentaires s'écartaient de 2 centimètres et demi ; on lui fit faire régulièrement des exercices actifs et passifs ; cinq semaines environ après l'accident, il quittait l'hôpital complètement guéri. (*Centralbl. f. Chir.*, 1902, n° 51, p. 1260.) P. V.

THÉRAPEUTIQUE

Action du jus de raisin sur l'organisme ; cure de raisins. (M. Moreigne.) — De tout temps le moût de raisin a été utilisé comme moyen thérapeutique, mais c'est surtout du XIXe siècle que date l'emploi méthodique de la cure de raisins ; le chasselas est le raisin le plus généralement recommandé.

La quantité de raisins qu'il convient de manger par jour varie de 500 grammes à 3 kilogrammes, suivant les maladies, et ne dépasse guère 4 kilogrammes ; on commence presque toujours par une petite quantité (500 à 750 grammes), et l'on augmente progressivement la dose. La durée de la cure est de trois à six semaines, un mois en moyenne.

Le raisin est absorbé le matin à jeun ; toutefois, si la quantité à ingérer est considérable, on la prend en deux ou trois fois, mais toujours une heure avant les repas.

La promenade et l'exercice au grand air favorisent les effets de la cure.

Frappé des bons résultats que donne assez souvent la cure de raisins, M. Moreigne s'est livré sur lui-même et sur deux autres personnes à une série d'expériences ayant pour but d'expliquer les effets observés.

Voici quelles sont les principales conclusions de ses expériences :

Sous l'influence de la cure de raisins, il se produit :

Une augmentation de la diurèse ;

Une diminution de l'acidité des urines ;

Une diminution en valeur absolue et relative de l'acide urique ;

Une action dérivative sur l'intestin (action laxative) ;

Une diminution des fermentations intestinales ;

Une action d'épargne vis-à-vis des matières azotées (un engraissement azoté), c'est-à-dire une diminution dans la désassimilation azotée, et cela, sans que la perfection de cette désassimilation azotée soit diminuée. Il est à remarquer que cette action d'épargne se manifeste malgré l'action laxative produite, laquelle action a la propriété d'augmenter la désassimilation azotée, ainsi que les oxydations. C'est là un *avantage* sur les purgatifs ordinaires ou médicamenteux, avantage d'autant plus précieux que la cure de raisins peut être continuée longtemps sans inconvénients ;

Une fixation de graisse dans l'organisme ;

Une suractivité de la fonction hépatique et, en particulier, de la sécrétion biliaire; cette propriété est fort importante et explique les bienfaits de cette médication dans beaucoup de cas pathologiques.

Par son pouvoir d'épargne des matières azotées et de fixation des graisses, et en tenant compte des sels minéraux du raisin, la cure de raisins se trouve indiquée dans les maladies à dénutrition rapide et à échanges exagérés, telles que la tuberculose. Elle fournit, en effet, grâce aux hydrates de carbone qui y sont contenus, des principes combustibles qui protègent ceux de l'organisme.

Tous ces faits sont d'une réelle importance. Ils montrent que le jus de raisin agit sur plusieurs grandes fonctions de l'organisme, en particulier sur les fonctions hépatique, intestinale et rénale; ils font ressortir ses multiples propriétés thérapeutiques et permettent d'expliquer — et même d'en prévoir de nouveaux — les nombreux et bons résultats relatés par les médecins des stations uvales dans un certain nombre d'affections ou d'états pathologiques.

La médication par le raisin a le grand avantage d'être acceptée avec plaisir par presque tous les malades et en particulier par les enfants. Elle est absolument inoffensive et peut être continuée pendant de nombreuses semaines sans inconvénients. (*Arch. de méd. expérim.*, mai 1902.)

F. R.

L'acide glycuronique et l'indican dans l'urine. — M. E. Reale a constaté que l'indican n'est pas seulement décelé dans l'urine par l'acide sulfurique, mais s'y trouve associé à l'acide glycuronique. On sépare l'indican de l'acide glycuronique par coction avec des acides végétables (acide formique ou lactique). Si, lors de la coction de l'urine avec les acides, on ajoute en même temps du baryum, l'acide glycuronique est entraîné par le précipité de baryum et peut ainsi être isolé. L'existence de l'association de l'indican à l'acide glycuronique indique une indicanurie au début qui survient dans les processus arthritiques.

L'acide glycuronique étant un produit intermédiaire, par métabolisme, aux transformations des hydrocarbures, ses oscillations dans l'urine sont en rapport avec les oxydations de l'organisme. (*Centralbl. f. Inn. Med.*, 1902, n° 91, p. 1235.)

P. V.

Méthode simple pour déceler les éléments purulents dans les sédiments urinaires. — Fittipaldi conseille pour l'étude des sédiments urinaires la centrifugation avec adjonction de 0,75 p. 100 de sel ordinaire suivie aussitôt de celle de 0,75 p. 100 d'alcool. Par ce procédé, les globules purulents précipitent d'abord, puis les cylindres, enfin les concrétions. On peut ainsi reconnaître l'association d'une néphrite et d'une suppuration du bassinet par exemple. (*Centralbl. f. Inn. Med.*, 1902, n° 51, p. 1238.) P. V.

Uréthane de thymol, nouvel anthelminthique.—L'*uréthane de thymol* ou éther thymolcarbonique se présente sous forme de cristaux blancs, de saveur peu prononcée, peu solubles dans l'eau; ce médicament se décompose dans l'intestin, qui est un milieu alcalin, et le thymol qui est mis en liberté agit comme anthelminthique. L'uréthane de thymol ayant été administré à un chien, on a constaté que le thymol apparaissait dans l'urine en assez forte proportion au bout de douze heures; le carbonate de thymol se décompose beaucoup moins complètement. L'uréthane de thymol peut rendre de réels services pour combattre les vers intestinaux et l'ankylostome. (*Union pharm.*, 15 juin 1902.)

F. R.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

PRATIQUE MÉDICALE

Le docteur Solacolu vient de publier dans sa thèse de doctorat une étude clinique sur un nouveau diurétique qui semble réunir de sérieux avantages. C'est un sel double de théobromine sodée et d'acétate de sodium dénommé agurine. Une molécule d'agurine contient environ 60 p. 100 de théobromine facilement soluble. La présence de l'acétate de soude dans l'agurine diminuerait d'environ 75 p. 100 la causticité de la théobromine sodée. L'auteur donne une série d'observations prises dans le service du professeur Lancereaux à l'hôpital du Perpétuel Secours, qui démontrent l'action de ce médicament sur la diurèse. La plus forte augmentation d'urine aurait été obtenue dans les cas d'artério-sclérose cardiaque et rénale. Le médicament a été administré soit en cachets, soit en potion ou en lavements. La tolérance a été parfaite et l'administration d'agurine a pu être prolongée pendant plusieurs semaines sans inconvénient pour le malade. En résumé, l'agurine semble réunir les propriétés de la théobromine, sa base, sans en avoir les inconvénients.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

M. Palma y Mena. Des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne au point de vue de ses inconvénients. — M. Sikora. De l'entéro-anastomose latérale dans le traitement des fistules stercorales et de l'anus artificiel. — M. Beneteau. Plaies du canal thoracique au cou. — M. Clausse. De l'emploi du phosphate de codéine dans les états mélancoliques. — M. Bach. De deux cas de méningo-encéphalite bulbaire subaiguë, suivis de guérison. — M. Kendirdjy. L'anesthésie chirurgicale par la cocaïne. Rachi-cocaïnisation et cocaïne localisée. — M. Adda. Ictère émotif. — M. Mizzoni. Des complications de la submersion. — M. Jamin. Critique médicale de la loi sur les accidents du travail. — M. Mouzon. Etude sur les kystes de l'iris. — M. Bourdeau. De la dionine et de ses effets sur l'œil. — M. Thibaudeau. De l'emploi de la sonde à demeure après l'uréthrotomie interne dans les cas d'infections anciennes et graves de l'appareil urinaire. — M. Blanc. De l'ongle incarné. Étude critique sur ses divers traitements. De l'efficacité du traitement par le nitrate de plomb. — M. Landry. Contribution à l'étude du traitement des métrorragies et des métrites hémorragiques par les badigeonnages intra-utérins à la teinture d'iode. — M. Millon. Résultats de l'examen de la sensibilité gastrique et épigastrique dans les dyspepsies. — M. Bourgeau. Diagnostic précoce de la grossesse. — M. Boutier. Sur la valeur de la ponction lombaire dans le diagnostic, le pronostic et le traitement des fractures de la base du crâne. — M. Milhiet. De la cholécystectomie dans la lithiase biliaire. — M. Mabit. De l'intoxication saturnine causée par le plomb introduit à doses massives dans l'économie et séjournant, soit dans les voies digestives, soit dans l'épaisseur des tissus. — M. de Robillard. Du cancer du plancher de la bouche et de son traitement par la résection incomplète de la partie médiane du maxillaire inférieur (avec conservation de son bord inférieur). — M. Six. Contribution à l'étude du lait maternisé. — M. Fabel. Des principales médications, et en particulier de l'arsenic et du tartre stibié dans les cas graves de la chorée de Sydenham. — M. Caron. Étude sur les injections préventives de sérum antidiphtérique. — M. Dejault. De l'hypertension artérielle et de son traitement par le massage abdominal. — M. Borst. Recherches sur la molécule urinaire élaborée moyenne et le rapport azoturique dans le rhumatisme chronique progressif. — M. Sabot. Contribution à l'étude des ophtalmoplégies nucléaires. — M. Feuillet. Névralgie intercostale d'origine gastro-colique. — M. Savoye. De l'unité des accidents de dentition. — M. Paul Bourgeois. Les tumeurs ma-

lignes primitives des fosses nasales. — M. Henri BOURGEOIS. Contribution à l'étude des abcès otitiques du cervelet. — M. VERNET. L'assistance aux épileptiques. — M. TESSON. Le cancer primitif du corps utérin. — M. LECOMTE. Contribution à l'étude des prostatites chroniques (prostatite latente). — M. PHILIPPE. Épanchements séreux pelvi-péritonéaux au cours des infections utéro-annexielles et post-opératoires. — M. CELOS. Sur le diagnostic d'urgence chez l'adulte. Des maladies qui se traduisent par le syndrome péritonéo-abdominal. — M. CUCHEROUSSET. De la forme cérébro-spinale de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — M. LAMOUROUX. Contribution à l'étude du méningisme. — M. CONTENAU. Les adénites d'origine dentaire. — M. DUGAT. Traitement des plaies par l'eau oxygénée. — M. BUE. Le chlorure d'or. Contribution à l'étude des traitements des tuberculoses locales. — M. LEYNIA DE LA JARRIGE. Héroïne. Héroïnomanie. — M. POISSON. Curetage vésical par l'urètre dans les cystites chez la femme. — M. G. CORNIL. Étude sur le cancer du cœur. — M. JACQUIER. Lenteur et arythmie transitoires du pouls chez l'enfant. — M. MONTHUS. Contribution à l'étude des rétinites albuminuriques. — M. DUNEME. De la durée de l'allaitement au sein chez les femmes de la classe ouvrière à Paris. — M. JOHANSEN. Les hémorragies utérines au début de la blennorragie. — M. CAYRE. Les appareils dans la coxalgie. — M. MESLIER. Considérations sur l'anesthésie chirurgicale. — M. AGATHOS. Arthrites méta-pneumoniques, spécialement arthrites à pneumocoques. — M. CONTET. Le végétarisme; étude critique; indications thérapeutiques. — M. DUBOIS. Du vomissement fécaloïde. — M. MUNCH. Considérations expérimentales et cliniques sur certaines fonctions attribuées au rein. — M. TROUSSON. Contribution à l'étude de l'intoxication alcoolique chez les enfants.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — *Travaux de laboratoire.* — MM. les étudiants pourront être admis, sur leur demande écrite et après autorisation du doyen, à accomplir certains travaux de laboratoire pendant le mois d'octobre 1902 :

Première année : Chimie biologique, histologie, physique, physiologie.

Deuxième année : Histologie, physique, physiologie.

Troisième année : Anatomie pathologique, parasitologie, chimie pathologique, médecine opératoire.

Les demandes d'admission devront être adressées à M. le doyen, du 15 au 27 septembre, et indiquer la nature des travaux que l'étudiant désire accomplir.

Le montant des droits à acquitter est de 50 francs pour chaque série de travaux.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée aux étudiants admis.

MM. les étudiants qui auront participé aux travaux pourront obtenir des certificats d'assiduité.

Marine. — Par décret, en date du 7 août 1902, MM. les médecins principaux de la marine en retraite Grisolle et Infernet sont nommés médecins principaux dans la réserve de l'armée de mer.

M. Grisolle est affecté au port de Rochefort et M. Infernet à celui de Toulon.

Congrès français de médecine interne. — *Session de Paris*, 1904. — Dans sa session de Toulouse (avril 1902), le Congrès de médecine a décidé qu'à l'avenir les sessions se tiendraient alternativement à Paris et en province, et seraient présidées par un président local.

M. le professeur Jaccoud, qui avait été désigné à Toulouse pour présider la session qui aura lieu à Paris en 1904, ayant décliné l'offre qui lui a été faite, le comité permanent du Congrès a procédé à l'élection d'un nouveau président.

Le bureau est définitivement constitué de la façon suivante : président, M. Cornil; vice-présidents, MM. Henrot (de Reims) et Brissaud; trésorier, M. Pierre Merklen; secrétaire général, M. Gilbert Ballet; secrétaire général adjoint, M. Enriquez.

Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Rome. — Le IVe Congrès international de gynécologie et d'obstétrique se tiendra à Rome, du 15 au 21 septembre.

Le prix des cotisations est de 25 francs. Les dames et les membres des familles des congressistes seront admis moyennant une cotisation de 10 francs.

Les chemins de fer italiens font aux congressistes une réduction de 50 p. 100. Pour obtenir cette réduction, il faut s'adresser à M. le docteur Micheli, via Rosello, 127, Rome.

Le programme des fêtes sera publié sous peu.

Un voyage en Sicile est projeté, mais n'est pas encore décidé.

Pour tous renseignements, on peut s'adresser à M. le docteur Jayle, 232, boulevard Saint-Germain, Paris-VIe, secrétaire du Congrès pour la France.

Exercices pratiques de diagnostic bactériologique, sous la direction de M. le docteur Fernand Bezançon, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie, et de M. le docteur Griffon, préparateur. — Une série d'exercices pratiques de bactériologie commencera le jeudi 2 octobre 1902.

Des conférences, suivies de travaux pratiques, auront lieu à une heure et demie, les mardis, jeudis et samedis.

PROGRAMME DU COURS. — Première leçon : Technique de la coloration des microbes; méthode de Gram. — Technique de la culture des microbes et des inoculations.

Deuxième leçon : Analyse bactériologique du pus : microbes pyogènes aérobies; staphylocoque.

Troisième leçon : Analyse bactériologique des crachats; pneumocoque, bacille de Pfeiffer, etc.

Quatrième leçon : Analyse bactériologique des crachats tuberculeux. — Tuberculose et pseudo-tuberculose.

Cinquième leçon : Analyse bactériologique des angines non diphtériques; streptocoque, bacille fusiforme.

Sixième leçon : Diagnostic de la diphtérie.

Septième leçon : Analyse bactériologique du sang et des sérosités pathologiques pleurales et cérébro-spinales. Méningocoques.

Huitième leçon : Globules blancs et cyto-diagnostic.

Neuvième leçon : Séro-diagnostic : Bacille typhique et colibacille.

Dixième leçon : Analyse bactériologique de la peste et du choléra.

Onzième leçon : Diagnostic des microbes anaérobies.

Douzième leçon : Diagnostic bactériologique des infections de l'appareil génito-urinaire : gonocoque, bacille du chancre mou.

Treizième leçon : Diagnostic bactériologique des lésions microbiennes et parasitaires de la peau.

Le droit à payer pour cette série d'exercices est de 60 francs. — Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Billets de vacances à prix réduits.* — La Compagnie P.-L.-M. émet, du 15 juillet au 15 septembre, des billets d'aller et retour collectifs de vacances de 1re, 2e et 3e classes, au départ de Paris pour toutes les gares situées sur son réseau. Ces billets sont délivrés aux familles d'au moins trois personnes effectuant un parcours simple minimum de 500 kilomètres ou payant pour ce parcours. Le prix s'obtient en ajoutant au prix de quatre billets simples (pour les deux premières personnes) le prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié de ce prix pour la quatrième et chacune des suivantes.

Ces billets sont valables jusqu'au 1er novembre.

Il peut être délivré à un ou plusieurs des voyageurs compris dans un billet collectif de vacances, et en même temps que ce billet, une carte d'identité sur la présentation de laquelle le titulaire sera admis à voyager isolément, à moitié du prix du tarif

général, pendant la durée de la villégiature de la famille entre Paris et le lieu de destination mentionné sur le billet collectif.

Ces voyages isolés pourront être faits dans des voitures de la classe du billet collectif ou d'une classe inférieure.

Arrêts facultatifs. Faire la demande de billets quatre jours au moins à l'avance à la gare P.-L.-M.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse ...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. *Emplois spéciaux*: ***SAINT-JEAN***, maladies des organes digestifs; — ***PRÉCIEUSE***, maladies de l'appareil biliaire; — ***DÉSIRÉE***, maladies de l'appareil urinaire; — ***RIGOLETTE***, chlorose, anémie; ***MAGDELEINE***, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE		
Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	Sesqui-oxyde de fer......	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

ANÉMIE
PALES COULEURS
Appauvrissement du Sang
Scrofule, etc.

PILULES
EXIGER LA SIGNATURE
de BLANCARD
Approuvées par l'Académie de Médecine
PILULES DE BLANCARD
à L'IODURE DE FER INALTÉRABLE
SE MÉFIER DES CONTREFAÇONS
DÉPÔT : BLANCARD & Cie, 40, Rue Bonaparte, Paris.

PHARMACIE LIMOUSIN — 2 bis RUE BLANCHE. PARIS

ACETOPYRINE — ANALGÉSIQUE ANTIPYRÉTIQUE
HONTHIN — Astringent intestinal
PETROSULFOL — SULFO-ICHTHYOLATE D'AMMONIAQUE D. AUTRICHE
PETROLAN — NOUVEAU PRODUIT DERMATOLOGIQUE
SIROP DE KOLA COMPOSÉ HELL — FORTIFIANT TONIQUE

PHARMACIE DU ROULE — 11, AV. D'ANTIN

CACHETS D'HYDRARGOTINE
PRÉPARATION MERCURIELLE n'agissant pas violemment

SAVONS DE BERGER
HYGIÉNIQUES & MÉDICINAUX — PRIX Modique
Préparation parfaite efficacité certaine
DÉPÔT PRINCIPAL 2 bis R. BLANCHE
PHARMACIE LIMOUSIN

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

Dépôt à Paris dans toutes les Pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

HÉMONEUROL COGNET

COMBINAISON GRANULÉE

Oxyhémoglobine, Kolanine, Glycérophosphate de Chaux

RECONSTITUANT ORGANIQUE GÉNÉRAL

RÉGÉNÈRE LES GLOBULES SANGUINS, RESTAURE LES SUBSTANCES NERVEUSE ET OSSEUSE

TOUTES PHARMACIES — Neurasthénie, Chloro-Anémie, Lymphatisme, Cachexies, Rachitisme, Tuberculoses — PARIS, 43, R. SAINTONGE

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Phies.

GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX contre :
RACHITISME CHEZ LES ENFANTS
NEURASTHÉNIE, NÉVRALGIE, PHOSPHATURIE
DÉBILITÉ pendant la GROSSESSE, etc.
Chaque Flacon est accompagné d'une cuillère-mesure en aluminium. — DOSE : 2 à 3 cuillerées par repas.
Vente en Gros : 13, Rue de Poissy, Paris et tes Phies.

Les PERSULFATES étant TRÈS ALTÉRABLES
EMPLOYER pour exciter les fonctions de la NUTRITION la

PERSODINE

Solution STABLE de PERSULFATES Alcalins PURS de la
Sté des BREVETS LUMIÈRE

DOSES; Une heure 1/2 avant le repas, *une seule fois* par jour, dans de *l'eau pure* :
Une cuill. à *café*, à une cuill. à *soupe*, *suiv. l'âge*.

Litt. et Échons SESTIER, 9, cours de la Liberté, LYON

MYCODERMINE DÉJARDIN

(LEVURE DE BIÈRE PURE SÉLECTIONNÉE)

Recueillie au cours de la fabrication de l'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS et concentrée en pilules INALTÉRABLES douées de toute l'énergie de la levure FRAICHE

N° 92. — SAMEDI 16 ET MARDI 19 AOUT 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 16 ET MARDI 19 AOUT 1902. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (1)

XIIe session, tenue à Grenoble, du 1er au 8 août 1902.

DISCUSSION DU RAPPORT : LES ÉTATS ANXIEUX DANS LES MALADIES MENTALES

M. BRISSAUD. Dès 1890, j'ai insisté sur les rapports de l'angoisse et de l'anxiété, mots qui ont chacun un sens particulier. L'angoisse est en effet une sensation physique résultat d'une irritation portant sur le pneumogastrique; l'angine de poitrine en est l'exemple le plus frappant au double point de vue clinique et pathogénique; l'angoisse, comme l'avait indiqué Vulpian, peut donc s'observer aussi chez l'animal dont on irrite la dixième paire. L'anxiété est un phénomène cérébral qui vient se surajouter à l'angoisse, qui vient traduire la terreur inspirée par celle-ci, qui peut même persister après la disparition de l'angoisse, sensation physique. Enfin j'ai déjà développé cette idée que, par la répétition des crises d'anxiété, cette anxiété prend en quelque sorte racine et peut se transformer en mélancolie.

M. DUPRÉ. Comme vient de l'exposer M. Brissaud, l'angoisse, qu'on doit distinguer de l'anxiété, est en relation avec un trouble portant sur la dixième paire; on peut ainsi dire que l'angoisse a une localisation bulbaire, au nœud vital de Flourens, ce qui indique sa valeur pronostique. Souvent dans la paralysie générale, comme l'a indiqué M. Londe, elle m'a paru avoir un mauvais pronostic, annonçant une marche rapide de l'affection.

M. ARNAUD. J'estime que l'anxiété n'est pas exclusivement un phénomène de nature organique périphérique dans lequel le cerveau n'a qu'un rôle passif. La volonté est lésée bien antérieurement à l'apparition des véritables crises d'angoisse. Quant à l'influence des troubles vaso-moteurs sur la production des émotions et de l'angoisse, elle est très contestée. On a donc trop diminué dans l'émotion et l'angoisse l'importance de l'intelligence et de la volonté.

M. HARTENBERG. La névrose d'angoisse décrite par Freud est caractérisée par une surexcitation nerveuse générale, un état d'angoisse chronique ou attente anxieuse, des accès d'angoisse aiguë paroxystique, des équivalents de la crise d'angoisse ou crises rudimentaires telles que troubles cardiaques, digestifs, respiratoires, par des phobies et des obsessions. Cette névrose d'angoisse est distincte aussi bien de la neurasthénie que de l'hystérie.

M. BALLET. Je n'admets pas la théorie de Freud qui voit dans « la névrose d'angoisse » une névrose spéciale à point de départ génital. Au point de vue étiologique, j'ai souvent constaté un violent choc moral, résultant le plus souvent d'une rupture de liaison, arrivant surtout à un âge avancé; j'ai souvent constaté aussi un traumatisme impressionnant. Le tableau clinique tracé par Freud est exact, mais il est bien difficile de distinguer parfois cette névrose soit de la neurasthénie, soit de la mélancolie, et de lui accorder ainsi une individualité nosologique.

M. RÉGIS. Je refuse à la névrose d'angoisse de Freud une autonomie. L'anxiété n'est pas une entité morbide, mais un symptôme qui peut se surajouter à un certain nombre de psychoses et de névroses, de telle sorte que la névrose d'angoisse me paraît établir un lieu de passage entre la neurasthénie et la mélancolie, parfois passagère et disparaissant avec la neurasthénie, parfois permanente et versant alors dans la mélancolie.

M. PARANT. L'angoisse que nous observons au cours des maladies mentales me paraît résulter de trois mécanismes. Parfois, il s'agit de délire diffus et le malade est angoissé sans en connaître la raison. Parfois, l'angoisse est causée par une hallucination auditive ou visuelle terrifiante. Enfin dans certains cas elle est le résultat de l'interprétation délirante sans hallucination. J'ai toujours obtenu de bons résultats thérapeutiques du traitement opiacé à fortes doses.

M. DOUTREBENTE. Je redoute l'hydrothérapie froide chez les anxieux et lui préfère aussi l'opium.

M. BRIAND. J'ai obtenu de bons résultats par la bromuration soit par voie stomacale, soit par la voie sous-cutanée.

M. ROUBINOVITCH. M. Lalanne a dit que le rôle des intoxications dans la production des états anxieux doit être beaucoup plus grand qu'on ne croit généralement. Je suis tout à fait de son avis. Cette notion a une grande importance pratique puisqu'elle permet d'instituer le traitement rationnel et curateur.

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 87, p. 873.

DISCUSSION DU RAPPORT : LES TICS

M. MEIGE. Pour répondre à une critique de M. Noguès à propos de l'infantilisme psychique des tiqueurs, je ferai remarquer que je n'ai jamais songé « à ajouter une nouvelle anomalie mentale » à la liste déjà si longue de celles qu'on relève chez les tiqueurs; j'ai seulement proposé une qualification qui est peut-être en même temps une explication.

Dans mon livre sur les tics et leur traitement, j'ai dit : « Le trouble mental prédominant est une imperfection de la volonté. La débilité, la versatilité de la volonté sont les caractéristiques de l'état mental du tiqueur. Cette manière d'être témoigne de l'insuffisance et de l'irrégularité des interventions corticales. Comme elle appartient normalement à l'enfant, sa persistance, malgré les progrès de l'âge, est l'indice d'un arrêt partiel du développement psychique; aussi l'état mental du tiqueur peut-il être qualifié d'infantile. » Le mot « partiel » appliqué à l'arrêt du développement psychique des tiqueurs a son importance : il met en garde contre la tendance qu'on pourrait avoir à considérer l'arrêt de développement psychique comme complet, total. Les tiqueurs n'ont rien de commun avec les crétins myxœdémateux, ces infantiles superlatifs.

Chez les infantiles proprement dits, qu'ils soient myxœdémateux ou du type Lorain, on sait bien que l'infantilisme corporel, surtout l'infantilisme psychique, ne sont le plus souvent que partiels; l'infantilisme psychique peut ne porter que sur certaines facultés, la volonté par exemple, alors que d'autres, comme l'intelligence, peuvent se développer normalement et même acquérir un certain éclat.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître le déséquilibre mental des tiqueurs. J'y ai longuement insisté, avant même de parler d'infantilisme psychique.

Lorsqu'un tiqueur se montre exagérément léger, versatile, inattentif, s'il a les impatiences, les rires et les pleurs fugaces d'un enfant et surtout s'il a toujours été ainsi, il est légitime de penser que chez cet adulte le développement psychique a subi un arrêt partiel, que son état mental a conservé une partie des attributs qui appartiennent à celui de l'enfant.

La constatation de l'état mental infantile des tiqueurs était utile à signaler; elle est de nature à confirmer ce fait insuffisamment reconnu, à savoir : que la plupart des tics sont non pas des accidents commandés par des lésions acquises du système nerveux, mais bien qu'ils dépendent d'arrêts ou de retards dans le développement des centres ou des voies d'association corticales.

La majorité des tiqueurs sont capables d'exécuter convenablement un mouvement bien défini dans leur esprit et commandé par un ordre précis, comme : Mettez le bout de votre index sur le bout de votre nez. Mais lorsqu'on leur dit de prendre telle ou telle attitude du corps ou des membres, dans un grand nombre de cas on remarque qu'ils n'ont pas une notion exacte de leurs attitudes. Alors qu'ils croient se bien tenir, si l'on vient à placer devant eux un miroir, ils sont tout surpris de l'incorrection de leur position. Cependant leurs actes volontaires sont corrects et ils ne semblent avoir aucun trouble de sensibilité cutanée, musculaire, articulaire, osseuse. Mais ils n'ont pas une notion exacte de leurs attitudes segmentaires, ce qui tient sans doute à l'imperfection de l'appareil cortical chargé de recevoir et de coordonner les impressions venues de la périphérie. Ce fait clinique comporte un enseignement pratique : dans le traitement des tics, qu'il s'agisse de faire observer l'immobilité absolue, de faire exécuter des mouvements méthodiques ou des exercices respiratoires, en règle générale le sujet sera placé devant un miroir. Il faut qu'il puisse contrôler par le secours de la vue les incorrections de ses attitudes et de ses gestes. De la sorte, il fait beaucoup plus aisément les corrections nécessaires et prend peu à peu l'habitude de viser à la suppression des actes automatiques inutiles, ce qui est, comme l'a dit M. Brissaud, la meilleure discipline motrice qu'on puisse appliquer aux tiqueurs.

Il faut aussi analyser les tics devant eux et leur apprendre à reproduire volontairement et très lentement les mouvements élémentaires dont ils se composent.

Le jour où un tiqueur est capable d'imiter à volonté son tic, il est aussi capable de l'enrayer volontairement.

L'emploi du miroir paraît à tous égards recommandable.

Les tiqueurs exerçant un contrôle insuffisant sur leurs actes moteurs, on ne saurait assez multiplier les moyens de perfectionner leur éducation en vue d'améliorer ce contrôle. Bien les instruire dans cette voie, c'est bien les soigner.

Il faut, par tous les moyens possibles, apprendre aux tiqueurs à se guérir.

M. CRUCHET. Il semble que M. Noguès a surtout étudié une forme spéciale de tic, un tic mental, mais qu'il n'a pas considéré le tic en général.

Je ne crois pas, en effet, que l'élément *psychique* ou *mental* soit un élément indispensable pour qu'il y ait tic : le seul nécessaire est l'élément *moteur* et cet élément doit être *clonique*.

Il s'ensuit que le spasme tel que l'a compris M. Brissaud, quand il est « systématisé », est également un tic, et, de même que dans l'hémiplégie, on peut considérer deux ordres de tics : l'*organique matériel* et le *fonctionnel*.

Je conclus :

1° Le tic est une variété dans le genre *convulsion*.

2° Le tic est un mouvement ou un groupe de mouvements reproduisant *cloniquement* un acte physiologique déterminé; il peut être *matériel* ou *fonctionnel*.

3° Le torticolis mental d'ordre clonique est un tic rotatoire, tandis que le torticolis mental d'ordre tonique est une *attitude*, mais pas un tic. A mon avis, ce torticolis *tonique* doit être retranché définitivement du groupe des tics en général.

M. GRASSET. Le tic est très souvent d'origine corticale. Mais il faut établir une distinction entre deux psychismes, l'un supérieur comprenant les actes volontaires et conscients et que j'appelle O, l'autre inférieur comprenant les actes automatiques et que j'appelle P (polygonal). J'ai donné en effet un schéma permettant de se représenter cette conception, ayant dénommé polygone l'association des neurones corticaux où siège le psychisme inférieur, mais se trouvant sous la direction d'un autre groupement O de neurones, siège de la volonté consciente et libre. Ainsi, dans ma conception, tout acte cortical est *psychique*, mais tout acte cortical ne sera *mental* que s'il relève du fonctionnement de O. Un hystérique est toujours un psychique ; car les manifestations hystériques sont le plus souvent d'origine polygonale, relevant du psychisme inférieur; mais s'il y a en même temps des troubles de O, c'est-à-dire du psychisme supérieur, l'hystérique devient un aliéné.

Les neurones moteurs étant ainsi groupés en étages successifs, bulbo-spinaux et corticaux, il peut exister des tics

d'origine diverse, bulbo-spinaux et corticaux. Dans ces derniers, le tic étudié tout particulièrement par M. Brissaud n'est pas *mental* au sens que je viens d'indiquer, mais bien *psychique*. Au début, le geste habituel était libre, volontaire, conscient, relevait par suite du psychisme supérieur de O ; mais plus tard automatique, involontaire, *polygonal*, il est devenu un *tic*.

M. JOFFROY. Il me semble difficile d'admettre la distinction entre les deux psychismes basée sur une hiérarchie de neurones. L'activité volontaire et l'activité involontaire, automatique, résident dans le même groupement d'éléments nerveux ; la seule différence consiste dans l'intensité de l'excitation, car le propre de l'habitude est de rendre les neurones de plus en plus excitables pour des excitations de plus en plus faibles.

J'insiste surtout sur les relations des tics avec les excitations sensitivo-sensorielles qui peuvent soit déterminer l'arrêt du tic, soit au contraire en être l'origine (tics nés à la suite d'hallucinations).

M. PITRES. Je veux, sans entrer dans la discussion théorique, apporter quelques conclusions qui se dégagent de l'examen de 70 observations de tics cloniques. Je n'ai point retenu les cas de torticolis mental qui, à mon avis, ne sont pas des tics. La grande majorité a apparu dans l'enfance, mais on peut en voir survenir aussi chez l'adulte et chez le vieillard. L'hérédité ne semble pas avoir le rôle considérable qu'on lui a attribué, car sur 70 cas je trouve 19 tics sans hérédité et 33 tics avec hérédité, dont 11 tics avec hérédité similaire. Les causes occasionnelles varient à l'infini et n'ont rien de spécial. Les tics se présentent tantôt sous l'aspect clinique complet, tantôt sous un aspect fruste, rudimentaire, très important à connaître d'une part, à cause de leur fréquence extrême chez l'enfant, d'autre part, à cause de l'amélioration rapide obtenue par le traitement, ou d'autres circonstances qui en rendent le diagnostic difficile (tic suspendu par la seule présence du médecin). Le tic peut aussi se rencontrer chez les animaux ; en particulier, les vétérinaires connaissent bien le tic aérophagique du cheval et le tic rythmé du facial chez le chien ; chez eux, le rôle de l'imitation dans la production des tics est facile à mettre en évidence.

Quant au traitement, je pense qu'il faut en exclure l'hypnotisme et que mon procédé de rééducation méthodique de la respiration, que l'*athmothérapie* constitue le meilleur moyen à opposer à cette affection, ainsi qu'en témoignent six nouvelles observations que nous communiquons avec mon élève M. Cruchet.

M. PIERRET. Dès 1885, j'ai étudié spécialement les tics chez les aliénés. L'aliéné est un psycho-sensoriel qui se livre à une mimique effrénée et ne peut se retenir. Tant que la personnalité du malade n'est pas atteinte, la mimique est en rapport avec le trouble mental ; mais à mesure que la démence survient, l'acte se répète, devient monotone, se transforme en tic, de telle sorte que le tic est un signe de grave pronostic.

Au surplus, il paraît exister souvent une cause organique à l'éclosion des tics. Le cerveau de l'enfant peut avoir été atteint au moment soit de la vie intra-utérine, soit de la naissance ; l'enfant paraît guéri, mais il reste une lésion minima que des conditions quelconques, mais généralement toxiques, pourront mettre de nouveau en évidence ; il n'est donc pas nécessaire de mettre les tics sur le compte de la dégénérescence mentale. La médecine vétérinaire nous en fournit un exemple. Le tic du chien, en effet, que vient de rappeler M. Pitres, est, comme je l'ai démontré, une myélite infectieuse. Si le chien guérit, il conserve des lésions minimes d'inflammation périvasculaire se traduisant par de véritables tics, avec parfois même exagération sous l'influence d'un état toxique. Il faut donc rechercher avec soin, chez les tiqueurs, les antécédents organiques, tels que chorée, car il est permis de supposer que, chez eux, un état toxique peut, à certains moments, déceler des lésions nerveuses silencieuses à l'état normal.

M. JANET. L'étude des tics rentre dans celle du problème des agitations motrices. Les caractères de ces agitations sont d'être exagérées, inutiles, sans adaptation, d'ordre inférieur. Une activité d'ordre inférieur se substitue ainsi à une activité d'ordre supérieur. Les malades commencent par être incapables des actes volontaires, des attentions, des émotions justes et adaptées : ainsi se crée un abaissement du niveau mental que l'on peut dénommer psycholepsie ; surviennent ensuite les diverses agitations à titre de phénomènes de dérivation.

M. HARTENBERG. Tout geste souvent répété tend naturellement à l'automatisme. Si la volonté est faible, ce geste se transformera en tic, le tiqueur est donc un aboulique.

M. BOISSIER. J'ai observé deux cas de mutilation accompagnés d'obsessions-suicides qu'ils ont déterminées.

M. BRIAND. J'ai observé au contraire plusieurs cas d'obsession ayant déterminé un tic.

M. BALLET. Le tic est une maladie de la représentation mentale d'un mouvement qui est reproduit consciemment d'abord, automatiquement ensuite, et dont la non-exécution provoque de l'angoisse ; il n'y a donc pas de véritable tic sans ce sentiment de malaise si le tic ne peut s'exécuter pour une cause quelconque ; on doit par suite éliminer du groupe des tics les spasmes, les gestes habituels, les actes des aliénés dont la non-exécution ne crée pas un sentiment d'angoisse.

M. HENRY MEIGE. Je persiste à croire qu'il est nécessaire d'opérer une distinction entre le *tic* et le *spasme*, ainsi que l'a fait M. Brissaud. Ce n'est pas une simple question de convention verbale. Les troubles moteurs présentent dans l'un et l'autre cas des caractères cliniques différents que nous nous sommes efforcés, M. Feindel et moi, de préciser. Et ce n'est pas seulement par des constatations d'autopsie permettant de déceler l'existence de la cause irritative qui provoque un spasme que l'on peut se prononcer en faveur de ce dernier. De même qu'on arrive souvent à distinguer une hémiplégie organique d'une hémiplégie hystérique par le seul examen de la marche, de même on peut, dans les cas typiques, différencier le *tic* du *spasme* par la localisation, la forme, l'allure générale des contractions musculaires. Nous en avons rapporté des exemples.

C'est à tort que M. Cruchet nous fait dire que nous supprimons les *tics d'habitude* de notre nosologie. Bien au contraire, nous avons consacré tout un chapitre à montrer l'importance de l'*habitude* dans la genèse du *tic*, *maladie de l'habitude*.

Mais toutes les habitudes motrices ne sont pas des tics : certaines méritent le nom de *stéréotypie*, quand la contraction musculaire n'est pas anormale en soi.

D'autres habitudes motrices ne sont pas des tics parce qu'elles ne sont pas d'une impériosité extrême, parce que leur répression ne s'accompagne pas d'un malaise souvent insurmontable. Et c'est précisément par là que s'affirme l'exis-

tence d'un certain désordre mental sans lequel le tic, trouble psycho-moteur, n'existe pas. Les mêmes caractéristiques psychiques qu'on retrouve dans les impulsions et les obsessions s'observent chez la plupart des tiqueurs.

A propos des *tics toniques*, M. Cruchet, par un ingénieux syllogisme, arrive à nous faire dire que « l'immobilité est un mouvement ». Pourquoi non? Quelque paradoxale que semble la formule, je ne doute pas qu'elle soit bien comprise. L'immobilité n'implique pas la résolution musculaire absolue. Et il est impossible de se tenir debout, *immobile*, sans contracter une foule de muscles des jambes ou du tronc dont l'action est indispensable à ce mode de station.

Mais ceci n'est qu'une chicane de mots, comme d'ailleurs la majorité des causes de discussion sur la question des tics. Ce qui montre combien il sera nécessaire de s'entendre sur un vocabulaire uniforme.

C'est un vœu que je forme, sans m'illusionner d'ailleurs sur le peu de chances qu'il a d'être jamais réalisé. Et c'est pourquoi il nous a paru impossible de donner des tics une *définition* et une *classification*. Systématiquement nous avons évité d'en proposer aucune, certain d'avance qu'elle ne serait pas unanimement acceptée, quant à présent du moins.

Mais nous croyons avoir pu dégager des faits d'observation purs et simples une conception du tic suffisamment compréhensible et suffisamment précise pour permettre de le reconnaître et de le distinguer de phénomènes similaires peut-être en apparence, bien qu'essentiellement différents quant à leur nature, leur pronostic et leur traitement. Il nous semble que cette notion du tic correspond bien aux idées émises par la grande majorité des membres de ce Congrès.

DISCUSSION DU RAPPORT : LES AUTOACCUSATEURS

M. RÉGIS. Il est certain que les obsédés peuvent arriver jusqu'à l'autoaccusation. Cependant une distinction doit être établie. Certains obsédés en effet sous l'influence d'un délire nocturne qui les a fortement impressionnés, peuvent, à l'état de veille consécutive au rêve, être assez convaincus pour aboutir à l'autoaccusation. Mais les obsédés, dont l'autoaccusation est, à l'état de veille, le développement extrême de l'obsession de leur idée obsédante, restent toujours des douteurs et n'arrivent donc pas jusqu'à l'autodénonciation. Ces derniers malades ne doivent pas être confondus avec les mélancoliques conscients qui, par le développement normal de leur idée de culpabilité, arrivent ainsi à la conviction et à l'autodénonciation, évolution de la mélancolie, il est vrai, assez rare. Enfin il existe un autre groupe d'impulsifs inconscients qui, coupables d'une faute mais hantés par le remords et la crainte de commettre de nouveaux méfaits, se dénoncent et réclament de la justice la peine de leurs délits.

MM. LEGRAIN, VALLON, GIRAUD, OBREGIER, DOUTREBENTE rapportent des observations nouvelles d'autoaccusateurs chez des alcooliques, des hystériques et des épileptiques.

(*A suivre.*) R. CESTAN.

MÉDECINE PRATIQUE

Les procédés d'épuration chimique de l'eau.

L'épuration de l'eau qui doit servir à l'alimentation peut être obtenue par différents procédés d'ordre physique : chaleur, réfrigération, filtration. Elle peut aussi être réalisée par des procédés d'ordre chimique, procédés plus faciles à employer, plus économiques, et qu'expose fort clairement l'excellent livre de M. Malméjac sur *l'eau dans l'alimentation* (1).

D'une manière générale, l'épuration chimique s'obtient en faisant agir un réactif déterminé sur l'eau à purifier de façon à lui enlever ses germes et ses matières organiques : elle peut être applicable en grand, ou au contraire être utilisée par de petites collectivités ou par des individus isolés.

Dans la première catégorie rentrent les procédés Anderson, Bergé et Marmier et Abraham. Le *procédé Anderson* est basé sur l'oxydation et le collage par le fer des matières organiques des eaux que l'on filtre ensuite sur le sable. Ce mode de purification ne permet pas d'obtenir des eaux stériles, mais assure une assez bonne épuration; il est assez souvent employé pour épurer l'eau d'un fleuve que l'on destine à l'alimentation, et se prête très bien à l'épuration des grandes masses d'eau.

Le *procédé Bergé* est basé sur l'oxydation des matières organiques de l'eau par le peroxyde de chlore. Il a été essayé à Ostende, où il a semblé donner de bons résultats, mais il est peu connu en France; de plus, il nécessite beaucoup de précautions, la préparation du peroxyde de chlore étant des plus délicates et pouvant même donner lieu à des explosions (Troost).

L'action puissamment antiseptique de l'ozone est utilisée dans les procédés de Tindal, Schneller et Van der Steen, dans le procédé Otto, et surtout dans l'*appareil de Marmier et Abraham*. Ces derniers auteurs paraissent avoir réalisé le difficile problème de la stérilisation en masse des eaux par l'ozone et leur procédé mérite d'entrer dans la pratique courante.

Quant aux procédés qui peuvent être utilisés à la fois par des collectivités importantes et par des individus isolés, ils sont des plus nombreux. Les *procédés à base de permanganate* donnent en général de bons résultats, tant au point de vue chimique que bactériologique; la difficulté de leur mise en œuvre est la réduction de l'excès de permanganate employé et la séparation des oxydes de manganèse formés. Pour cette cause, ils nécessitent tous une filtration : tous conviennent très bien pour de petites collectivités, mais ne sauraient sans difficulté être employés à épurer de grandes masses d'eau.

MM. Bordas et Girard se servent du permanganate de de chaux qui, en présence des matières organiques et de l'acide carbonique de l'eau, se décompose rapidement et à froid en oxygène, oxyde de manganèse et chaux. Pour enlever l'excès de permanganate, les auteurs se servent des oxydes inférieurs du manganèse qui réduisent le permanganate en se transformant en bioxyde de manganèse. L'eau traitée par ce procédé ne contient plus de matières organiques, elle est privée de ses germes et ne contient que de très faibles quantités de carbonate de chaux; elle renferme des traces d'eau oxygénée qui suffisent à en assurer l'oxydation. Dans le procédé Guichard, l'excès de permanganate de chaux est détruit par le fer. Le procédé Lapeyrère est basé sur l'action oxydante du permanganate de potasse jointe à l'action stérilisante de l'alun associé au carbonate de soude et à la chaux; la poudre employée est la suivante :

Permanganate de potasse.....	3	grammes.
Alun de soude cristalisé sec pulvérisé..................	10	—
Carbonate de chaux..........	9	—
Chaux de marbre foisonné....	3	—

Cette quantité est la dose moyenne pour épurer 100 litres d'eau : il faut donc 0gr25 de cette poudre pour purifier 1 litre d'eau. Ce procédé détruit toutes les matières organiques et tous les germes; il est simple, peu coûteux, facile à mettre

(1) F. Alcan, édit. Paris 1902, p. 275 et sqq.

en œuvre, et constitue, comme l'a dit M. Laveran, une méthode bonne et rapide.

Le *procédé à base d'alun*, « qui a été recommandé par Babès, est vieux comme le monde. De tout temps, les Chinois ont épuré leurs eaux de mare et de rivière en les agitant avec un bambou à l'extrémité duquel ils plaçaient un morceau d'alun ». Mais il est au fond fort imparfait, puisqu'il ne donne qu'exceptionnellement de l'eau pure de germes et laisse intact le bacille typhique (Max Teich). Werner a modifié quelque peu ce procédé en ajoutant à l'alun 0,10 de carbonate de soude par litre.

Dans les *procédés Almen et Mauget*, on ajoute à 1 litre d'eau à épurer VI gouttes de perchlorure de fer et 3 centimètres cubes d'eau de chaux ou de bicarbonate de soude en solution saturée; on agite et laisse déposer vingt-quatre heures. Ces procédés, qui ont été injustement critiqués, peuvent rendre les plus grands services.

Traube préconise pour épurer l'eau le *chlorure de chaux*, qui, à dose de 0,0004260, suffirait à steriliser en moins de deux heures 1 litre d'eau très riche en germes. Pour neutraliser le chlorure en excès, on ajoute 0,000209 de sulfite de soude par litre. Bavenage préfère une solution de *chlorure de chaux* à 1 p. 100, qu'on laisse cinq minutes en contact avec l'eau; on précipite ensuite le chlore par le bisulfite de chaux. Schumburg emploie une *solution bromo-bromurée*, dont on précipite ultérieurement le brome par un peu d'ammoniaque diluée. Allain préconise l'*iode* : on ajoute par litre d'eau VIII gouttes de teinture d'iode, agitée et laissée en contact pendant une demi-heure. On neutralise l'excès d'iode par l'addition d'une cuillerée à soupe d'infusion de café, de thé, de vin et l'on filtre.

De tous ces derniers procédés, quel est le meilleur? Des expériences comparatives de M. Malméjac, il résulte qu'aucun ne diminue le degré hydrotimétrique de l'eau, que les procédés Mauget et Almen diminuent la proportion de matières organiques beaucoup plus que ceux de Werner et de Babès, que le procédé le plus rapide est celui de Werner; puis viennent ceux d'Almen et de Mauget, puis de Babès. Les procédés à l'alun diminuent le nombre des germes beaucoup plus que les techniques qui utilisent le perchlorure de fer, mais ces dernières sont supérieures aux autres pour la destruction de certaines matières organiques telles que l'urée, le glycocolle, la tyrosine, la leucine. Pratiquement l'iode est peut-être le plus facile et le plus simple des désinfectants actuellement connus. En somme, « pour les corps étudiés, ceux qui agissent mécaniquement séparent de l'eau plus de matières organiques que les oxydants, mais par contre détruisent moins sûrement les germes que ces derniers ». L. B.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Sinus et sinusites maxillaires (1), par J. DE CROES, chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

C'est avec intérêt que j'ai parcouru ce livre que tout dentiste devrait avoir entre les mains et méditer longuement, car c'est avec regret que j'ai constaté bien souvent combien l'éducation des chirurgiens dentistes était défectueuse au point de vue de la connaissance des sinusites, de leur diagnostic et de leur traitement et pourtant l'intérêt que devrait avoir pour eux cette étude est considérable : je mets en fait que les trois quarts au moins des sinusites maxillaires sont d'origine dentaire et leur fréquence, si j'en juge par ma seule expérience, est très grande; il est vrai que, bien souvent, la sinusite marche lentement et évolue sans grand fracas; le premier symptôme qui éveille l'attention du sujet est alors assez fréquemment de l'obstruction du nez pour laquelle le patient vient consulter le spécialiste attitré; celui-ci constate la présence de polypes muqueux dans le méat moyen, baignant dans du muco pus peu abondant, et si, comme il doit le faire, il éclaire de parti pris la face du malade, en pareil cas, il constate de l'obscurité du côté correspondant à la fosse nasale obstruée; il examine alors les dents et souvent il trouve une molaire anciennement plombée qui ne fait pas souffrir le malade; tout au plus donne-t-elle lieu de temps à autre issue à quelques gouttelettes de pus par une fistule microscopique de la gencive avoisinante.

Telle est l'histoire banale de pratique courante, que le médecin général et le dentiste trop souvent ignorent. J'aurais aimé que M. J. de Croës montrât dans quelques pages de préface le grand inconvénient résultant de l'ignorance de pareils faits pour le dentiste auquel son livre devait plus particulièrement s'adresser.

Le livre de M. de Croës renferme un certain nombre de pages que j'ai lues avec intérêt, tout en ne partageant pas absolument sa façon de voir au point de vue thérapeutique.

P. V.

Traité de l'intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte (1), par le docteur A. BONAIN.

Le manuel que publie le docteur Bonain sur le tubage devrait être entre les mains de tout praticien; il est très documenté, rempli de faits et de détails de pratique dictés par une expérience personnelle remontant à dix ans et déjà assez complète, en 1894, pour que le docteur Roux ait prié à cette époque M. Bonain d'enseigner la technique du tubage à l'hôpital Trousseau et à celui des Enfants-Malades; les résultats comparés de la trachéotomie et du tubage plaidèrent alors définitivement en faveur de la méthode de Bouchut-O Dwyer qui devint et est restée la méthode de choix dans ces hôpitaux.

Mais l auteur du traité dont je parle aujourd'hui va plus loin : avec Jacques, Castelain, Escat en France, Gallati à Vienne, Trumpp à Munich, Egidi à Rome, etc., il se montre partisan résolu de l'intubation dans la clientèle privée, même sans surveillance constante du malade par un médecin exercé au tubage.

D'après M. Bonain, la moyenne de la mortalité du tubage en ville serait de 27,4 p. 100, celle de la trachéotomie de 41 p. 100, moyenne qui se rapprocherait de celle que l'on observait dans les hôpitaux (43 p. 100).

Si je m'en rapporte à un travail que j'ai publié, dans ce journal, sur cette question (2), en 1900, ces derniers chiffres seraient un peu élevés : la moyenne de la mortalité par trachéotomie ou tubage à l'hôpital, s'élevant, d'après les statistiques que j'avais compulsées à cette époque, entre 25 et 45 p. 100, c'est-à-dire en moyenne à 35 p. 100.

Il n'en resterait pas moins vrai, si l'on s'en fiait aux résultats de l'enquête personnelle (p. 166) qu'a entreprise le docteur Bonain auprès des médecins ayant la pratique du tubage en ville, que sa mortalité serait notablement inférieure à la pratique de la trachéotomie dans les mêmes conditions et que, par suite, les quelques accidents de rejet spontané du tube ou d'obstruction brusque, auxquels expose la pratique du tubage sans surveillance continue ne suffiraient pas à hausser le chiffre de mortalité du tubage au chiffre de mortalité par trachéotomie.

Il est vrai que, dans la pensée de l'auteur, comme dans celle de tous ceux qui préconisent le tubage sans surveillance continue, cette méthode nécessite une série de conditions et de précautions particulières sur lesquels M. Bonain

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine.

(1) In-12. — Paris, Alcan.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 21 juin 1900, n° 70.

insiste à plusieurs reprises dans son intéressant volume (notamment p. 172). Le fait de laisser le fil attaché au tube paraît de nature à favoriser tout particulièrement le rejet du tube en l'absence du médecin et semble avoir causé plusieurs morts.

P. V.

Le liquide céphalo-rachidien (1), par le docteur SICARD.

Le liquide céphalo-rachidien appartient à l'heure actuelle à la clinique, car il est facile de le recueillir et de l'analyser. Il n'est plus possible au médecin de se désintéresser de la ponction lombaire qu'il doit savoir pratiquer au même titre que la thoracentèse et la paracentèse. M. Sicard a donc exposé avec méthode et clarté toutes nos connaissances actuelles sur le liquide céphalo-rachidien. Après une remarquable préface où le professeur Brissaud expose le développement embryologique des espaces arachnoïdiens, l'auteur passe successivement en revue la technique de la ponction lombaire (points de repère, acte opératoire, incidents, etc...), puis l'anatomie des espaces sous-arachnoïdiens. La physiologie, sécrétion et absorption, les caractères physiques, les caractères chimiques, les caractères bactériologiques, les caractères cytologiques constituent autant de chapitres où sont examinés successivement d'abord l'état normal, ensuite les divers états pathologiques, processus méningés aigus, processus méningés chroniques, affections diverses de la moelle et du cerveau. L'histoire du liquide céphalo-rachidien, née d'hier, est encore incomplète; elle fixe en ce moment-ci l'attention de tous les neurologistes. Il devenait indispensable pour eux de posséder un ouvrage qui condenserait toutes nos connaissances. Ainsi attendu, cet ouvrage répond par son fond et par sa forme à tous les desiderata. On pouvait d'ailleurs l'espérer, puisque M. Sicard a si largement contribué par ses travaux antérieurs à nous faire connaître la pathologie du liquide céphalo-rachidien.

R. CESTAN.

(1) In-8° (Encyclop. Léauté). — Paris, Masson et Gauthier-Villars.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

M. ROBINET. La rougeole à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1901. — M. PANITCH. Contribution à l'étude de l'hémiplégie précoce de la méningite tuberculeuse. — M. Jean PETIT. De la prostatectomie périnéale. Résultats opératoires et cliniques. Technique opératoire. — M. DE FELICE. Accouchement rapide dans l'éclampsie. — M. LEGROS. Recherches bactériologiques sur les gangrènes gazeuses aiguës. — M. PALLEGOIX. Des néphrites aiguës bénignes dites primitives chez l'enfant. — M. LE ROUZIC. Hématométrie unilatérale dans un utérus bi-corne avec vagin simple. — M. GUILLEMET. Sur certaines formes de tumeurs malignes des paupières. — M. MESMAIN. Contribution à l'étude des oreillons en général, et en particulier des oreillons sous-maxillaires. — M. GOSSELIN. Contribution à l'étude du traitement médical des métrites et salpingites. — M. DECQ. Fractures de l'olécrâne, leur traitement par le cerclage. — M. SAUVAGE. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et du traitement des ruptures de l'utérus pendant le travail et l'accouchement. — M. SABATIÉ. Les ulcères de la région pilorique. — M. DELHOMMEAU. Etude médico-légale des lésions valvulaires aortiques consécutives aux contusions du thorax. — D. GIRARD. Le cœur dans la diphtérie. — M. GUYOT. Des fistules uréthro-rectales et de leur traitement en particulier. — M. PAGÈS. Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes du vagin (32 observations avec examen histologique de la tumeur kystique). — M. MONFLIER. Du traitement des plaies de poitrine par l'immobilisation. — M. JEANNIN. Étiologie et pathogénie des infections puerpérales putrides. — M. BOUCHET. Accidents de la constipation pendant la grossesse. — M. MARSAT. Les idées fixes dans la fièvre typhoïde. — M. CHAUVEAU. Le mécanisme du bruit de galop. — M. PORTEMER. De l'érotomanie au point du vue médico-légal. — M. JARVIS. Contribution à l'étude du rhumatisme pleural. — M. STOICESCU. Paludisme en Roumanie (notes de statistique et sa prophylaxie). — M. LOUBET. Énucléation par voie abdominale des fibromes utérins. — M. SAVELLI. Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes séreux congénitaux du cou. — M. DUGUEY. Plaies de l'abdomen. Leur traitement. — M. BERGOUIGNAN. Le traitement rénal des cardiopathies artérielles. — M. FLORANGE. Des manifestations osseuses et articulaires de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — M. BRAYE. Contribution à l'étude de la tuberculose de l'utérus. — M. FABRE. Des luxations en avant dans la coxalgie. — M. MAUBERT. Des blessures de l'uretère dans les interventions abdominales sur l'utérus et les annexes. — M. FERREUX. Des troubles respiratoires d'origine menstruelle. — M. TOURLET. Contribution à l'étude de la linite plastique. — M. GONZALÈS-QUIJANO. La théorie des ions en électricité médicale. — M. TISSOT. Les éliminations urinaires chez les paralytiques généraux (Recherches par l'épreuve du bleu de méthylène). — M. PETIT. Sur la valeur de la réduction par le procédé non sanglant dans les luxations non congénitales de la hanche. — M. LENORMAND. Étude sur la localisation des réflexes dans l'axe cérébro-spinal. — M. STAHL. Étude clinique et thérapeutique du méthylarsinate disodique (arrhénol). — M. BELLAN. Angine pseudo-membraneuse secondaire de la syphilis. — M. LASNE-DESVAREILLES. Helminthiase. Symptomatologie. — M. ROCHE. La péricystite lacrymale. M. SEGUIN. La médecine infantile chez les Grecs et les Romains. — M. VIEUBLED. Lait stérilisé et rachitisme. — M. CHABERT. Contribution à l'étude du pemphigus aigu. — M. CHESNAIS. Thyroïdites à bacilles d'Eberth. — M. GÉRARD. Fractures du calcanéum. — M. POUPAULT. De la cystocèle inguinale. — M. BACHMANN. Du chondrôme des os de la main chez les enfants. — M. LACOMBE. La méthode épidurale. — M. VURPAS. Contribution à l'étude des délires systématisés. — Mlle MARTIN. De l'action des bains dans les suites de couches. — M. JAMET. Les pyémies bénignes à déterminations cutanées (pustules de Colles). — M. MENDELSSOHN. Contribution à l'étude de la galactophorite. — M. SCHMITKO. Traitement du lupus érythémateux, en particulier par la photothérapie. — M. MAYER. Étude d'un symptôme différentiel de l'exanthème scarlatineux. — M. GRANGE. Du traitement médical dans la péritonite tuberculeuse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles de médecine. — *Alger.* — M. le docteur Soulié, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est nommé professeur de pathologie générale, de microbiologie et de parasitologie.

Angers. — M. le docteur Motais est nommé professeur de clinique ophtalmologique.

M. le docteur Sarazin, chargé de cours, est nommé professeur de physique.

Rennes. — M. le docteur Le Damany, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur d'hygiène et de médecine légale.

Tours. — M. le docteur Pariost, chargé de cours, est nommé professeur d'histologie.

Hôpitaux de province. — *Orléans.* — Un concours s'ouvrira, le mardi 16 décembre prochain, à deux heures et demie, pour trois places d'interne titulaire et cinq places d'interne provisoire.

Tous les étudiants en médecine ayant au moins une inscription sont admis à ce concours.

Pour s'inscrire et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-deuxième semaine, 798 décès, au lieu**

de 802 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 919. L'état sanitaire continue donc à être très satisfaisant.

La **fièvre typhoïde** a causé 8 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 17; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins à la préfecture de police (46) est inférieur à celui de la semaine précédente (60) et à la moyenne (83).

La **variole** n'a causé aucun décès, depuis quatre semaines, fait qui ne s'était pas produit depuis le commencement de 1900; le nombre des cas nouveaux (8) reste stationnaire, mais toujours inférieur à la moyenne 12.

La **rougeole** a causé 5 décès, au lieu de 15 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 13; la **scarlatine** 9 au lieu de 1 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 2; la **coqueluche**, 2 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 7; la **diphtérie** 11 décès, au lieu de 5 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 4; pour cette dernière affection, le nombre des cas nouveaux (76) continue à diminuer, mais reste très supérieur à la moyenne (40).

La **diarrhée infantile** a causé 57 décès de 0 à 1 an, au lieu de 67 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 133; l'augmentation signalée la semaine dernière ne tend pas à se maintenir; on doit cependant dire que 10 enfants de 1 à 2 ans et 7 individus de plus de 2 ans ont succombé à la diarrhée; il faut donc continuer à prendre pour l'alimentation des jeunes enfants, les plus menacés actuellement, les précautions que nous avons indiquées antérieurement et veiller à la parfaite pureté du lait, qui doit toujours leur être présenté stérilisé.

En outre, 22 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 68 décès, au lieu de 82 pendant la semaine précédente et au lieu de 94, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 3 décès (au lieu de la moyenne 6); bronchite chronique, 6 (au lieu de la moyenne 13); pneumonie, 22 (chiffre identique à la moyenne 19); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 37 (au lieu de la moyenne 53), dont 11 sont dus à la congestion pulmonaire et 17 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 210 décès; la méningite tuberculeuse, 17; **la méningite simple**, 25; **les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 37; les maladies organiques du cœur, 52; le cancer a fait périr 53 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 9 décès; la cirrhose du foie, 13; la néphrite 14; enfin, 22 vieillards sont morts de débilité sénile.**

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — A partir du 18 août la Cie P.-L.-M. appliquera les appareils garde-place aux voitures directes circulant entre Paris et Genève, et Paris et Chambéry, dans les trains suivants :

Train n° 1 partant de Paris à 9 h. 20 matin;

Train n° 564 partant de Genève à 11 h. 10 matin;

Train n° 612 partant de Chambéry à 11 h. 50 matin et d'Aix-les-Bains à 12 h. 22 soir.

L'emploi de ces appareils assure aux voyageurs la possession indiscutée de la place qu'ils ont choisie dans le train.

Les voyageurs pourront également faire retenir leurs places à l'avance au départ des gares de Paris, Genève, Chambéry et Aix-les-Bains, moyennant le paiement d'une taxe de location de 1 franc par place.

Excursions en Dauphiné.— La Compagnie P.-L.-M. offre aux touristes et aux familles qui désirent se rendre dans le Dauphiné, vers lequel les voyageurs se portent de plus en plus nombreux chaque année, diverses combinaisons de voyages circulaires à itinéraires fixes ou facultatifs permettant de visiter, à des prix réduits, les parties les plus intéressantes de cette admirable région : la Grande-Chartreuse, les gorges de la Bourne, les Grands-Goulets, les massifs d'Allevard et des Sept-Laux, la route de Briançon et les massifs du Pelvoux, etc.

La nomenclature de ces voyages, avec prix et conditions, figure dans le Livret-Guide officiel P.-L.-M., qui est mis en vente au prix de 50 centimes dans les gares de son réseau, ou envoyé contre 85 centimes en timbres poste adressés au service central de l'exploitation (publicité), 20, boulevard Diderot, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 93. — JEUDI 21 AOUT 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 21 AOUT 1902. — N° 93.



Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

PLAIE DOUBLE DU CŒUR PAR BALLE (VENTRICULE GAUCHE), SUTURES, GUÉRISON

Par P. LAUNAY, chirurgien des hôpitaux de Paris (1).

Le lundi matin 3 mars 1902, appelé comme chirurgien de garde à trois heures du matin, je suis à Lariboisière à trois heures et demie. Je trouve un malade de vingt-six ans, pâle et affaissé, qui parle cependant encore et raconte qu'il s'est tiré vers minuit (donc trois heures et demie avant) un coup de revolver dans la région du cœur.

Il existe une plaie petite (balle de 7 millimètres) juste sur le mamelon gauche, par laquelle s'écoule un peu de sang de façon continue.

Le pouls est fuyant et incomptable, la percussion donne une sonorité exagérée dans tout le côté gauche antérieur de la poitrine et de la sonorité au niveau de la région précordiale. A l'auscultation, pas de bruits respiratoires à gauche et en avant, bruits du cœur très faibles et assourdis; de temps en temps, un clapotis très net (bruit de roue de moulin). Il y a donc évidemment pneumothorax gauche, et, comme l'a diagnostiqué M. Poirier de Clisson, interne de garde, il existe un hémo-péricarde indiquant une plaie du cœur.

Le malade, transporté à la salle d'opération, rasé et nettoyé, est endormi au chloroforme à très petite dose, pendant qu'on installe une injection de sérum artificiel sous-cutanée, qui dure pendant toute l'opération (2 litres).

Je taille le lambeau de Fontan; incise un U à base externe rasant le sternum à gauche, passant au-dessus de la quatrième côte en haut, au-dessous de la sixième en bas, comprenant par conséquent quatrième, cinquième et sixième côtes. Je sectionne toutes les parties molles jusqu'aux côtes, coupe au bistouri les trois cartilages costaux, au ras du sternum, et avec le costotome les deux côtes extrêmes un peu en arrière du niveau du mamelon.

Le lambeau ostéo-musculo-cutané est soulevé par son bord sternal, et la plèvre décollée lentement. La cinquième côte est brisée au niveau des deux autres sections, en relevant le lambeau qui se rabat en dehors. La plèvre est déjà ouverte en bas et le décollement a agrandi l'ouverture qui est complétée aux ciseaux dans toute la hauteur de la plaie, à 1 centimètre en dehors de l'artère mammaire interne restée intacte.

Le poumon est affaissé et rétracté; il existe près du bord antérieur, sur la lame précordiale, une perforation qui ne saigne pas; cependant l'épanchement sanguin dans la plèvre est très abondant.

Par une plaie du péricarde, située près de la pointe du cœur, s'écoule du sang d'une façon lente et continue. Le péricarde et la plèvre médiastine sont, ensemble, incisés longitudinalement, et le cœur apparaît battant avec violence.

Je découvre facilement une plaie de la face antérieure du ventricule gauche, à 2 centimètres environ de la pointe, près du bord gauche; il s'écoule par cette plaie du sang non projeté en jet, et l'écoulement se fait seulement au moment de la diastole.

Cette plaie est facilement suturée par un surjet de catgut, qui l'obture complètement et arrête l'hémorragie.

Cherchant l'orifice de sortie de la balle, je soulève le cœur par sa pointe et je découvre une seconde plaie sur la face postérieure du ventricule gauche, à sa base, près du sillon auriculo-ventriculaire. La suture de ce second orifice, par lequel découle aussi du sang, est beaucoup plus difficile; le cœur, soulevé et rejeté vers la droite du malade, bat avec précipitation. Un premier fil cependant peut être placé et, tenu par l'aide, fixe assez l'organe pour permettre de placer un petit surjet qui arrête l'hémorragie.

Le péricarde est rapidement débarrassé des caillots situés derrière le cœur, puis est refermé par un surjet de catgut; un drain est placé à la partie inférieure de la suture.

Je vide ensuite la plèvre de la plus grande partie du sang qu'elle contient abondamment, j'examine à nouveau le poumon qui ne saigne pas, et, ne pouvant rapprocher les bords de la plèvre pour la suturer, je rabats le volet thoracique, en laissant un second drain dans la plèvre.

Le volet est suturé sur tout son pourtour, les deux drains sortant sous son bord inférieur.

L'opération terminée et ayant duré trente-cinq à quarante minutes, le pouls du blessé reste fuyant et incom-

(1) Cette observation a fait l'objet d'un rapport de M. Peyrot à l'Académie de médecine (séance du 29 juillet 1902).

ptable, mais il n'a cessé de battre, à aucun moment, et la respiration a toujours été facile.

Suites. — Je revois le blessé dans la journée, vers trois heures; il est éveillé et tranquille, cause bien et facilement, ne souffre pas, se plaint d'un peu de gêne dans les grandes inspirations, mais n'a pas de dyspnée. La température du matin était de 36°4. Le pouls est maintenant ample et fort et bat régulièrement, de 100 à 120 à la minute.

Les suites opératoires sont très simples : la température monte pendant deux jours jusqu'à 38 degrés, puis redescend à 37 définitivement, le pouls reprend le lendemain son rythme normal.

Les deux drains sont supprimés au bout de quarante-huit heures, les fils enlevés le huitième jour, la plaie est réunie par première intention.

Le dixième jour le blessé se lève et se trouve bien, l'auscultation du cœur n'y fait découvrir aucun bruit anormal.

Le malade quitte l'hôpital le samedi 15 mars et, revu deux mois après, se porte tout à fait bien, ne se plaignant d'aucune gêne. L'auscultation ne montre rien d'anormal du côté du cœur et du poumon gauche.

La radiographie a montré la balle dans les masses péri-vertébrales, à gauche du rachis.

HOTEL-DIEU DE LYON

DEXTROCARDIE ACQUISE PAR PLEURÉSIE DROITE A CŒUR INVERSÉ, ET NON REFOULÉ

Par MM. le docteur J. Garel, médecin des hôpitaux, et F. Varay, interne des hôpitaux.

Il est de mode, aujourd'hui comme autrefois, de rapporter les cas de dextrocardie; ceux-ci ne sont cependant plus rares. Signalés dès longtemps, ils étaient publiés, il y a quelque vingt ans, comme des faits isolés dont la rareté fait l'importance, puis accumulés dans la littérature comme matériaux, en attendant qu'on en dégage la forme et la loi. La formule Pitres et Bard trouvée, chaque auteur heureux publiait sa trouvaille, en accordant son examen clinique aux données du *refoulement* pour la dextrocardie acquise, de l'*inversion* viscérale pour la dextrocardie congénitale. Il ne manquait à la loi de Bard que quelques preuves nécropsiques plus fréquentes pour avoir droit de texte; elle restait vraie, même en changeant les termes du problème et en classant les dextrocardies en pathologiques et tératologiques.

Les cas nouveaux ne servaient plus que de développement à cet axiome : droite ou gauche, la lésion *acquise refoulait* le cœur; ce n'était plus que question d'étiologie et de pathogénie *congénitale*, la dextrocardie tératologique s'accompagnait toujours d'hétérotaxie; *pure*, elle n'existait pas sans malformation cardiaque; la dextrocardie congénitale, isolée sans malformations, n'était qu'une dextrocardie acquise [A. Pic (1)].

Le cas que nous venons d'observer cliniquement ne rentre plus dans ces formules classiques. Le cœur est *inversé* sans hétérotaxie, sans malformations. Alors, c'est ou bien une dextrocardie congénitale, sans malformation et isolée (par conséquent un cas unique), ou bien une dextrocardie acquise, mais à cœur inversé, non plus refoulé ou attiré. La malade, présentée à la Société médicale des hôpitaux, a soulevé une intéressante et longue discussion (1); nos maîtres les plus autorisés ont penché vers l'origine acquise de la lésion, malgré la loi de Bard. Nous avons cru utile de rapporter en détail l'observation et la discussion de son interprétation, qui remettent en débat certains points du diagnostic différentiel de la dextrocardie congénitale ou acquise.

Observation. — *Diagnostic.* — Bacillose : adénopathie trachéo-bronchique, compression de la branche supérieure de la bronche gauche. Pleurésie droite.

Dextrocardie complète, avec cœur inversé, sans hétérotaxie; troubles fonctionnels légers (dyspnée d'effort).

P..., Alphonsine, âgée de vingt-sept ans, vint consulter M. Garel, le 13 janvier, pour les suites d'une pleurésie qu'elle aurait eue au mois de mai dernier. Comme elle présentait une matité assez étendue dans tout le côté droit du thorax, M. Garel lui conseille aussitôt d'entrer dans son service.

Elle entre salle Sainte-Marie, le 15 janvier, n° 33. La malade n'a pas d'antécédents héréditaires; ses père et mère sont vivants et en bonne santé; une sœur en bonne santé; un frère mort à l'âge d'un an, d'affection indéterminée.

Elle n'eut aucune des affections de l'enfance. A l'âge de trois ans, elle aurait subi un traumatisme avec fracture de deux côtes, dont on retrouve la trace à gauche, sous forme de cal peu volumineux (cinquième et sixième côtes). La malade ne s'est jamais ressentie de ce traumatisme (ces renseignements ont été fournis par sa mère).

Réglée à quatorze ans, irrégulièrement.

Anémie durant l'adolescence.

Il y a dix mois, en mai 1901, elle est obligée de s'aliter. Depuis deux mois en effet, elle a une toux coqueluchoïde, dont les quintes incomplètes et fréquentes ne s'accompagnent pas de reprises, ni de vomissements. Parfois dans les fortes secousses, la tonalité de cette toux devient rauque, férine, aboyante [probablement toux de compression (2)]. Cette toux tend à diminuer depuis quelques jours. Mais, en revanche, au moment où elle s'alite, la malade présente quelques symptômes généraux (fièvre, céphalée, quelques frissons). Elle est légèrement essoufflée, surtout dans l'effort. Elle souffre de la poitrine, mais cette douleur est erratique, tantôt à droite, tantôt à gauche, le plus souvent au creux épigastrique, mobile, intermittente, variable dans son expression (sensation de piqûre, de tiraillement), sans rien de la netteté d'un point pleurétique.

Le médecin (aujourd'hui décédé, malheureusement muet), appelé, diagnostique, au dire de la malade, une « pleurésie droite qui doit exister depuis un certain temps »; et, détail à noter, déclare à la malade que les bruits du cœur sont très faibles (l'auscultation porta sans doute sur le côté gauche). La malade s'alite douze jours; son état s'améliore rapidement; elle reprend son travail, mais reste affaiblie. Elle est rapidement lasse, si elle se livre à un exercice pénible; elle continue cependant son métier de femme de chambre.

Il y a dix jours, cette asthénie générale et une légère dyspnée d'effort la font se plaindre et c'est dans cet état qu'elle entre à l'Hôtel-Dieu.

Son état général est satisfaisant; elle est petite, un peu pâle. Elle ne se plaint que d'être essoufflée, quand elle se fatigue; elle n'accuse aucun trouble cardiaque subjectif (ni douleur, ni palpitation, ni lipothymie); elle n'a pas de point de côté; de temps à autre, quelque sensation de piqûre ou de pincement au niveau du creux épigastrique. Elle a quelques secousses de toux légères, brèves, non quinteuses ou aboyantes. Elle ne crache pas, n'a jamais eu d'hémoptysie.

(1) Alaux. Th. de Lyon.

(1) Séance du 14 février 1902.

(2) Garel. Communic. à la Soc. méd. des hôpit., janvier 1902.

Elle digère bien, éprouve parfois une sensation de ballonnement après son repas; sans pyrosis, sans éructation, sans vomissement; pas de constipation.

Les menstrues, peu abondantes, avancent habituellement de quelques jours.

Examen clinique. — La malade placée dans le décubitus horizontal, on est d'abord frappé de l'absence des bruits cardiaques à gauche, et de leur existence nette à droite, ce qui porte à examiner son cœur.

A l'*inspection*, à part une ampliation respiratoire plus grande à gauche, et sur laquelle nous reviendrons, on ne constate aucune pulsation cardiaque; à droite, au contraire, on perçoit un léger soulèvement au niveau du troisième espace, à 2 centimètres du bord sternal; ce soulèvement est plus manifeste, quand la malade vient de bouger ou de marcher.

A la *percussion*, la sonorité est complète à gauche; à droite, submatité en triangle rectangle, dont l'un des côtés droits est représenté par la matité hépatique, l'autre par le bord gauche du sternum et l'hypothénuse par une ligne oblique, peu nette, qui va du deuxième espace intercostal droit au septième espace environ sur la ligne axillaire. Cette ligne, ou plutôt cette bande, qui sert de limite externe à l'aire de submatité, assez nette en haut, est très flou en bas, et empêche d'obtenir tout renseignement précis de la variabilité de la matité avec les changements d'attitude.

A la *palpation*, la pulsation de la pointe est perçue nettement dans le cinquième espace droit sur la ligne mamelonnaire. On ne peut apprécier sa mobilité par les changements de position. Dans le troisième espace droit, à 3 centimètres du bord sternal, nous croyons percevoir le choc diastolique de Friedreich-Bondet. En dessus du sein, légèrement en dedans de la ligne mamelonnaire, soulèvement systolique mal localisé, donnant à certains moments la sensation d'un frémissement. Rien à gauche.

A l'*auscultation*, les bruits sont nets, bien frappés, absolument purs. Le maximum du premier bruit est nettement à la pointe. C'est dans le troisième espace, près du bord sternal, que le second bruit est le plus net, à timbre sec, presque claquant. Ces bruits cardiaques ne se propagent pas au delà du bord gauche du sternum. A droite ils diminuent régulièrement, mais faiblement, d'intensité à mesure qu'on s'éloigne du mamelon pour aller en dehors et en arrière. Vers l'épine de l'omoplate, les deux bruits sont nets, le cœur semble battre sous l'oreille.

Rien d'anormal dans les vaisseaux du cou.

Pouls régulier et tranquille : 92.

Pas de cyanose, pas d'œdème des membres inférieurs.

Poumons et thorax. — On constate un abaissement de l'épaule droite quand la malade est debout, un léger aplatissement de la poitrine en avant et une dépression des espaces intercostaux à la base droite.

A la *palpation*, la poitrine prise, à sa base, à pleines mains, se dilate moins du côté droit que du côté gauche. Les vibrations thoraciques ne peuvent être explorées, la malade n'arrive pas à faire vibrer sa paroi.

A la *percussion*, en arrière, à gauche, dans toute la hauteur, sonorité normale; à droite, submatité jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate. Sonorité normale au sommet. En avant, légère sonorité tympanique au sommet droit.

A l'*auscultation*, au sommet gauche, souffle tubo-creux dans la fosse sus-épineuse : respiration diminuée dans tout le sommet. A la base, au contraire, respiration pure et ample. A droite, au sommet, respiration rude et bronchique; à la base, respiration très rude, sans murmure, sans bruits anormaux Bronchophonie.

Foie petit; sa matité supérieure remonte à la cinquième côte. Son bord inférieur, senti sous les fausses côtes, est mobile avec la respiration.

Rien aux autres organes.

Pas d'albumine dans les urines.

Pas de température.

Examen laryngoscopique. — Larynx pur; on aperçoit à travers les cordes les anneaux de la trachée; à partir du cinquième ou sixième, ceux du côté gauche tendent à occuper l'image et leur face antérieure est plus visible. Il semble que la trachée est inclinée à droite, tandis que sa face gauche tend à devenir antérieure. On ne peut percevoir l'éperon bronchique (méthode de Killian).

Examen radioscopique, pratiqué par le docteur Destot. Le poumon gauche est très clair, comme un poumon emphysémateux. Aucune trace du cœur.

Le poumon droit est gris à son sommet, noir au-dessous de la quatrième côte. On voit une ombre triangulaire limitée par le sternum (bord gauche) se confondant en bas avec la matité hépatique, limitée en dehors par une ligne allant du bord sternal premier espace, se perdre en dehors et en bas dans la masse grise de la base. En dedans et au-dessus du sein, cette ombre est animée de battements, d'une incursion de 1 centimètre et demi environ, synchrones au pouls. La pointe semble battre sous le mamelon, mais l'estompage de toute la base ne permet pas d'être très affirmatif.

A chaque inspiration, la coupole diaphragmatique, très nette à gauche, descend de 4 à 5 centimètres, avec au-dessous d'elle une ombre claire, représentant les gaz de l'estomac.

A droite, le foie subit également un abaissement et entraîne à sa suite toute la masse cardiaque. Légères taches à gauche le long du sternum (ganglions).

Le côté gauche du thorax est très dilatable; à droite, les côtes sont plus inclinées sur la colonne et moins mobiles.

A cause des ombres de la base droite, l'examen latéral ne permet pas de préciser davantage ces détails.

Radiographie (pratiquée par le docteur Destot) représentant le thorax dans son véritable sens, le cliché ayant été pris par la face antérieure.

La malade quitte l'hôpital après huit jours de séjour,



pour reprendre sa charge de femme de chambre, navrée de se savoir le cœur à droite, ce dont elle ne s'était jamais aperçue.

La malade fut présentée à la Société médicale des hôpitaux (séances des 7 et 14 février), à cause de la difficulté du diagnostic de l'inversion cardiaque. La plupart des membres l'examinèrent et assistèrent à l'éclairage radioscopique ; ils reconnurent l'*axe du cœur incliné de haut en bas et de gauche à droite*. La dextrocardie était-elle alors congénitale ou acquise? Des arguments plaidaient en faveur des deux hypothèses ; mais l'une des deux était nécessaire et s'opposait à une des formules énoncées : le refoulement, si la lésion était acquise ; la complexité de l'inversion, si elle était congénitale.

En faveur de l'*origine congénitale*, on pouvait invoquer :

1° La *modalité* de l'inversion cardiaque, car l'axe du cœur est symétrique de ce qu'il est à gauche, comme « vu dans un miroir » ; la pointe est mamelonnaire ; la base certainement plus rapprochée de la ligne médiane. Suivant la loi de Bard, le cœur est inversé, non refoulé. Suivant les expériences de Pitres, la pointe cardiaque ne peut dépasser, dans le pis aller le plus accentué, le bord droit du sternum. Dans les observations rapportées de dextrocardie acquise, avec vérifications, la pointe reste toujours près de l'appendice xiphoïde, tandis que la base est plus ou moins refoulée à droite, l'axe pivotant autour de la pointe comme centre et pouvant être, selon les degrés, vertical, incliné à droite, ou presque horizontal.

2° L'*absence de troubles fonctionnels* : car une pleurésie droite, ayant amené cette transposition cardiaque, ne pourrait pas laisser au porteur une santé presque normale, à peine un peu de dyspnée dans la fatigue ou l'effort.

3° La *légèreté de la rétraction thoracique* : les espaces droits sont bien plus marqués qu'à gauche, les côtes légèrement inclinées, mais il n'y a rien de l'effondrement qu'on devrait attendre des adhérences capables de mobiliser la pointe sur un parcours de plus de 20 centimètres.

Cette rétraction peut d'ailleurs être mise toute sur le compte de la pleurésie droite, affection intercurrente. Celle-ci est survenue à droite ; elle aurait pu venir à gauche chez une malade identique, à cœur gauche normal.

Ces preuves sur lesquelles s'étaient appuyés MM. Garel et Mouisset pour réclamer l'origine congénitale, en faveur de la loi Pitres-Bard, furent discutées et réfutées ; les arguments présentés pour soutenir la nature acquise de la lésion peuvent être rangés en deux groupes : des faits d'ordre anatomique et d'ordre clinique.

Preuves anatomiques. — M. Pic, qui a fait une étude approfondie des cas de dextrocardie, à l'aide de ses documents personnels et de ceux publiés dans la littérature médicale, a défendu avec chaleur la nature acquise. « La dextrocardie isolée et congénitale est exceptionnelle, eu égard à la dextrocardie acquise. Elle est toujours associée à d'autres malformations cardiaques d'ordre tératologique et jamais elle n'est constituée par la simple situation du cœur en un lieu symétrique de son lieu normal (1). »

Car dans les cas de dextrocardie pure diagnostiqués pendant la vie et vérifiés à l'autopsie, on a trouvé des lésions pulmonaires ou péricardiques, qui expliquaient le mécanisme de l'ectopie (cas de Pascheles et Palteuf, de Grasset).

(1) Conclusion III de la thèse d'Alaux.

Dans les cas catalogués congénitaux, on trouve notées, si les antécédents sont rapportés, des manifestations pulmonaires (pleurésie, tuberculose chronique, bronchite, syphilis...) et les lésions consécutives (adhérences, rétraction de la paroi, déformation, affaissement du thorax : cas de Bamberger, de Fernet).

L'ectopie droite, l'immersion, le *Spiegelbild* des Allemands, s'accompagne d'autres anomalies, importantes au point de vue vital (vices de conformation, perforation du septum inter-auriculaire, du septum interventriculaire ; absence des valvules auriculo-ventriculaires ou aortiques, du septum interventriculaire, rétrécissement de l'artère pulmonaire).

Il n'y a pas *un seul exemple dans la littérature médicale où le cœur reproduise à droite l'image symétrique du cœur normal*.

Preuves cliniques. — Celles-ci furent surtout la réfutation des faits avancés pour soutenir l'origine congénitale de l'ectopie et un corollaire rectificatif à la loi de Bard.

Puisque la dextrocardie congénitale pure n'existe pas ou est au moins très douteuse, pourquoi ne pas admettre une ectopie due à la lésion pleurale droite? Celle-ci existe : elle est suffisante et capable de ce désordre.

Les faits de ce genre sont, en effet, fréquents, au dire de M. Pic (cas de Moutard-Martin, Lépine, Bernheim-Garnier, Petit, Fernet, Chappet, Pic, Barbier, Grasset, Pic ; in thèse Alaux).

La pleurésie qui a frappé notre malade est certainement suffisante ; car, comme l'a expliqué le professeur Tripier, il n'y a pas un rapport défini entre l'adhérence et la rétraction ; il y a des pleurésies à grosses adhérences qui retentissent peu sur la paroi et des espaces effondrés avec des brides peu importantes ; la structure de la néoproduction est un facteur aussi important que son étendue et sa quantité ; l'adhérence, cause de la rétraction, est fonction de l'état du poumon. Dans le cas présent, la légèreté de la rétraction de la paroi n'a pas de valeur.

D'ailleurs, la pleurésie a pu être surtout médiastinale et diaphragmatique ; le professeur Weill en voit un vestige suffisant dans l'adhérence du cœur au diaphragme et de celui-ci au foie, puisqu'à chaque abaissement du foie, la masse cardiaque est complètement entraînée. M. Destot insistait, dès l'abord, sur ce point pour soutenir l'origine acquise de l'ectopie (la masse hépatique, diaphragmatique, cardiaque, donnait à l'écran une ombre, non entrecoupée de lignes claires de séparation ; il n'existait pas de sinus clair entre le bord gauche du cœur et le foie, comme dans les radiographies de dextrocardie congénitale).

L'absence de troubles fonctionnels n'a guère plus de poids ; beaucoup de dextrocardes n'ont pas de symptômes alarmants, ne sont pas même des infirmes ; ils ignorent leur lésion, découverte souvent insidieusement. S'il faut réserver le jugement à porter sur de tels sujets, c'est surtout à cause de la gravité des affections intercurrentes (grippe, pneumonie, obs. de Garnier, Moutard-Martin, etc.) : les malades succombent à l'infection ou meurent d'asystolie, parce que leur myocarde avait été touché et fait alors brusquement faillite (obs. de Grasset, Pic).

La tolérance, même absolue, ne serait pas une preuve péremptoire ; les troubles fonctionnels, en particulier la dyspnée, sont surtout dus aux lésions pulmonaires concomitantes (sclérose du poumon, bronchite chronique, adhérences, compression bronchique). Ou l'ectopie est complètement tolérée ou l'on ne retrouve pas la dyspnée d'effort indépendamment d'un essoufflement continu ou coupé de

paroxysmes, mais toujours suffisant à faire du malade un impotent, candidat à des hospitalisations répétées et variées (malade de Rendu, Desnos, Tapret, Barth, Bouchard, C. Paul, Moutard-Martin; malade de Drivon, Bard, Teissier, Josserand).

Restent, contre l'idée d'une dextrocardie acquise, les expériences de Pitres. MM. Lépine et Tripier déclarent ne pas s'en soucier : la pointe peut ne pas dépasser le sternum par une injection poussée à gauche. Où est l'identité de ce processus brusque, rapide, mécanique, par refoulement, avec le processus par attraction, lent, progressif, continu, tout à fait chronique?

Pour toutes ces raisons, l'opinion générale fut que notre malade était atteinte d'une ectopie acquise, avec cœur inversé, non refoulé. La loi de Bard, si généralement vraie, est pour ce cas en défaut; peut-être faut-il y ajouter, pour expliquer pareilles exceptions, un corollaire dont la valeur serait déduite de l'étude de la nature et de l'étendue des adhérences, de la localisation pleurale médiastinale ou diaphragmatique, des troubles pulmonaires, etc... Des cas semblables sont nécessaires pour en fixer la formule.

BASES PHYSIOLOGIQUES DE L'ÉTUDE PATHOGÉNIQUE DU DIABÈTE SUCRÉ

D'après M. le docteur R. Lépine (1).

Le foie peut être riche ou pauvre en glycogène : on appelle *euzoamylie* la condition anatomique du foie riche en glycogène, *azoamylie* l'état inverse.

I. L'euzoamylie dépend d'abord de l'*alimentation*. Baum et Lauder Brunton ont vu au microscope que, peu d'heures après le repas, les cellules hépatiques sont chargées de glycogène. Hüln, Prausnitz, Hengenhahm sont arrivés expérimentalement à des conclusions analogues. Elle dépend aussi de certaines *conditions physiologiques* : les réserves glycogéniques augmentent lorsque les conditions de nutrition sont favorables (séjour au grand air, etc.); d'après Charrin et Guillemonat, le glycogène hépatique augmente chez les femelles pleines jusqu'au moment du part.

L'*influence du système nerveux* est considérable. Cl. Bernard a noté que, si l'on sectionne la moelle d'un lapin entre la dernière cervicale et la première dorsale, l'animal se refroidit progressivement, mais que le foie renferme une quantité énorme de glycogène; Böhn et Hoffmann ont établi qu'un chat trachéotomisé et qui se refroidit progressivement ne possède plus, au moment de la mort, de glycogène en quantité appréciable, mais que si on lui coupe la moelle cervicale, il garde une certaine quantité de cette substance; J. Mayer étudie l'influence de la hauteur à laquelle est pratiquée la section de la moelle et montre que, conformément à l'assertion de Cl. Bernard, le glycogène est plus abondant dans le cas où la section porte entre la dernière cervicale et la première dorsale.

D'après Kauffmann, les muscles, après section de la moelle à ce niveau, seraient particulièrement riches en glycogène. La section des nerfs du membre produit, elle aussi, une augmentation du glycogène dans les muscles du membre paralysé (Chandelux, Marché, Vay, etc.).

Certaines *substances* agissent en diminuant la destruction du glycogène plutôt qu'en favorisant sa formation. Telle est la glycérine qui agit soit comme médicament d'épargne (Weiss), soit en se transformant en glycogène (Luchsinger, V. Mering), soit en empêchant le glycogène de se transformer en sucre (Richter).

Tous les antipyrétiques, et en particulier l'acétanilide et l'antipyrine, augmentent la proportion du glycogène du foie et des muscles (Lépine et Porteret). Il est infiniment probable que c'est en grande partie par l'intermédiaire des nerfs que les antipyrétiques ralentissent la destruction du glycogène. L'opium agit de la même façon en mettant obstacle à la transformation du glycogène en sucre. Cette action s'exerce surtout par l'intermédiaire du système nerveux; car, dans les expériences de Lépine et Martz, la morphine, même injectée à doses très fortes dans le foie, n'a pas été capable d'empêcher l'azoamylie hépatique. Au contraire, le sulfate de quinine, aux doses énormes de 5 grammes par litre de sang, agit directement sur la cellule hépatique, puisque, dans les expériences de circulation artificielle faites par M. Lépine, cette substance a empêché presque complètement la transformation du glycogène en sucre.

Les bicarbonates alcalins à hautes doses, l'urée, l'asparagine, le glycocolle et différents sels ammoniacaux, le chloral, le paraldéhyde, le sufonal, agissent dans le même sens, mais beaucoup moins énergiquement.

En résumé, un grand nombre de substances sont euzoamiliques, c'est-à-dire que, sous leur influence, le glycogène s'accumule dans l'économie. Ces substances, comme les lésions du système nerveux, paraissent agir, non en favorisant le dépôt de glycogène, mais en restreignant sa transformation en sucre.

II. La condition inverse, l'azoamylie, peut être réalisée par différentes conditions : l'inanition, le travail musculaire, le refroidissement et l'échauffement excessif, certaines actions nerveuses, le défaut de sécrétion interne du pancréas, diverses substances toxiques et enfin certains troubles fonctionnels ou anatomiques du foie.

Sous l'influence de l'*inanition*, la réserve de zoamyline diminue plus ou moins vite, si bien qu'au bout d'un nombre de jours variable suivant les animaux, le foie n'en renferme plus qu'une faible quantité. Toutefois, d'après Kühn, après une diminution initiale considérable, le glycogène pourrait augmenter d'une manière sensible. Une alimentation insuffisante aboutit au même résultat, de même encore une alimentation suffisante, mais exclusivement carnée. Le foie perd d'ailleurs son glycogène plus rapidement que les muscles. Ce fait, connu depuis longtemps, a été confirmé par Oldeholl, Hengenhahn, etc. Les leucocytes conservent leur glycogène mieux que les muscles.

Le *travail musculaire* amène une azoamylie parfois considérable, portant aussi bien sur le glycogène musculaire que sur le glycogène hépatique.

Le *refroidissement* est suivi d'une forte diminution du glycogène du foie (Böhn et Hoffmann, Kühn). De même l'*échauffement excessif*, mais ici le mécanisme est différent : dans le premier cas, l'azoamylie a pour but de fournir à l'économie le combustible qui lui manque; dans le second, elle résulte de l'exaltation des processus de désassimilation.

Il en est de même des *lésions nerveuses*. La piqûre du bulbe (Cl. Bernard), l'excitation des centres nerveux par le sang asphyxique (Monet et Dufour), l'excitation du plexus cœliaque (Cavezzani), du vague (Leverne), diminuent le glycogène hépatique en excitant la désassimilation.

Il est indubitable que la *suppression du pancréas* est suivie d'azoamylie : V. Mering et Minkowski, puis Hédon ont signalé,

(1) *Revue de médecine*, 10 juillet 1902, n° 7, p. 659.

dès leurs premières publications, ce fait important sur lequel Minkowski a de nouveau insisté. Le défaut de sécrétion interne du pancréas détermine donc rapidement la diminution du glycogène hépatique, mais cette cause ne suffit pas à contre-balancer l'inhibition nerveuse produite par la section de la moelle cervicale dorsale. Et en effet, après cette section, l'extirpation du pancréas ne paraît pas être suivie d'azoamylie.

Certaines substances, particulièrement le phosphore, la strychnine, le sublimé, la caféine, le nitrite d'amyle, le chloroforme, et, à un degré moindre, l'éther et le pyrogallol diminuent notablement la réserve de glycogène hépatique. Certaines d'entre elles (arsenic, nitrite d'amyle et surtout strychnine) ont aussi une action azoamylique bien marquée sur le glycogène musculaire.

L'azoamylie peut encore s'observer à la suite de diverses *maladies infectieuses* : charbon (Roger), rouget du porc (May), diphtérie, tétanos, charbon (Colle).

Les *troubles fonctionnels et anatomiques du foie les plus divers* peuvent encore aboutir à l'azoamylie : telles sont les injections de substances irritantes ou acides ou de diastases dans une des branches de la veine porte, la ligature de l'artère hépatique (Arthaud et Butte); l'ictère provoque constamment un certain degré d'azoamylie (W. Legg, V. Vittich, Nühr et Frerichs, Dastre et Arthus, Reusz), mais moins marquée qu'on ne le croyait autrefois. Enfin les lésions anatomiques du foie sont souvent accompagnées d'un certain degré d'azoamylie. Mais si le fonctionnement de la cellule hépatique n'est pas trop compromis, l'azoamylie est loin d'être complète : d'après Brault, on peut trouver une proportion notable de glycogène dans les cellules d'un foie cirrhotique. L. B.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE INFANTILE

Sténose pylorique chez les enfants (Saunders). — Cette affection revêt chez l'enfant une forme presque toujours identique au tableau suivant : elle survient, sans cause, apparente, chez des sujets d'un jour à trois mois. Le premier symptôme est le vomissement, qu'on attribue à une indigestion. Il s'amende sous l'influence du traitement et de la diététique, mais ne tarde pas à reparaître. La constipation est rebelle et l'enfant maigrit rapidement. Les signes physiques peuvent manquer, mais il n'est pas rare de noter une tuméfaction pylorique compliquée de dilatation stomacale. La partie supérieure de l'abdomen fait saillie, contrastant avec la dépression sous-jacente. L'examen du contenu stomacal montre que ce viscère ne se vide pas au bout d'une heure ou deux. L'acide chlorhydrique peut exister en excès, mais le plus souvent il est diminué ou absent. En même temps que la dilatation il se développe un certain degré de catarrhe gastrique. L'enfant vomit fréquemment des mucosités plus ou moins abondantes et son état général décline rapidement.

L'autopsie dans les cas de ce genre montre un épaississement du pylore, accompagné d'une sténose marquée. L'hypertrophie porte principalement sur les fibres musculaires circulaires.

Au point de vue pathogénique, les uns attribuent cette affection à une hypertrophie congénitale du tissu musculaire, tandis que d'autres auteurs invoquent un trouble d'innervation aboutissant au spasme et à l'hypertrophie secondaire.

La thérapeutique doit d'abord employer les traitements médicaux. Le bromure, le chloral, l'atropine même, peuvent être utiles pour combattre le spasme. Contre la dilatation, il faut recourir au lavage et maintenir le plus longtemps possible l'estomac au repos en employant l'alimentation rectale. N'introduire dans l'estomac que des aliments semi-liquides (lait peptonisé, crèmes, etc.). Si ce traitement échoue, il faut recourir à l'intervention chirurgicale. Les cas cités jusqu'ici sont trop peu nombreux pour qu'on puisse préconiser une méthode à l'exclusion des autres. Hahn signale la dilatation digitale du pylore pratiquée sans ouvrir le viscère, par simple invagination de la paroi stomacale. (*Archiv of Pediatr.*, avril 1902.) A. H.

Menstruation au cours de convulsions chez une petite fille âgée de deux jours. — Les cas de menstruation observés dans les quatre ou cinq jours qui suivent la naissance ne sont pas exceptionnellement rares; leur pronostic est bénin. Celui que rapporte William Frew s'est terminé heureusement, selon la règle, mais il présente cette particularité intéressante d'avoir accompagné une crise d'éclampsie infantile. L'enfant dont il s'agit fut prise de convulsions le lendemain de sa naissance; l'examen ne révélait rien d'anormal; l'intestin et la vessie fonctionnaient régulièrement. La température rectale était normale, mais la peau était un peu froide. On administra une dose légère de chloral et de bromure. Les symptômes s'atténuèrent. Le lendemain il se fit par le vagin une hémorragie; l'écoulement dura environ trois jours, puis disparut. Les phénomènes nerveux s'amendèrent dans le même temps, de telle sorte que leur disparition complète coïncida avec celle de l'hémorragie menstruelle. La santé de l'enfant ne s'en ressentit pas. (*Brit. med. Journ.*, 21 juin 1902.) A. H.

HYGIÈNE

L'eau dans l'alimentation (M. F. Malméjac). — « De toutes les questions qui intéressent l'hygiène, aucune n'a peut-être donné lieu à autant de publications que celle de l'eau. Son étude est en effet des plus passionnantes, et l'importance des problèmes qu'elle soulève ne saurait être mise en doute par qui que ce soit. »

Ces lignes, par lesquelles débute l'ouvrage de M. Malméjac (1), indiquent bien le but de l'auteur : étudier l'eau d'alimentation, ses caractères, ses impuretés, dire quelle eau est bonne, quelle eau est à rejeter, comment on reconnaît les qualités de l'eau, comment on peut arriver à transformer une eau impure en un liquide inoffensif et sain. Pour remplir à bien sa tâche, l'auteur a divisé son livre en cinq parties : dans la première, il étudie l'eau en général, l'hydrologie souterraine; il nous explique la valeur et la composition des eaux, surtout leur origine, leurs souillures et le moyen de déceler ces dernières par l'analyse. Dans la deuxième, les matières organiques de l'eau sont particulièrement décrites quant à leurs origines, leurs transformations et leur rôle. La troisième est consacrée aux germes de l'eau : ces germes sont minutieusement étudiés et l'auteur nous fait connaître leur origine, leur action sur l'eau et sur les organismes vivants, les procédés qui permettent de les isoler et de les définir. Ces germes et ces matières organiques, on peut les faire disparaître de l'eau, soit par filtration sur différents terrains — c'est là l'objet de la quatrième partie — soit par l'épuration artificielle; c'est là l'objet de la dernière partie, la plus importante pour le médecin, celle où sont analysés et jugés les différents procédés d'épuration chimique ou physique. Des conclusions générales permettent de saisir facilement l'enchaînement des faits exposés et de classer scientifiquement le contenu d'un livre où l'on trouvera, à côté d'une bibliographie soignée, des recherches originales des plus intéressantes et des plus remarquables. L. B.

(1) Paris, Félix Alcan, 1902.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

M. Demobili. Kystes hydatiques de l'orbite. — M. Bourg. Contribution à l'étude clinique de l'ostéosarcome de la clavicule. — M. Cesari. De l'acide picrique. — M. Géraud. Complications de l'anus contre nature. — M. Rousseau. Le régime alimentaire des tuberculeux. — M. Audain. Colique filarienne et varicocèle lymphatique. — M. Janot. Contribution à l'étude de la myocardite rhumatismale aiguë. — M. Bertrand. L'infantilisme dysthyroïdien. — M. Stroheker. Les fibromes du ligament large. — M. Filieux. Les tumeurs malignes primitives de la vulve. — M. Lavie. Embryotomie rachidienne. — M. Ascicot. Contribution à l'étude des colobomes du nerf optique. — M. Perrin. Des amputations partielles du pied. — M. Miquel. Les perforations graves de l'utérus au cours du curetage et de l'hystérométrie. — M. Gulbenkian. Hallucination du moignon. — M. Hecquet. Des accidents hépatiques dans la fièvre typhoïde. — M. Hovnanian. Rupture de l'artère méningée moyenne sans fracture du crâne. — M. Millot. De quelques modifications apportées à la cure radicale des hernies inguinales chez l'homme (procédé de Bassini-Ferrari). — M. Gahinet. Des tumeurs botryomyconiques chez le cheval et chez l'homme. — M. Veve. Malformations et lésions dentaires chez les rachitiques. — M. Raisonnier. La zomothérapie dans la tuberculose pulmonaire chez les enfants. — M. Chedevergne. De l'albuminurie symptomatique de l'infarctus rénal. — M. Giboux. La scarlatine à Paris, dans les trente-sept dernières années. — M. Besnier. Étude médico-légale sur les sévices de l'enfance. — M. Bailly-Salin. État sanitaire de la ville de Sens, 1859-1875; 1887-1901.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles de médecine. — *Rennes.* — M. le docteur Assicot est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Guerre. — MM. Dufougeré, Peyrot et Teychené, élèves de l'école principale du service de santé de la marine, sont nommés médecins aides-majors de première classe stagiaires des troupes coloniales.

Distinctions honorifiques. — M. Estor, médecin-major de deuxième classe, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Faculté de médecine de Paris. — *Legs Marjolin.* — M. le docteur Marjolin a légué, par testament en date du 1er novembre 1894, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, une somme dont le revenu est de 5161 francs.

Ce revenu doit être « affecté, chaque année, au remboursement des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude, et ayant recueilli avec soin des observations dans leurs services ».

MM. les internes et externes français des hôpitaux de Paris, qui désirent profiter du legs Marjolin, devront déposer, au secrétariat de la Faculté, avant le 1er août de chaque année, une demande (timbre de 0 fr. 60), adressée à M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris, et accompagnée des certificats de leurs chefs de service constatant qu'ils remplissent les conditions du legs. Ces certificats devront être revêtus du visa de MM. les directeurs des établissements auxquels les élèves sont attachés en qualité d'interne ou d'externe.

Peuvent seuls bénéficier du legs les internes et externes français des hôpitaux de Paris qui prendraient régulièrement et trimestriellement leurs inscriptions, et qui seraient en cours régulier d'études. En conséquence, le legs Marjolin ne peut s'appliquer ni aux inscriptions cumulatives, ni aux inscriptions rétroactives. Il ne s'applique qu'aux inscriptions à prendre et non aux inscriptions prises.

Le legs n'est attribué que pour une année scolaire; il est renouvelable pour les années suivantes.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17

N° 94. — SAMEDI 23 AOUT 1902 — 75e ANNÉE. — SAMEDI 23 AOUT 1902. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Influence du travail intellectuel sur la température du corps.

Par MM. N. VASCHIDE,
Chef du laboratoire de psychologie expérimentale à l'École des hautes études (asile de Villejuif),
et H. PIÉRON,
Préparateur au même laboratoire.

I

Nous avons en général l'habitude, évidemment commode, mais non moins évidemment fâcheuse, de nous en tenir, même en matière scientifique, à des jugements tout faits, que nous avons entendu répéter par différentes personnes ou dans différents livres sans nous préoccuper le plus souvent de nous enquérir de l'origine de ce jugement, origine parfois commune et parfois aussi erronée.

Eh bien, sur la question du travail intellectuel on entend souvent dire, comme on énoncerait une proposition indéniable : Le travail intellectuel augmente la température.

Nous voulons donc essayer de montrer, par cette Revue générale des travaux qui ont été faits sur la question (1), ce que vaut ce jugement catégorique en une question aussi complexe et, sans prétendre traiter ici la question à fond, indiquer déjà du moins ce qu'il faut penser d'une si belle assurance.

La question de la thermogenèse se présentant sous plusieurs faces, nous les envisagerons successivement : ce sera en premier lieu la thermométrie cérébrale, en second lieu la thermométrie générale et en troisième lieu la calorimétrie.

II

Thermométrie cérébrale. — Ce sont toujours les mêmes noms que l'on voit partout cités plus ou moins bien et avec plus ou moins d'exactitude en ce qui concerne les recherches faites sur la température cérébrale : ce sont Lombard, Schiff, Broca, Gray, Maragliano, Amidon et Istamanow.

Les recherches de Lombard, à l'Université d'Harvard, ont été faites au moyen d'un appareil thermo-électrique d'une sensibilité très délicate, les mouvements du galvanomètre rendant appréciables les variations d'un deux-millième de degré.

A ce degré, on peut trouver que la sensibilité d'un appareil en devient dangereuse, tant de phénomènes difficiles à éliminer pouvant provoquer des perturbations d'un ordre supérieur et que l'on est tenté de prendre pour caractéristiques des phenomènes étudiés.

Et un reproche très grave à faire aux recherches de Lombard, c'est que nous ne les connaissons que par la méthode et les conclusions, et que les résultats ne nous sont point vraiment donnés : l'auteur n'a publié aucun chiffre.

Nous nous contenterons donc de citer ses conclusions; elles sont intéressantes en ce qu'on leur a fait évidemment dire plus qu'elles ne contenaient. Et, en effet, Lombard n'a jamais trouvé dans le travail intellectuel le plus actif des variations supérieures à un vingtième de degré; ces variations restaient le plus souvent au-dessous d'un centième. Nous voilà loin des élévations de plusieurs dixièmes que nous rencontrerons dans la suite.

« 1° Dans l'état de repos cérébral (pendant la veille), la température de la tête varie très rapidement et très fréquemment. Les variations sont très faibles, n'atteignant pas un centième de degré centigrade, mais elles n'en sont pas moins dignes d'attention, parce qu'elles sont spéciales à la tête, les membres ne présentant que des changements beaucoup moindres ou même aucune variation.

2° Les variations de température de la tête, dans l'état de repos relatif du cerveau, paraissent liées aux changements dans le degré d'inactivité de ce centre nerveux ; ainsi quand l'inactivité devenait moins complète, la température s'élevait.

3° Toute cause attirant l'attention (un bruit, la vue d'un objet ou d'une personne, etc.) produit une élévation de température.

4° Le travail intellectuel très actif produit une élévation de température bien plus marquée que dans les cas précédents. Cependant cette élévation n'a jamais dépassé un vingtième de degré centigrade.

5° Une élévation de température a lieu aussi sous l'influence d'une émotion, ou pendant qu'on lit à haute voix quelque chose d'intéressant. Dans ces circonstances, ce n'est ni aux changements dans les mouvements du cœur, ni aux contractions musculaires qu'est due l'élévation de la température de la tête.

6° Pendant un travail intellectuel très ardu, la température des membres s'abaisse, même d'un quart ou d'un demi-degré centigrade, en partie, sans doute (mais seulement en partie), à cause de l'immobilité du corps.

(1) Les numéros placés dans les citations après les noms des auteurs, renvoient à la table bibliographique placée à la fin.

Les chiffres des auteurs ont été transformés par nous en courbes graphiques qui n'ont malheureusement pu être insérées.

7° C'est à la région de la protubérance occipitale que l'élévation de la température a surtout lieu dans les expériences qui précédent (1). »

Ainsi donc, élévation, mais très faible, de la température de la tête, nette surtout dans la région occipitale, avec abaissement de la température périphérique des membres, notons ce point, voilà les résultats apportés par Lombard.

La faiblesse des variations observées semble bien être un garant de leur exactitude, mais l'absence des chiffres empêche toute conclusion ferme à cet égard.

Les expériences de Schiff n'ont porté que sur l'influence des excitations sensorielles, elles concluent aussi dans ces conditions, à une élévation de la température.

Broca, dans une des séances de la section médicale du Congrès du Havre de l'Association française pour l'avancement des sciences, fit le 30 août 1877 une communication sur la température cérébrale : « Si l'on place à la tempe, disait-il, un thermomètre maintenu dans un petit sachet rempli d'ouate, on peut, au bout de vingt minutes, parfois quarante, obtenir une température fixe qui est la température cérébrale. Ces petits sachets sont limités d'un côté par de la soie, mauvais conducteur de la chaleur. Ils ont tous la même quantité d'ouate. On peut en réunir six disposés sur des points exactement symétriques ; on a alors cet ensemble que j'ai désigné sous le nom de couronne thermométrique (2). »

Les six points (F. T. O. F'. T'. O'.) symétriquement disposés se trouvaient être aux lobes occipitaux, temporaux et frontaux : point F. au niveau de l'apophyse orbitaire externe; point T. au niveau du conduit auditif externe; point O. au niveau de la protubérance occipitale.

L'auteur faisait remarquer que la nature des points n'était pas indifférente, à cause de l'épaisseur variable des tissus musculaires et osseux et de l'abondance variable aussi des cheveux (F. paroi peu épaisse, peu de cheveux; T. muscle variable, cheveux; O. cheveux).

Les thermomètres étaient des thermomètres jumeaux soigneusement vérifiés ; les sujets furent douze externes et stagiaires de l'hôpital, les mesures étaient prises sur eux le matin à la même heure, après un travail physique moyen : la course de leur domicile à l'hôpital.

Le maximum observé fut de 34°85 ; le minimum de 32°80, et la moyenne de 33°82.

L'hémisphère gauche fut constamment trouvé plus chaud que le droit, à l'état de repos, d'environ un dixième : 33°90 à droite pour 34 degrés à gauche.

Ensemble : F. 34°22 à gauche et F. 35°22 à droite; T. 33°80 à gauche et 33°05 à droite.

Ces différents lobes présentèrent aussi des températures différentes : lobe occipital, 32°92; lobe temporal, 33°72; lobe frontal, 35°28.

Ces différences pouvaient être dues à l'accessibilité très différente aux mesures thermométriques de ces différents lobes.

Ce qu'il y a de remarquable dans les recherches de l'auteur, c'est que, le repos cessant et sous l'influence du travail, l'équilibre tendait à s'établir entre les deux hémisphères, par suite des efforts d'irrigation, supposait l'auteur. Le travail choisi fut celui de la lecture à haute voix, bien que l'auteur en ait reconnu les inconvénients et l'insuffisance. Pendant ce travail, la température s'élève par exemple de 33°92 moyenne normale à 34°23. L'élévation est plus forte à droite qu'à gauche; ce qui permet de rattraper, pour l'hémisphère droit la supériorité du gauche et rétablir l'équilibre. Pour une augmentation de 0°22 à gauche, il y en avait une de 0°34 à droite (aux lobes frontaux droit et gauche).

(1) LOMBARD. N° 12, p. 670.
(2) BROCA. N° 3, p. 457.

Malheureusement, nous avons peu de chiffres. Ce sont là tous ceux qui ont été donnés, d'après les comptes rendus, l'auteur n'ayant pas publié son travail en détail.

L'année suivante, un autre auteur, Gray, répéta ces expériences sur 92 étudiants et 10 médecins, en tout 102 sujets.

Lui aussi, cède à la fâcheuse habitude de ne donner que fort peu de chiffres (les degrés sont en Fahrenheit ils valent 5/9 des degrés centigrades) :

En voici quelques-uns :

		Maximum.	Minimum.	Différence.
Lobe frontal..	gauche.	97°	94°	6°
	droit...	97	89 75	7 25
Lobe pariétal..	gauche.	96 50	90	6 50
	droit...	97 50	89 50	8
Lobe occipital.	gauche.	95	86 75	8 25
	droit...	95 50	88	7 50

Les effets de l'exercice mental lui ont paru être excessivement variables; et pourtant il n'en a fait que quatre observations (1) :

1° Médecin intelligent, élévation de 0°50 (pariétal droit);

2° Jeune étudiant, élévation de 0°75 (pariétal gauche), 0°50 (frontal droit);

3° Médecin d'esprit profond, élévation de 2°50 (pariétal gauche), abaissement de 1°67 (frontal gauche) ;

4° Médecin, élévation de 0°67 (frontal); 1 degré (pariétal); 2°50 (occipital).

La variation moyenne serait, selon lui, de 0°98 à gauche et 0°28 à droite.

Les résultats ne sont donc pas en accord avec ceux de Broca qui n'ont pas été vérifiés depuis.

Maragliano n'a fait aucune recherche sur le travail intellectuel proprement dit. Il en a fait sur le sommeil naturel et le sommeil artificiel. Il lui a semblé, avec des variations, constater, en ligne générale, une élévation dans le sommeil naturel et un abaissement dans le sommeil artificiel. Il a fait porter ses recherches sur les six points de Broca et n'a constaté aucune particularité pour chacun d'eux. Les différences locales seraient donc pour lui entièrement négligeables : Maragliano nous met sous les yeux tous ses chiffres.

Voici par exemple une série de variations de ces six points dans un même tableau. Les variations qui s'y trouvent ne sont point les mêmes dans les centres et, étant inconstantes, sont négligeables.

Heures.	Hémisphère droit.			Hémisphère gauche.			Observations.
	1.	2.	3.	1.	2.	3.	
7h 25..	35°0	35°5	36°6	35°6	35°1	36°4	
7 35..	35 3	35 7	36 8	35 9	35 2	36 5	
7 45..	35 4	35 7	36 8	35 9	35 6	36 5	Le sujet dort.
7 55..	35 5	35 7	36 9	35 8	35 7	36 5	
8 5...	35 5	35 7	36 9	36 0	35 3	36 4	
8 15..	35 5	35 7	37 0	36 0	35 0	36 4	
8 25..	35 6	35 8	37 1	36 0	35 2	36 4	
8 35..	35 6	35 9	37 2	36 0	35 3	36 4	
8 45..	35 6	36 0	37 3	36 0	35 5	36 4	
8 55..	35 7	35 9	37 3	36 1	35 4	36 4	
9 5...	35 8	35 9	37 1	36 0	35 4	36 2	
9 15..	35 9	36 0	37 1	36 1	35 5	36 3	

Maragliano a noté aussi, comme Schiff, l'influence d'excitations telles que les douleurs, par exemple.

Il a remarqué que sous l'influence de la douleur il se produisait une élévation de la température cérébrale :

Dans ses trois observations, la moyenne d'élévation était : à droite de 1°3, 0°9, 1°6; à gauche de 1°3, 1°1, 1°1; et la moyenne générale, 1°3, 1°0, 1°45, ce qui faisait pour les trois observations la moyenne de 1°25.

(1) GRAY. N° 9, p. 139.

L'auteur rapprocha ce fait de la diminution constatée par Mantegazza de la température générale, elle, sous l'influence de la douleur, diminution de 1°27 ; en sorte qu'il y aurait lieu, selon lui, de croire que l'élévation de la température cérébrale est exactement corrélative de la diminution de la température générale (1).

Les conclusions de Maragliano sur les variations locales ne sont pas partagées par Amidon qui leur a, au contraire, attribué une importance extraordinaire : poussant aux dernières limites la thermométrie cérébrale, il a prétendu l'utiliser pour déterminer des localisations cérébrales, et sans donner beaucoup de chiffres, il a dressé ainsi une carte topographique du cerveau. Il déterminait la température en faisant remuer un membre et cherchait le centre du mouvement de ce membre au point où la température s'élevait davantage.

Que faut-il penser de la valeur de telles recherches?

Istamanow a déjà montré que la température de la peau du crâne subit des variations périphériques analogues à celles d'organes tels que la main sous des influences extérieures. L'influence qu'il utilisa fut l'immersion d'une main dans de l'eau froide ou chaude. Suivant que l'eau était froide ou chaude, la température du crâne parallèlement à celle de la main s'abaissait ou s'élevait. Voici une de ses neuf expériences à ce sujet.

Heures.	Température périphérique.	Température cranienne (prise ds le cond. audit.)	
2h15	34°8	36°7	
2 16	34 8	36 7	Main droite immergée dans de l'eau à + 8°.
2 18	34 7	36 55	
2 20	34 65	36 5	
2 22	34 6	36 5	
2 25	34 6	36 45	Main droite retirée de l'eau.
2 30	34 7	36 6	
2 35	34 75	36 65	
2 40	34 75	36 7	

François Franck a fait une critique définitive des résultats obtenus par la thermométrie cranienne, et surtout de ceux d'Amidon.

1° On supposait que l'élévation de température était due à l'afflux du sang. Or, il a constaté que la température du crâne n'était inférieure que d'une fraction de degré à celle du sang artériel : un afflux de sang ne pourrait donc l'élever bien sensiblement.

2° La température des couches superficielles du cerveau est toujours inférieure de 1 degré environ à celle des parties profondes et à celle du sang artériel : un afflux de sang notable dans l'écorce ne pourra produire une élévation de plus de 1 degré.

Enfin il faudrait une différence de près de 2 degrés dans les parties profondes du cerveau pour que la température cranienne soit modifiée d'un dixième.

Aussi Fr. Franck conclut-il ainsi : « Il n'y a pas lieu d'invoquer comme favorables à la doctrine des localisations cérébrales et à plus forte raison de prendre pour base d'une nouvelle détermination motrice corticale les expériences de thermométrie péri-cranienne qui ne renseignent pas sur les variations thermiques profondes. »

Il y aurait lieu alors d'étudier le cerveau lui-même jusqu'en ses couches profondes et d'introduire un thermomètre au travers de l'écorce.

C'est ce qu'a fait Mosso sur ses deux sujets atteints de brèches craniennes.

Malheureusement il n'y a pas eu d'expériences précises sur le travail intellectuel.

(1) Maragliano. N° 16, 1880, V, p. 157, 160.

Dans deux expériences animales Mosso a constaté une diminution cérébrale sous l'influence de la douleur, fort peu en rapport avec l'état de la température, soit rectale, soit veineuse, soit artérielle.

Sur Delfina Parodi, il a constaté l'abaissement de la température dans le sommeil (nous avons noté que Maragliano constatait une augmentation cranienne faible, mais assez constante) et de la température rectale, et de la température cérébrale, avec élévation au réveil, ou même dans des excitations subconscientes telles que l'aboi d'un chien n'amenant pas le réveil.

Ces expériences, rares et insuffisantes, sont cependant d'une grande importance et ont une grande autorité. Elles ne peuvent être considérées cependant comme définitives, d'autant qu'elles ne sont pas à l'abri de toute critique. J. Soury a relevé la lésion du thermomètre qui traverse le cerveau dans certaines expériences.

Nous n'irons pas maintenant discuter la question de l'équivalent thermique de la pensée considérée comme un mode de mouvement, ni même, quoique ce soit déjà plus prudent si l'activité cérébrale doit réchauffer ou refroidir l'organisme (c'est à des discussions de ce genre que s'est livré M. Soury dans la *Revue philosophique*).

Avant d'interpréter les faits avec des hypothèses métaphysico-scientifiques, et plus métaphysiques que scientifiques, il faut au moins connaître les faits. Or, ici, on ne sait encore à peu près rien.

Avant de savoir ce qui devrait se produire, il faudra donc tâcher de savoir ce qui se produit réellement.

III

Température générale. — Nous ne connaissons pas de travaux sur la température périphérique. Binet le regrette en se fondant sur des expériences de Couty sur la température palmaire qu'il aurait trouvée assez constante et indépendante des phénomènes extérieurs.

Ce regret est peut-être superflu ; car, à vrai dire, dans les expériences de Couty même, on trouve des variations considérables, de plusieurs degrés, et c'est un fait assez facile à constater que la température palmaire est régie par de multiples influences extérieures.

C'est donc à la température axillaire et rectale surtout qu'on s'est adressé, rarement à la température buccale.

Dès 1863, J. Davy a fait quelques expériences sur l'influence que l'activité psychique peut avoir sur la température axillaire.

Il a constaté une certaine élévation au bout d'un effort d'attention prolongé de deux à cinq heures.

La température monta, par exemple, de 36°62 à 36°67. Il fit une moyenne de 18 expériences non détaillées dont voici le tableau :

Les chiffres marquent en degrés Fahrenheit (1) la température après le travail intellectuel.

19 août......	(12h)	: 98°45	3 février....	(1h)	: 98°4
29 août.....	(11)	: 98 5	12 février....	(12)	: 98 2
23 septembre.	(1)	: 98 5	21 février....	(1)	: 98 4
26 novembre.	(12)	: 98 4	24 février....	(2)	: 98 4
28 novembre.	(12)	: 98 5	26 février....	(2)	: 98 0
14 décembre.	(1)	: 98 5	4 mars......	(1)	: 98 5
20 décembre.	(1)	: 98 7	11 mars......	(12)	: 98 5
30 décembre.	(1)	: 98 0	14 mars......	(1)	: 98 2
23 janvier...	(12)	: 98 35	3 avril......	(12)	: 98 4

(1) Voici une échelle pratique de comparaison avec les degrés centigrades :

97° F.	= 36°11 C.	98° F.	= 36°67 C.
97 2	= 36 22	98 2	= 36 78
97 4	= 36 33	98 4	= 36 89
97 6	= 36 44	98 6	= 37
97 8	= 36 56	99	= 37 11

La moyenne de ces températures est de 98°4 (36°89).

L'auteur la compare à d'autres moyennes normales (il a pris trois fois par jour la température tous les jours, et pendant toute une année), celles de midi, égales à 97°92 (36°63), soit donc environ deux dixièmes et demi d'élévation dans le travail intellectuel (1).

Mais cette comparaison à une moyenne est une mauvaise méthode, d'autant qu'ici une comparaison stricte n'est pas possible. Sa moyenne normale est prise à midi. La moyenne du travail l'est à onze heures, midi, une heure et deux heures. Or, la moyenne normale à trois ou quatre heures par exemple est de 98°52, inférieure à celle du travail. L'exactitude de l'heure serait donc nécessaire, et cette comparaison ne peut être valable.

Notons encore que Davy remarqua la température anormale de 37°94, après un discours, ce qu'il attribua à l'activité psychique.

Il constata aussi que pour une augmentation en Angleterre sous l'influence du travail de 0°77 il y avait aux tropiques une élévation corrélative de 1°10.

Incidemment, Speck, s'occupant de l'activité intellectuelle dans les échanges, fit quelques constatations qu'il ne détailla point sur la température.

Il a constaté une élévation de quelques dixièmes :

1 ou 2 : de 35°70 à 35°80 + 0°10.
— de 35°70 à 35°80 + 0°10.
— de 35°80 à 36°00 + 0°20.

Rumpf, dans ses recherches sur la température et sa régulation dans le sommeil et la narcose constata que l'activité, le travail intellectuel ou physique élevait la température que le repos au contraire abaisse.

La température aurait atteint par exemple de neuf heures à minuit, dans le travail intellectuel, le chiffre anormal de 37°7.

Mais ces constatations isolées, sans points de repère en quelque sorte, sont de bien minime valeur.

Nous pouvons donc passer aux expériences systématiques de Gley.

Elles eurent lieu, soit le matin à jeun, soit l'après-midi de quatre à cinq heures, le déjeuner ayant eu lieu de onze heures à midi (2).

Ce fut la température rectale qui fut prise sur un thermomètre coudé très sensible où l'observateur pouvait faire lui-même ses lectures, grâce à une tige très haute correspondant, après deux courbes, à une cuvette assez grosse. La première lecture se faisait un quart d'heure après l'introduction dans le rectum; les suivantes avaient lieu de cinq en cinq minutes, préoccupation qui, soit dit en passant, devait gêner sensiblement le travail intellectuel. Quatre expériences eurent lieu le matin et trois l'après-midi. Nous allons donner les tableaux dont les courbes n'ont pas été insérées.

Le travail consistait dans la lecture d'articles assez ardus pris dans la *Revue philosophique*.

	Heures.	Température.	Observations.
15 avril, matin.......	7h45	36°32	
—	7 50	36 34	
—	7 55	36 32	Travail +.
—	8	36 32	
—	8 5	36 32	
—	8 10	36 32	
—	8 15	36 34	
—	8 20	36 36	
—	8 25	36 40	
—	8 30	36 40	
15 avril, matin......	8h35	36°44	Fin du travail +.
—	8 30	36 42	
—	8 45	36 42	
—	8 50	36 42	
—	8 55	36 40	
—	9	36 40	
—	9 5	36 36	
—	9 10	36 36	
20 avril, matin.......	9h50	36°36	
—	9 55	36 36	Travail +.
—	10	36 38	
—	10 5	36 40	
—	10 10	36 42	
—	10 15	36 44	
—	10 20	36 48	
—	10 25	36 48	
—	10 30	36 50	
—	10 35	36 52	
—	10 40	36 52	Interruption +.
—	10 45	36 52	
—	10 50	36 52	
—	10 55	36 52	
—	11	36 52	
—	11 5	36 52	Reprise +.
—	11 10	36 52	
—	11 15	36 54	
—	11 20	36 56	Fin +.
—	11 25	36 54	
—	11 30	36 54	
23 avril, matin.......	9h35	36°44	
—	9 40	36 44	
—	9 45	36 48	
—	9 50	36 50	
—	9 55	36 50	
—	10	36 50	Travail +.
—	10 5	36 50	
—	10 10	36 50	
—	10 15	36 52	
—	10 20	36 52	
—	10 25	36 52	
—	10 30	36 52	
—	10 35	36 52	
—	10 40	36 54	
—	10 45	36 58	
—	10 50	36 58	
24 avril, matin.......	7h30	36°32	
—	7 35	36 32	
—	7 40	36 32	
—	7 45	36 34	
—	7 50	36 32	
—	7 55	36 34	
—	8	35 34	
—	8 5	36 34	Travail +.
—	8 10	34 36	
—	8 15	36 40	
—	8 20	36 40	
—	8 25	36 42	
—	8 30	36 46	
—	8 35	36 48	Fin +.
—	8 40	36 48	
—	8 45	36 50	
—	8 50	36 50	
—	8 55	36 48	
—	9	36 48	
20 avril, après-midi...	4h45	37°32	
—	4 50	37 28	
—	4 55	37 26	
—	5	37 24	

(1) Davy. N° 5, p. 18. Et non d'un demi-dixième comme dit Richet.
(2) Gley. N° 8, p. 265.

	Heures.	Température.	Observations.
20 avril, après-midi...	$5^{h}5$	37°20	
—	5 10	37 20	
—	5 15	37 18	
—	5 20	37 16	
—	5 25	37 10	
—	5 30	37 08	
—	5 35	37 10	Interruption +.
—	5 40	37 04	
—	5 45	36 98	
—	5 50	37	Reprise +.
—	5 55	36 96	
—	6	36 96	
—	6 5	36 92	
—	6 10	36 92	
—	6 15	36 86	
—	6 20	36 88	
—	6 25	36 84	
—	6 30	36 82	
—	6 35	36 82	
—	6 40	36 80	
—	6 45	36 76	
—	6 50	36 76	
—	6 55	36 76	
—	7	36 80	
—	7 5	36 76	
—	7 10	36 76	
22 avril, après-midi...	$5^{h}25$	37°20	
—	5 30	37 14	
—	5 35	37 10	
—	5 40	37 04	
—	5 45	36 98	
—	5 50	36 92	
—	5 55	36 88	
—	6	36 84	
—	6 5	36 80	
—	6 10	36 76	
—	6 15	36 72	
—	6 20	36 70	
—	6 25	36 68	
—	6 30	36 66	
—	6 35	36 66	
—	6 40	36 62	
—	6 45	36 60	Travail +.
—	6 50	36 64	
—	6 55	36 68	
—	7	36 68	
—	7 5	36 68	
—	7 10	36 64	
—	7 15	36 68	
—	7 20	36 70	
—	7 25	36 70	
—	7 30	36 68	
23 avril, après-midi...	$5^{h}20$	37°24	
—	5 25	37 16	
—	5 30	37 10	
—	5 35	37 04	
—	5 40	36 98	
—	5 45	36 92	
—	5 50	36 90	
—	5 55	36 86	
—	6	36 84	Travail +.
—	6 5	36 90	
—	6 10	36 92	
—	6 15	36 90	
—	6 20	36 92	
—	6 25	36 88	
—	6 30	36 88	Fin du travail +.
—	6 35	36 86	
23 avril, après-midi...	$6^{h}40$	36°86	
—	6 45	36 84	
—	6 50	36 84	
—	6 55	36 82	
—	7	36 80	

De ce petit nombre d'expériences prises, les unes couché, les autres assis, à deux périodes différentes de la journée, Gley conclut à une influence de *production* de chaleur dans le travail intellectuel masquée parfois par l'hypothermie due à l'immobilité.

La conclusion est hasardeuse : conclure d'une légère élévation, inconstante, de température, à une production de chaleur, cela n'est pas absolument légitime. Nous ne le verrons que davantage au cours de nos dernières investigations, d'autant que Gley semble négliger la courbe régulière de hausse le matin et de baisse le soir qui caractérise le cycle nycthéméral de la vie de l'homme : le mouvement et l'immobilité ne sont pas les seuls facteurs des hypothermies et des hyperthermies. Nous verrons si réellement ce travail intellectuel en est un.

C'est encore à une élévation de la température, masquée par le repos musculaire, que conclurent Pembrey et Nicol dans un travail récent; mais ils sont cependant plus timides et reconnaissent que l'influence du travail mental est très minime sur la température profonde du corps. C'est ainsi que, dans la soirée, il y a toujours chute constante, malgré le travail intellectuel qui ne peut la contre-balancer. Et ils firent bien d'être timides; à vrai dire, même, ils ne le furent pas assez : car ils ne donnèrent qu'une expérience où se marqua uniquement une diminution par rapport à la moyenne (1).

Les auteurs n'ont admis comme valable que la température rectale ; ils constatèrent en effet que la température buccale subissait trop notablement les influences extérieures, ainsi que l'axillaire (voir nos expériences à ce sujet).

Le thermomètre était enfoncé à 3 ou 4 centimètres de profondeur dans le rectum où on le laissait environ trois minutes, ce qui est peu.

Les expériences de travail mental consistèrent en l'étude d'un ouvrage inconnu. Les auteurs, ce qui est une excellente méthode, avaient pris — il faut espérer que ce fut dans de bonnes conditions — la température horaire moyenne en dehors du travail mental. En sorte que la courbe moyenne pouvait servir de point de repère pour la comparaison avec la courbe prise sous l'influence du travail intellectuel.

Voici leurs chiffres et les termes de comparaison (2) :

Heures.	Température.	Température moyenne
7^{h}.............	37°27	37°78
7 30.............	37	
8	36 89	37 06
8 30	36 72	
9	36 61	36 92

On peut voir d'après ces chiffres que l'ascension normale est moins accentuée, et que la descente moyenne vespérale se fait au contraire plus rapide sous l'influence du travail mental. On ne voit donc déjà plus guère de tendance à l'élévation qui, sur les courbes de Gley, se manifestait encore quelquefois par des plateaux intéressant les descentes.

(1) Larguier des Bancels l'a déjà remarqué dans son analyse de l'*Ann. psychologique*, 6e année, p. 509-511.

(2) Larguier des Bancels a fait une regrettable erreur en construisant d'après des chiffres épars une seconde courbe de température qu'il attribua au travail intellectuel : c'étaient des mesures prises dans le travail de la digestion, sous l'influence des aliments. Cf. *Ann. psychologique*, loc. cit.

Nous allons voir nettement ce qu'il en est dans les expériences plus précises de Pidancet.

L'auteur commence par relater à titre documentaire des expériences inédites que lui communiqua Charpentier. Les résultats concluaient à une élévation de température comme chez Gley, sous l'influence de l'activité intellectuelle. Charpentier ne publia pas ces expériences qui ne lui parurent pas présenter des qualités de garantie suffisantes.

Le travail consistait dans la lecture attentive d'un ouvrage scientifique. On usait d'un thermomètre au dixième : « C'est ainsi, dit-il, que la température d'équilibre de la main étant de 36°85, en pleine période de travail cérébral, la mise au repos du cerveau, en faisant le moindre effort de pensée possible, amena en vingt minutes une baisse de 0°90 : la reprise de la lecture provoqua en quinze minutes une hausse de 0°35. »

« Dans une seconde expérience, le thermomètre étant en équilibre en période de repos cérébral, une lecture attentive ne fait monter la température en quatorze minutes que de 0°05. Vingt minutes après, la même expérience donne une élévation de 0°15 en quatorze minutes. Une troisième expérience, tenant compte également de la température buccale, donne des résultats curieux en ce que la température de la main varie seule, la température buccale restant invariable, quel que soit l'état de repos ou d'activité cérébrale du sujet.

Dans une quatrième expérience, M. Charpentier prend la température de la main gauche. Le thermomètre se trouvant au régime stable, le passage de l'état de repos à l'état d'activité intellectuelle donne en vingt-quatre minutes une élévation de 0°05; une nouvelle période de repos détermine en dix minutes une baisse de 0°30.

Il est à remarquer que dans ces expériences, il peut se produire durant la période d'équilibre des thermomètres, en l'espace de cinq à six minutes et sans cause apparente, des écarts de température atteignant 0°10 à 0°15. De même dans la période de descente, correspondant au repos cérébral, on voit se produire, dans le tracé de la température des plateaux, parfois même des élévations temporaires pouvant atteindre 0°40.

Ceci montre combien de facteurs inconnus interviennent, à notre insu, dans ces sortes de recherches. Il est très probable, que parmi ces causes d'erreur, les phénomènes vaso-moteurs tiennent une place prépondérante. Aussi ne pouvons-nous tirer de ces expériences des renseignements exacts sur la façon dont le travail intellectuel influence la température de la main. Celle-ci, il est vrai, semble subir une certaine élévation ; mais trop de causes entrent en jeu pour qu'on puisse l'attribuer au travail intellectuel. »

Nous souscrivons entièrement à ces conclusions fort judicieuses de Pidancet, comme nous soulignions en passant la réserve, la défiance de Charpentier vis-à-vis de ses propres résultats qu'il reconnut avoir été obtenus avec une insuffisante précision. Cette « auto-critique » est remarquable.

Nous pensons que ces recherches sur la température palmaire se trouvaient par le fait même exposées à de multiples causes d'erreur, nous l'avons déjà dit : Charpentier a noté corrélativement l'invariabilité de la température buccale. Enfin, d'autres causes d'erreur seront relevées par Pidancet sur lesquelles nous reviendrons à notre tour.

Pidancet étudia la température buccale et la température palmaire. Ses recherches étaient simultanées avec d'autres, de calorimétrie, que nous rapporterons dans le chapitre suivant : un thermomètre de Baudin au centième était suspendu horizontalement par deux fils à la porte vitrée du calorimètre, à la hauteur de la bouche. Un observateur placé à l'extérieur lisait la gradation à peu près toutes les minutes. Le travail commençait quand l'équilibre paraissait établi, quand deux minutes s'étaient écoulées sans aucune variation. Le travail consistait en calcul mental : multiplication de trois chiffres. Le sujet devait rester dans une immobilité absolue.

Voici les quatre expériences relatées :

I. 23 juin. Température extérieure, 19 degrés :

Repos —....	36°70	Repos, 6h.	36°70		36°71
Travail, 5h51.	36 70		36 70		36 71
	36 70		36 70		36 70
	36 70		36 70		36 70
	36 70		36 70	6h15	36 70
	36 70		36 70		
	36 70		36 70		
	36 70		36 70		
	36 70		36 70		
5h59.	36 70		36 70		

II. 24 juin. Température extérieure, 20°5 :

Repos, 6h24.	37°06	Repos, 6h34.	37°06
Travail, 6h25.	37 06		37 06
	37 06		37 06
	37 06		37 06
	37 06		37 06
	37 06		37 06
	37 06		37 06
	37 06		37 06
	37 06		37 06
	37 06		37 06
			37 06
			37 06
			37 06
		6h47.	37 06

III. 25 juin. Température extérieure, 20 degrés :

Repos, 11h25.	37°16	Repos, 11h36.	37°16
Travail, 11h26.	37 16		37 16
	37 16		37 16
	37 16		37 16
	37 16		37 16
	37 16		37 16
	37 16		37 16
	37 16		37 16
	37 16		37 16
	37 16		37 16
11h35.	37 16		37 16
			37 16
			37 16
			37 16
		11h50.	37 16

IV. 26 juin. Température extérieure, 21 degrés :

Repos, 6h6..	37°14	Repos, 6h17.	37°14
Travail, 6h7..	37 14		37 14
	37 14		37 14
	37 14		37 14
	37 15		37 15
	37 14		37 14
	37 15		37 14
	37 15		37 15
	37 14		37 15
	37 14		37 14
6h16..	37 14		37 14
			37 14
			37 14
			37 14
		6h31.	37 14

Voici maintenant les résultats des expériences sur la température de la main :

I. 29 juin. Température extérieure, 20°2.

Repos 6h10.	Travail 6h20.	Repos 6h27.	Travail 6h40.	Repos 6h47.
37°11	37°10	37°08	37°02	37°00
37 10	37 10	37 08	37 00	37 00
37 11	37 09	37 08	37 00	37 00
37 11	37 09	37 08	37 00	37 00
37 11	37 09	37 06	37 00	37 00
37 10	37 09	37 06	37 00	37 00
37 10	37 09	37 06	37 00	37 00
37 10	37 09	37 06	37 00	37 00
37 10	37 09	37 05	37 00	37 00
37 10	37 09	37 05	37 00	37 00
37 10	37 09	37 05	37 00	37 00
37 10	37 08	37 05	37 00	37 00
37 10		37 05	37 00	37 00
37 10		37 05	37 00	37 00
		37 04		37 00
		37 04		37 00
		37 04		37 00
		37 04		36 98
		37 04		36 98
		37 03		36 97
		37 03		36 97
		37 03		7h
		37 02		36 97
		37 02		

II. 1er juillet. Température extérieure, 21 degrés.

Repos 6h22.	Travail 6h33.	Repos 6h41.	Travail 6h47.	Repos 6h53.
36°83	36°82	36°83	36°82	36°83
36 83	36 82	36 82	36 82	36 83
36 82	36 82	36 82	36 82	36 83
36 82	36 83	36 82	36 82	36 83
36 82	36 83	36 82	36 82	36 83
36 83	36 83	36 82	36 83	36 83
36 83	36 83	36 82	36 83	36 83
36 83	36 83	36 82	36 83	36 83
36 82	36 83	36 82	36 83	36 83
36 82	36 83	36 82	36 83	36 83
36 81	36 83		36 83	36 83
36 81	36 83		36 83	36 82
36 80	36 83			36 82
36 80	36 83			36 82
36 80	36 83			36 82
36 80	36 83			36 82
36 80				36 82
36 80				36 82
36 81				36 81
36 81				36 81
36 82				36 81
				36 81
				36 81
				36 80
				36 80
				36 80
				36 80
				36 80

III. 2 juillet. Température extérieure, 19 degrés.

Repos 11h22.			Travail 11h49.	Repos 11h57.
36°95	36°90	36°85	36°83	36°82
36 95	36 90	36 85	36 83	36 82
36 95	36 90	36 85	36 83	36 81
36 94	36 89	36 84	36 83	36 80
36 94	36 89	36 84	36 83	36 80
36 93	36 89	36 84	36 83	36 80
36 93	36 88	36 84	36 82	36 78
36 92	36 88	36 84	36 83	36 78
36 92	36 88	36 83	36 83	36 77
36 92	36 87	36 83	36 82	36 77
36 92	36 87	36 83	36 82	36 77
36 91	36 87	36 84	36 82	36 77
36 91	36 87	36 83	36 82	12h5
36 91	36 87	36 83	36 82	36 77
36 90	36 86	36 83	36 82	
	36 86	36 83		

On a pu voir aisément, d'après ces courbes, que, dans des conditions exactement définies, le travail intellectuel ne semble produire aucune perturbation appréciable, fût-ce d'un centième de degré.

La forme de la courbe n'est nullement modifiée par l'existence, à un moment donné, d'un travail mental intense : il n'y a eu une légère élévation que dans la deuxième courbe de la température palmaire.

Cette légère élévation isolée doit faire soupçonner une cause d'erreur; comme l'ensemble de ces expériences mène à penser que les expériences des auteurs ont dû être troublées le plus souvent par des erreurs systématiques qu'il y aura donc lieu de déceler.

Mais avant d'en venir là, il est bon de souligner ce fait que dans les expériences, à part Pembrey et Nicol, les auteurs n'ont pas comparé leurs chiffres pris dans le travail à des chiffres moyens. Or, cela est assez nécessaire : il y a en effet, à toute heure de la journée, une élévation ou un abaissement normal de la température en un cycle très analogue, mais susceptible de variation chez les différents individus.

Voici pour en donner une idée, trois catégories de chiffres d'après lesquels on pourrait dresser des courbes du cycle nycthéméral, une de Richet, moyenne de plusieurs auteurs, malheureusement cités de la façon la plus vague sans qu'on sache exactement auxquels elle se rapporte, une de Forel, moyenne d'un très grand nombre de mesures personnelles (153 retenus sur 259) et une enfin de Pembrey et Nicol, d'après 343 observations :

Heures.	Temp.	Heures.	Temp.	Heures.	Temp.	Heures.	Temp.
1h ..	36°55	1h	37°10	1h	36°72	1h	37°30
2 ..	36 50	2 ...	37 15	2	36 65	2 ...	37 33
3 ..	36 45	3 ...	37 30	3	36 66	3 ...	37 36
4 ..	36 45	4 ...	37 35	4	36 72	4 ...	37 37
5 ..	36 50	5 ...	37 30	5	36 80	5 ...	37 35
6 ..	36 55	6 ...	37 25	6	36 92	6 ...	37 33
7 ..	36 60	7 ...	37 20	7	37 04	7 ...	37 30
8 ..	36 70	8 ...	37 00	8	37 11	8 ...	37 25
9 ..	36 70	9 ...	36 95	9	37 17	9 ...	37 19
10 ..	36 75	10 ...	36 90	10	37 21	10 ...	37 08
11 ..	36 85	11 ...	36 70	11	37 24	11 ...	36 96
Midi.	36 95	Minuit.	36 60	Midi...	37 27	Minuit.	36 84

(D'après Richet.) (D'après Fovel.)

	Moyenne.	Maximum.	Minimum.
7h matin......	36°63	36°94	36°44
8 —	36 92	37 44	36 28
9 —	36 94	37 61	36 50
10 —	37 11	38 00	36 44
11 —	36 93	37 11	36 61
12 —	36 90	37 33	36 50
1h après-midi.	37 17	38 11	36 56
2 — .	37 11	37 94	36 72
3 — .	37 03	37 39	36 61
4 — .	37 06	37 39	36 72
5 — .	37 11	37 44	36 78
6 — .	37 36	38 06	37 00
7 — .	37 18	37 50	36 94
8 — .	37 06	37 56	36 78
9 — .	36 92	37 11	36 72
10 — .	36 81	37 39	36 44
11 — .	36 61	37 00	36 39
12 — .	36 51	36 56	36 09
1h matin......	36 30	36 44	36 22
2 —	36 12	36 28	36 00
3 —	36 27	36 44	36 11
4 —	36 31	36 56	36 11
5 —	36 37	36 67	36 22
6 —	36 50	36 83	36 33
7 —	36 63	36 94	36 44

(D'après Pembrey et Nicol.)

IV

Pidancet est le seul auteur qui ait fait des recherches calorimétriques sur les rapports de la thermogénèse et de l'activité mentale.

En effet l'auteur se posa ce dilemme hypothétique : Si vraiment il y a dégagement de chaleur dans le travail intellectuel, ou la chaleur s'emmagasinera dans le corps et fera monter la température centrale ; or nous avons vu qu'il n'en était rien — ou la température centrale n'augmentant pas, il y aura émission cutanée de chaleur : or cette émission ne peut être constatée qu'au moyen du calorimètre.

Ainsi donc, Pidancet rechercha expérimentalement — là était le fond de son travail — comment se comporte l'homme dans la calorimétrie pendant l'activité psychique.

Il se servit, pour ces recherches, de l'anémo-calorimètre de d'Arsonval.

L'anémo-calorimètre de d'Arsonval, déclare-t-il (1), « se compose essentiellement d'une enceinte, circonscrivant un espace clos de forme cubique, reposant sur le sol par quatre pieds hauts de 0^m10 environ. La face inférieure dépourvue de planches permet à l'air extérieur de communiquer avec l'intérieur de l'enceinte. La paroi inférieure présente une ouverture d'environ 0^m25 où vient s'adapter une cheminée d'appel. Il est évident que si l'on place dans une telle enceinte une source de chaleur A, celle-ci, cédant peu à peu sa chaleur à l'air environnant B, déterminera la production d'un courant d'air allant de la partie inférieure de l'appareil à la partie supérieure et à l'extérieur par l'intermédiaire de la cheminée d'appel.

Or, plus la source A sera intense, plus elle cédera de chaleur au milieu B ; d'autre part, plus grande sera la différence de température de l'air de l'enceinte et de l'air extérieur, plus la vitesse du courant établi croîtra. On comprend désormais qu'il suffise de mesurer cette vitesse pour mesurer la quantité de chaleur cédée par la source A dans un temps donné. La vitesse du courant d'air est mesurée à sa sortie de la cheminée d'appel à l'aide d'un anémomètre très sensible. Nous nous sommes servi de l'anémomètre de Richard. »

L'auteur n'a pas manqué d'étudier les qualités et causes d'erreur de l'appareil.

Le temps d'équilibre est d'environ quarante-cinq minutes.

L'absorption par les parois n'a pas d'influence sur les variations un peu brusques.

La sensibilité de l'appareil est telle que sept petites calories constituent la quantité de chaleur nécessaire pour élever de 1 degré la température de 7 centimètres cubes d'eau distillée.

Il faut éviter les courants d'air et les variations de température du milieu ambiant.

Tout cela est compatible avec une assez grande précision, mais voici ce que Pidancet ajoute :

« De toutes les causes d'erreur que l'expérimentateur peut rencontrer dans les mesures de ce genre, les plus nombreuses et les plus difficiles à éviter complètement sont apportées par le sujet lui-même. »

En effet, le sujet étant immobile, il y a un abaissement de température, mais il est connu et n'empêche pas ainsi de constater les variations, une fois l'équilibre établi.

Le travail de lecture exigeant trop de contractions musculaires fut remplacé par le calcul de tête : multiplication de trois chiffres.

« Un autre obstacle, dit encore Pidancet, que le sujet doit arriver à surmonter, consiste dans la difficulté que l'on éprouve généralement à ne penser à rien ; or il est nécessaire, pour vérifier les résultats obtenus pendant la période de travail cérébral, de faire une expérience de contrôle, le sujet se trouvant en état de repos intellectuel complet. »

Et voici la déclaration capitale et la remarque la plus intéressante :

« Malgré les précautions prises au sujet du choix d'un travail intellectuel, un certain nombre de nos expériences ont été faussées par une cause d'erreur très importante dont nous ne nous sommes pas rendu compte dès le début. Nous voulons parler des *contractions musculaires involontaires* qui se produisent au cours de l'effort intellectuel. Nous nous sommes surpris plusieurs fois, au cours d'un travail cérébral intense, en état de contracture généralisée, les sourcils froncés, les talons soulevés et les membres inférieurs reposant sur le sol par l'extrémité du pied. Notre attention avait d'abord été attirée de ce côté par le sentiment général qui accompagnait le retour du repos cérébral. Nous avons eu soin dans la suite de mettre en garde, à ce sujet, ceux de nos camarades qui se sont prêtés à nos expériences. »

Enfin l'auteur s'est surpris aussi parfois en inhibition respiratoire.

Quant à l'influence de la lumière ou de l'obscurité, elle lui est apparue comme nulle.

Pidancet chercha donc à éviter le plus possible toutes les causes d'erreur.

Dans les résultats qu'il énumère, une première série de trois expériences était viciée par l'erreur des mouvements involontaires ; cette erreur fut éliminée incomplètement dans les six suivantes et tout à fait dans les dix dernières.

Voyons à présent les résultats de ces expériences :

I. 12 janvier. Lecture d'un article. Sujet P..., assis et vêtu. Température extérieure, 16 degrés. Durée de chaque mesure, 20 secondes.

Repos, 4^h9.	6^m	Travail, 4^h28.	9^m	Repos, 4^h40.	8^m
	8		9		8
	8		11		8
	8		10		8
	8		10 75	4^h48.	8

(Température intérieure, 19 degrés.)

II. 17 janvier. Mêmes conditions. Sujet C... Température extérieure, 16^o5.

Repos, 4^h50.	6^m	Travail, 5^h2.	9^m	Repos, 5^h11.	9^m6
	7		9 5		9 6
	6 3		9		9 8
	6 5		9 5		9 5
	7 5		10		9 5
	8		9 5		9 5
	8		9 5		9 5
	7 3		10 5		9 5
	7 5		10 5		9 5
	8 5		10 3		9 3
	8 5			5^h16.	9 3
	8 5				

(Température intérieure, 19 degrés.)

III. 22 janvier. Travail de traduction d'allemand. Sujet C. B... Mêmes conditions. Température extérieure, 14^o5.

Repos, 11^h3.	13^m5	Trav., 11^h13.	14^m1	Repos, 11^h18.	14^m
	13		13 6		13 3
	13 6		14 4		13
	13 2		14		13
	13 5		13 8		12 6
	13 4		13 6		12 3
				11^h25.	12 4

(Température intérieure, 18 degrés.)

On voit que dans ces expériences il y a une ascension notable de la courbe dans le travail intellectuel. En conclura-t-on que le travail intellectuel produit un dégagement de chaleur. Voyons d'abord les expériences où les

(1) Pidancet. N° 19, chap. vii, p. 35.

causes d'erreur sont plus complètement éliminées sans l'être encore entièrement.

I. 25 janvier. Sujet P. Calcul mental. Durée de la mesure, 20 secondes. Température extérieure, 17 degrés.

Repos, 4^h.	8^m	Travail, 4^h6.	9^m	Repos, 4^h16.	9^m5
	7 6		8 6		9
	7 6		8 2		8 6
	8 1		9		9
	8 2		9		8 6
	8 5		8 6		9
	8 3		8 2		9
	8 5		8 5		9
			8 5		9 2
			8 6		9 1
			9		9
			9 2		9 4
			8 8		9 3
				4^h27.	9

(Température intérieure, 19 degrés.)

II. Sujet V... Température, 16°5.

Repos, 4^h27.	11^m	Travail, 4^h39.	11^m	Repos, 4^h49.	11^m
	10 8		10		10 5
	10 2		9 6		10
	10 2		10		10 2
	10 6		10 2		10
	11		10		10 2
	10 5		10		10
	9 5		9 8		10 4
	9 6		10		10
	10		10		10 3
					10
					10
				5^h.	10

(Température intérieure, 18°6.)

III. Sujet, l'auteur. Température extérieure, 16 degrés.

Repos, 11^h35.	11^m5	Trav., 11^h42.	13^m	Repos, 11^h50.	13^m
	12		12 5		14
	12		13		13 5
	12 5		13 5		13
	13		14		13
	12 5		13	11^h59.	13
	13		13		

(Température intérieure, 18°5.)

IV. Sujet P. Température extérieure, 15°5.)

Repos, 4^h15.	11^m	Travail, 4^h26.	9^m7	Repos, 4^h36.	9^m4
	11 5		10		9 5
	11		9 7		9 4
	11 4		9 6		9 6
	10		10		10
	11		9 4		9 5
	10 6		9 6		9 5
	10		9^m8		8 6
			9 5		9 6
					9 7
					9
				4^h49.	10

(Température intérieure, 20 degrés.)

V. Sujet C. B... Température extérieure, 15°5.

Repos, 11^h18.	12^m8	Trav., 11^h32.	14^m6	Repos, 11^h42.	13^m4
	13 4		14		13
	13 4		13 8		13 4
	12 6		13 5		13 3
	13 4		13 7		13 7
	14		13 7		14
	12 8		13 5		13 5
	14 6		13 5		13 8
	14 3			11^h50.	13 5
	13 6				
	14				
	14				

(Température intérieure, 18°5.)

VI. Sujet, l'auteur. Température extérieure, 16 degrés.

Repos, 4^h14.	15^m	Travail, 4^h22.	15^m	Repos, 4^h35.	15^m
	15		15		15
	15		15		15
	15		15		15
	14		14 5		15
	15		15		14 7
	14 5		15		15
			15		15
				4^h50.	14 6

(Température intérieure, 18 degrés.)

Dans ces expériences, nous ne trouvons plus l'élévation constante que nous avions rencontrée auparavant. Si nous la rencontrons parfois, avec d'énormes oscillations, parfois nous rencontrons des abaissements, parfois la courbe ne paraît pas influencée.

Voyons donc des expériences tout à fait précises et qui permettent de conclure définitivement. Des dix expériences de l'auteur nous donnerons les trois premières et les trois dernières.

I. 24 avril. Sujet, l'auteur, à peu près dévêtu. Durée de la mesure, 30 secondes. Température extérieure, 16°4.

Repos, 6^h20.	19^m5	Travail, 6^h33.	21^m	Repos, 6^h40.	21^m
	21		21		21
	20		21		21
	19 8		21		21
	20 3		21		21
	20 7		21		21
	21				21
	21				21
				6^h49.	21

(Température intérieure, 19°4.)

II. 25 avril. *Id.* Température extérieure, 16°5.

Repos, 6^h10.	19^m6	Travail, 6^h23.	21^m	Repos, 6^h33.	21^m
	19 5		21		21
	19 5		21		21
	20		21		21
	20 7		21		21
	21		20 7		21
	21		21		21
					21
				6^h47.	21

(Température intérieure, 19°3.)

III. 27 avril. *Id.* Température extérieure, 17 degrés.

Repos, 6^h13.	21^m	Travail, 6^h25.	20^m2	Repos, 6^h38.	20^m3
	20 2		20 5		20
	20 4		20		20
	20 3		20		20
	20		20		20
			20	6^h48.	20

(Température intérieure, 19°8.)

Contraction musculaire, 6^h48. 23^m
6^h50. 24 5

(Température intérieure, 20°05.)

Ces chiffres montrent l'influence considérable de l'activité musculaire sur la thermogenèse calorimétrique.

IV (VIII). 5 mai. *Id.* Température extérieure, 17°5.

Repos, 6^h13.	23^m	Travail, 6^h26.	22^m	Repos, 6^h36.	22^m
	23		22		22 2
	22 4		22		21
	22 2		22		21 8
	22 6		22		22
	21 7		22		22
	22		22		22
	22		22		22
					22
				6^h50.	22

(Température intérieure, 20°2.)

V (IX). 7 mai. *Id.* Température extérieure, 16°6.

Repos, 9h30.	Travail, 9h42.	Repos, 9h53.
22m8	21m	21m1
22 5	21	21
21 7	21	21
21 4	20 9	21 3
21	21	21
21 3	21 2	21
21	21	21
21	21	21
21 1		20 8
		21
		10h5. 21

(Température intérieure, 19°7.)

VI (X). 9 mai. *Id.* Température extérieure, 16°5.

Repos, 6h.	Travail, 6h15.	Repos, 6h24.
23m8	22m	22m
23 2	22	22
23 4	22	22 2
22 7	21 7	22
22 5	22	21 8
23	22 1	22
22 6	22	21 7
22 4	22	22
22		22
22 1		22
22		6h40. 22

(Température intérieure, 20 degrés.)

Il ressort de ces courbes, de la façon la plus évidente, que le travail mental même intense, dans des conditions où il est à peu près le seul facteur possible de variation, n'exerce aucune influence appréciable sur la thermogénèse calorimétrique. Quelques oscillations en tous sens marquent quelques perturbations accidentelles; mais en somme la courbe dans la portion qui correspond au travail intellectuel ne présente aucune variation caractéristique, et parfois reste absolument droite.

Aussi Pidancet conclut-il :

I. Le travail intellectuel ne modifie pas l'émission de chaleur à la surface du corps.

II. Le travail intellectuel ne modifie pas la température centrale.

Cela, nous l'avons déjà vu.

« Nous pouvons donc conclure, termine-t-il, que le travail intellectuel s'effectue sans production de chaleur appréciable à l'aide de nos appareils. »

Cette conclusion nous paraît absolument justifiée.

V

Ainsi donc le jugement commun qui consiste à dire : « Le travail intellectuel élève la température, » n'est aucunement fondé.

Un assez petit nombre d'expériences viciées par de multiples causes d'erreur, et surtout des affirmations aussi catégoriques dans la forme que hasardées dans le fond, tel était le bagage que nous possédions sur la question.

On commence à revenir un peu d'une si belle assurance. Des expériences douteuses comme celles de Pembrey et Nicol, franchement négatives comme celles de Pidancet doivent donner l'éveil. Il y a là un préjugé scientifique à chasser :

Dans la mesure de nos connaissances, on peut dire que le travail intellectuel n'exerce aucune action appréciable sur la thermogenèse de l'homme.

Et, si beaucoup d'auteurs ont attribué au travail intellectuel une influence élévatoire sur la température, c'est qu'ils ont enregistré les effets du travail physique et musculaire, qui accompagne presque toujours le travail intellectuel, qu'il est très difficile d'éliminer et qu'on n'a presque jamais même essayé d'éliminer.

Davy notait une élévation après un discours : il l'attribuait au travail intellectuel! Aussi a-t-il pu remarquer une élévation plus grande sous les tropiques qu'en Angleterre : l'activité musculaire y développe en effet plus de chaleur.

Enfin, il est vraiment curieux de voir se perpétuer un pareil aveuglement, un si bel exemple d'erreur systématique, systématiquement prise pour une vérité incontestable.

Il serait donc temps de se dessiller les yeux et de savoir différencier dans toutes les expériences la part du travail physique et celle du travail intellectuel, en mettant jusqu'à nouvel ordre tout d'un côté et rien de l'autre.

Nous sommes arrivés, par des expériences que nous publierons bientôt, à nous rendre compte de cet élément perturbateur qu'est le travail physique. Nous avons cru utile, avec cette revue générale, de montrer comment s'introduit un préjugé dans la science.

Bibliographie. — Une bibliographie de la question, très incomplète pour l'époque où nous sommes, a été faite par Richet en 1885, à propos de ses leçons sur la température.

Une autre plus récente est donnée par le livre de Binet et Henri sur la fatigue intellectuelle. Mais les citations sont insuffisantes et incomplètes. Les auteurs dont les références sont souvent omises sont cités de seconde ou de troisième main.

Nous avons toujours eu recours aux sources originales, ne négligeant rien de ce qui pouvait avoir quelque intérêt. Nos indications sont toujours très précises. Cette méthode nous a permis de rectifier quelques erreurs, souvent graves.

1. R. W. Amidon. The effect of willed muscular movements on the temperature of the head; new study of archal cortical localization, *Arch. of Med. of New-York*, 1880, t. III, p. 117-173. — 2. Binet et V. Henri. Influence du travail intellectuel sur la température, *La fatigue intellectuelle*, Paris, 1898, p. 135-145. — 3. P. Broca. La température cérébrale. Communic. à la section de médecine du Cong. de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sc., Xe session, Le Havre, 1877; comptes rendus dans : 3_1. *Gaz. méd. de Paris*, 15 sept. 1877, n° 37, p. 457 (quelques chiffres inexacts); 3_2. *Progrès méd.*, 8 sept. 1877 (*id.*); 3_3. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1877, p. 472-473 (aucun chiffre); 3_4. *Revue scient.*, 16 sept. 1877, n° 11, p. 257-258; 3_5. *Revue philos.*, déc. 1877, p. 662 (d'après la *Revue scient.*; quelques chiffres inexacts). — 4. L. Couty. Recherches sur la température périphérique et quelques conditions de ses variations, *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, janv. 1880, p. 82-130; mars, p. 226-283. — 5. J. Davy. *Physiological Researches*, 1863; II. *On the temperature of man*; §6. On the effect of excited and sustained attention on the temperature, p. 18. — 6. Forel. Expériences sur la température du corps humain dans l'acte d'ascension des montagnes, *Bull. méd. de la Suisse rom.*, 1873, p. 286. — 7. François-Franck. *Dict. Dechambre*, art. Encéphale, 1re série, n° 34, p. 337-360. — 8. Gley. De l'influence du travail intellectuel sur la température générale, *C. R. de la Soc. de biol.*, séance du 26 avril 1884, p. 265-270. — 9. L. C. Gray. Cerebral Thermometry, *New-York Med. Journ.*, août 1878, t. XXXVIII, p. 131-144. — 10. S. Istamanow. Ueber die wechselseitige Beziehung zwischen den Temperaturschwankungen im äusseren Gehörgange und den Blutkreislaufe im Gehirn, *Pflüger's Arch. f. die gesam. Physiol.*, 1886, t. XXXVIII, p. 113-120. — 11. Lombard. Experiments on the relation of heat to mental work, *New-York med. Journ.*, June 1867, t. V, p. 198-205. — 12. Lombard. Expériences sur l'influence du travail sur la température de la tête, *Arch. de physiol. norm. et pathol.* (de Brown-Séquard), 1868, t. I, p. 670. — 13. Lombard. Experimental Researches on the temperature of the head, *Proceedings of Royal Soc. of London*, 1878, p. 166. — 14. Lombard. *The*

Regional Temperature of the head London, 1879. — 15. LOMBARD. Description d'un nouvel appareil thermométrique pour l'étude de la chaleur animale, *Arch. de physiol. norm. et pathol.* (de Brown-Séquard), t. I, p. 498-506. — 16. E. MARAGLIANO. La temperatura cerebrale, *Rivista clin. di Bologna*, 1879, nos 4 et 5, p. 112-119; nos 7 et 8, p. 232-236; n° 9, p. 265-274; 1880, nos 5 et 6, p. 150-160; n° 7, p. 203-215; n° 10, p. 306-308. — 17. Ang. MOSSO. *La temperatura del cervello*, Milano-Treves, 1894, chap. X, XI, XII, p. 112-158; chap. XIV. — 18. PEMBREY et NICOL. Observations upon the deep and surface of the human body, *The Journ. of Physiol.*, t. XXIII, p. 386-406, § 3-4-6-7 (§ 6, p. 394 : The Effect of mental work). — 19. PIDANCET (1). *Le travail intellectuel dans ses relations avec la thermogenèse*, Th. de méd., Nancy 1899 (n° 55). — 20. Ch. RICHET. La température normale de l'homme, *Revue scient.*, 16 mai 1885, n° 20. Influence du travail intellectuel, p. 625-626. — 21. Ch. RICHET. *La chaleur animale* (Biblioth. scient. internat.). — 22. Ch. RICHET. *Dict. de physiol.*, art. CHALEUR. — 23. RUMPF. Untersuchungen über die Wärmeregulation in der Narkose und in Schlaf, *Pfluger's Arch. f. die gesam. Physiol.*, 1884, t. XXXIII, Schlaf., p. 591-603. — 24. M. SCHIFF. Recherches sur l'échauffement des nerfs et des centres nerveux à la suite des irritations sensorielles et sensitives, *Arch. de méd. expériment. et pathol.*, 1870, p. 519. — 25. SOURY. La thermométrie cérébrale, *Revue philos.*, avril 1897, p. 398-409. — 26. SPECK. Untersuchungen über die Beziehungen der geistigen Thätigkeit zum Stoffwechsel, *Arch. f. experim. Pathol. und Pharm.*, 15 déc. 1881; t. XV (1882), 1er et 2e Heft., p. 81-145.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — *Bordeaux.* — Il vient d'être créé à cette Faculté un diplôme de chirurgien-dentiste.

Guerre. — Par décret du 19 août 1902, ont été nommés dans le corps de santé des troupes coloniales, pour prendre rang du 14 août 1902 :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins stagiaires Léger, Boussenot, Montel, Grosfillez, Donnet, Margerie, Chagnolleau, Sorel, Lamoureux, Braud, Verdier, Jousset, Latour et Bougenault.

(1) Appelé PIDAUCET dans l'*Année psychologique*.

Institut Pasteur. — Trois nouveaux instituts Pasteur viennent d'être créés : le premier à Saïgon, le deuxième à Saint-Louis du Sénégal et le troisième à Tananarive.

Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie (VIe session, Grenoble 1902). — Ouverture le 29 septembre, clôture le 6 octobre.

Une réduction de 50 p. 100 a été accordée par les Compagnies de chemins de fer; pour en profiter, les demandes d'adhésion doivent parvenir au secrétaire général avant le 10 septembre.

Les rapports sur les questions posées sont envoyés tout de suite aux adhérents. Le prix des cotisations est de 20 francs. Les parents des congressistes peuvent profiter des avantages en payant une cotisation de membre honoraire de 10 francs.

Les excursions projetées comprennent Uriage, Allevard, le plateau des Petites-Roches dans la vallée du Grésivaudan, le Villard de Laus, dans le Vercors, la Grande-Chartreuse, Aix-les-Bains, le lac du Bourget, le Revard; le prix total des excursions est d'environ 50 francs.

Pour les adhésions et les renseignements, s'adresser au secrétaire général, M. le professeur Fernand Berlioz, à l'École de médecine à Grenoble.

Une exposition annexée au Congrès est organisée par M. Girard, 3, rue Saint-Lazare, Paris, à qui les exposants doivent s'adresser.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Mourier, directeur de l'Assistance publique.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursions aux gorges du Tarn.* — Les Compagnies P.-L.-M., Orléans et Midi organisent, avec le concours de l'agence des Voyages modernes, deux excursions aux gorges du Tarn.

Prix (tous frais compris et suivant l'itinéraire) : 1re classe, 245 fr. ou 330 fr.; 2e classe, 200 fr. ou 290 fr.

Départ de Paris le samedi 6 septembre 1902. — Retour à Paris le 15 septembre.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence des Voyages modernes, 1, rue de l'Échelle, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 95. — MARDI 26 AOUT 1902. 75e ANNÉE. MARDI 26 AOUT 1902. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE.
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

TUMEUR CONGÉNITALE DU CUIR CHEVELU A TISSUS MULTIPLES (OSTÉO-ADÉNO-CHONDROME)

SIÉGEANT EXACTEMENT SUR LA LIGNE MÉDIANE, AU NIVEAU DE LA PROTUBÉRANCE OCCIPITALE EXTERNE

Par M. ROME, interne des hôpitaux.

On sait que Malherbe a le premier attiré l'attention, en 1880, sur une variété de néoplasmes caractérisés par la calcification des cellules épithéliales, qu'entoure une trame ordinairement fibreuse, mais souvent aussi fournie par du tissu osseux vrai (Malherbe, Wilkens). Ces tumeurs, auxquelles Chenantais dans sa thèse (Paris, 1881) donne le nom d'*épithélioma calcifié des glandes sébacées*, et qui avaient été déjà observées et décrites par Wilkens en 1858, ont été depuis étudiées, non seulement par Malherbe et ses élèves, mais par un certain nombre d'auteurs, qui ont précisé leurs caractères anatomo-pathologiques et cliniques, mais n'ont pu complètement élucider leur pathogénie; et celle-ci reste encore discutée, soit qu'on leur attribue une calcification primitive (Malherbe) ou secondaire (Trélat), soit qu'on les fasse naître dans les glandes sébacées (Malherbe, Bard), ou qu'on voie leur origine dans une inclusion embryonnaire (Trélat, Pilliet) ou traumatique (Reverdin). Il nous a été donné d'observer, dans la clinique de M. le professeur Poncet, une tumeur congénitale du cuir chevelu, siégeant exactement sur la ligne médiane, à la protubérance occipitale externe, et qui, se rapprochant, par plusieurs points, des néoplasmes décrits par Malherbe, peut contribuer à éclairer leur pathogénie.

OBSERVATION. — J. D..., âgé de soixante-trois ans, cultivateur à Saint-Genix d'Aoste (Savoie).

Il entre le 29 mai 1902, salle Saint-Philippe, où il est envoyé par M. le docteur Bouveret, dans le service de M. le professeur Poncet. Rien de spécial dans ses antécédents héréditaires (pas de néoplasmes dans sa famille) ou personnels : marié, père de 14 enfants, jamais de maladies graves. Il vient pour une tumeur du cuir chevelu dont le début remonte à sa naissance. Il prétend avoir toujours eu, au-dessus de la nuque, une petite tumeur, de la grosseur d'un pois. Elle était très dure, très mobile; les cheveux ont toujours poussé très espacés à sa surface. Il y a trois ans, il achète de la pommade à un charlatan, et fait des onctions sur sa tumeur. Depuis, celle-ci a progressivement augmenté de volume, elle est devenue peu à peu grosse comme deux noix. Il y a environ trois mois, elle s'ulcérait, et le malade attribue l'ulcération à un grattage répété, ou au port de mauvais chapeaux.

A l'entrée, on constate ce qui suit :

La région occipitale est occupée par une tumeur qui siège derrière la protubérance occipitale externe, exactement sur la ligne médiane. Cette tumeur est hémisphérique, son diamètre étant de 7 à 8 centimètres environ. A son niveau, la peau présente une coloration blanche uniforme, sans réseau veineux superficiel, et il n'y a que quelques cheveux espacés. La tumeur donne à la palpation une sensation de consistance et de dureté, comparable à celle de l'os, et qui paraît égale partout, sauf en un point. Il existe en effet, à la partie gauche et inférieure, une ulcération creusée en godet, de 2 centimètres de surface, à fond jaunâtre.

La peau n'est pas mobile sur la tumeur, et on ne peut la soulever en pli. La tumeur elle-même est peu mobile dans le sens vertical ou traversal. Il n'y a pas de symptômes fonctionnels, à part quelques fourmillements au niveau du point ulcéré.

Pas de ganglions à la nuque ni au cou.

Le malade ne présente aucune autre tumeur ni anomalie congénitale.

État général excellent : apparence de santé parfaite.

Le 31 mai 1902, la tumeur est enlevée au bistouri par M. Delore, assistant de la clinique. On rapproche et on réunit par des points de suture les bords de la plaie. Le 6 juin, les points de suture sont enlevés et le 9 le malade quitte le service : la cicatrisation est à peu près achevée. Il retourne chez lui, en pleine voie de guérison.

La tumeur, présentée à la Société des sciences médicales le 4 juin 1902, a été examinée par M. Dor, chef de laboratoire de M. le professeur Poncet. Voici les résultats de son observation et les conclusions qu'il y a lieu d'en tirer.

Examen de la pièce par M. le docteur L. Dor. — La tumeur, irrégulièrement arrondie, est recouverte d'une peau réduite à son épiderme et présentant encore des poils espacés. Sur une surface de 2 centimètres carrés environ, la capsule de la tumeur se confond avec le derme; plus loin, on peut séparer plus nettement le derme et une capsule. A la coupe, on constate que le tissu est exceptionnellement dur, et en effet,

on rencontre toutes les phases de la calcification, de la chondrinisation et de l'ossification. Dans la région médiane, on trouve des amas parenchymateux, visiblement constitués par du tissu épithélial et encerclés par une série de portions calcifiées, en sorte que l'on dirait qu'un tissu spongieux forme le squelette, et que dans toutes les loges se trouvent des amas épithéliaux.

A la périphérie de la tumeur il y a des points où le squelette n'est pas calcifié, mais nettement chondrinisé, donnant le reflet du cartilage des chondromes et se coupant au couteau.

Enfin, dans plusieurs points, ce n'est ni du cartilage, ni du tissu calcifié que l'on trouve, mais bien de l'os véritable, ayant la cassure de l'os et le toucher spécial.

L'examen microscopique de petits fragments prélevés sans durcissement a permis immédiatement de s'assurer de la réalité de l'existence des trois tissus : la calcification, la chondrinisation et l'ossification ont évolué dans des endroits différents, mais en constituant toujours une coque périphérique et non une dégénérescence centrale. Ce n'est pas le tissu adénomateux lui-même qui s'est infiltré de sels calcaires, de chondrine ou d'osséine par un processus métatrophique ; c'est le stroma conjonctif de la néoplasie qui, au lieu de rester conjonctif, est devenu calcaire, cartilagineux ou osseux. En un mot, il s'agit d'une tumeur à tissus multiples et non d'une tumeur envahie par un processus curateur comme le serait la calcification d'un tubercule.

L'existence de cette tumeur dans la région médiane de la nuque est un argument important en faveur de son origine congénitale et doit être interprétée comme représentant l'évolution anormale d'une cellule de l'embryon avant la séparation des feuillets du blastoderme, évolution dans une même tumeur de tissus qui proviennent du feuillet externe et du feuillet moyen, et il est intéressant de remarquer que dans un point du corps où les cellules du feuillet moyen doivent à l'état normal s'imprégner de chondrine et d'osséine pour l'édification du cartilage des vertèbres et des différents os, on voit apparaître de la chondrinisation et de l'ossification, alors que dans les autres tumeurs analogues nées au niveau des fentes branchiales et dans des points où les cellules du feuillet moyen n'ont à édifier que des ligaments et non des os, on ne voit apparaître que de la calcification. L'appellation d'épithélioma calcifié n'est donc pas entièrement exacte ; il faut dire : tumeur à tissus multiples, et donner la même importance au tissu épithélial et aux tissus cartilagineux et osseux. C'est aussi bien un ostéome épithéliomateux, qu'un épithéliome ossifié, ou plutôt ce n'est ni l'un, ni l'autre, c'est une association de néoplasies.

Le terme d'épithélioma calcifié tend à faire croire qu'un épithéliome a subi une dégénérescence spéciale, et l'examen de la tumeur ne permet pas d'accepter cette conception.

La tumeur présente donc, comme le démontre l'examen de M. Dor, plusieurs points communs avec les néoplasmes décrits par Malherbe et Chenantais. Formée de cellules épithéliales, qu'entourait une trame en partie ossifiée, en partie chondrinisée et calcifiée, elle était pourvue d'une capsule et respectait les ganglions, ce qu'explique d'ailleurs son évolution bénigne (Reverdin sur 53 cas réunis en 1901 ne cite que deux cas de récidive). Elle siégeait à la nuque, qui constitue avec les sourcils et l'oreille un lieu d'élection pour ces tumeurs. Deux points sont surtout à relever dans son histoire : d'une part, la complexité de sa texture qui montre la nature dans ce cas évidemment primitive de la calcification, et d'autre part son origine congénitale. Celle-ci prouve que, si ces tumeurs peuvent naître dans les glandes sébacées (Malherbe, Chenantais), souvent elles se développent, comme l'ont soutenu Pilliet (*Bull. de la Soc. anat.*, 1890) et Reverdin, aux dépens d'inclusions embryonnaires.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (1)

XIIe session, tenue à Grenoble, du 1er au 8 août 1902.

COMMUNICATIONS DIVERSES

I. ANATOMIE NORMALE OU PATHOLOGIQUE

Sur l'innervation des vaisseaux de la pie-mère et de l'écorce cérébrale. — M. OBREGIA. Les cellules de Ramon, situées dans la couche moléculaire, immédiatement sous la pie-mère, donnent de nombreux filets qui vont se dirigeant et se ramifiant vers la pie-mère et les vaisseaux qui en émergent. Ces cellules sont donc préposées à l'innervation des vaisseaux corticaux ; ainsi s'établit entre une région corticale et les vaisseaux qui l'irriguent une relation qui permet un afflux sanguin plus considérable au moment où travaille cette région corticale.

Sclérose en plaques infantile à forme hémiplégique, d'origine hérédo-syphilitique probable. — M. CARRIER. Un enfant de sept ans, fils d'un père alcoolique et syphilitique, fut atteint de monoplégie brachiale droite avec crises épileptiformes et aphasie. Il est mort à l'âge de dix-sept ans et l'autopsie a révélé des plaques de sclérose multiple, surtout médullaires.

Sarcomes et sarcomatose du système nerveux. — MM. PHILIPPE, CESTAN et OBERTHUR. Se basant sur l'étude de 15 cas de sarcome, les auteurs proposent de substituer à l'ancienne classification des sarcomes basée sur la simple structure histologique, une nouvelle classification mieux en rapport avec l'histoire anatomo-clinique. Ils distinguent deux grandes classes, les *sarcomes solitaires* d'une part, les *sarcomes diffus* d'autre part, auxquels en raison de cette diffusion maligne ils réservent le nom de *sarcomatose*. Les sarcomes solitaires comprennent deux variétés, les sarcomes des méninges et les sarcomes de la substance nerveuse proprement dite. Dans la première variété, la marche est lente, on observe surtout des phénomènes de compression sans destruction profonde de la substance nerveuse : d'où utilité d'une intervention chirurgicale précoce. Dans la deuxième variété, qui comprend les glio-sarcomes des auteurs, la marche est rapide avec envahissement et destruction de la substance nerveuse.

La sarcomatose diffuse comprend également deux variétés, la méningite sarcomateuses qui peut évoluer avec les allures cliniques d'une méningite tuberculeuse, et la neuro-fibro-sarcomatose. Dans cette dernière variété, peu connue, la sarcomatose revêt la forme de nodules cérébraux, médullaires et périphériques, qui écartent, compriment et finalement détruisent les cylindraxes. Tous les éléments de soutènement du système nerveux, central et périphérique, participent ainsi rapidement et d'emblée à l'évolution sarcomateuse. Cette nouvelle forme de sarcomatose mérite, à certains points de vue, d'être rapprochée de la maladie de Reckling-

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 87, p. 873, et n° 92, p. 917.

hausen. L'étude histologique montre en effet un point de départ semblable, d'autre part les auteurs présentent une observation d'une malade atteinte de maladie de Recklinghausen typique et des signes de tumeur cérébrale; il se pourrait donc qu'on pût considérer la neuro-fibro-sarcomatose comme une forme rapide, maligne de la neurofibromatose.

Des localisations cancéreuses sur le système nerveux périphérique. — MM. OBERTHUR et MOUSSEAUX. On peut observer tantôt des polynévritiques toxiques ou auto-toxiques, tantôt des névrites par compression par le fait de la tumeur. Les nerfs volumineux sont très résistants à l'envahissement secondaire néoplasique; leur altération est due à la compression (hyperplasie du tissu conjonctif, fragmentation de la myéline, tuméfaction du cylindraxe). Les petits nerfs sont au contraire envahis par les éléments cancéreux qui s'infiltrent dans les espaces lymphatiques. Dans certains cas de cancer rachidien, les ganglions nerveux et les méninges peuvent être intéressés avant les corps vertébraux par l'intermédiaire des plexus veineux et surtout des gaines lymphatiques : ainsi, à côté de la forme *primitivement osseuse* classique, il faut faire une place à une forme *radiculo-méningée*. Au niveau du crâne, les véritables métastases cancéreuses siègent de préférence au niveau du rocher, sans doute à cause des nombreux orifices vasculaires et aussi des gaines lymphatiques péri vasculaires.

Les lésions histologiques de l'écorce dans les atrophies du cervelet. — MM. LANNOIS et PAVIOT (de Lyon). Les auteurs rapportent trois observations d'atrophie du cervelet. Dans la première, il s'agissait d'un enfant qui avait présenté le syndrome cérébelleux très accusé et à l'autopsie duquel on trouva une lepto-méningite généralisée et une atrophie qui semblait limitée à sa face inférieure du cervelet, mais en réalité était diffuse. La seconde est une hémiatrophie du cervelet apparemment primitive et la troisième enfin une hémiatrophie croisée consécutive à une sclérose cérébrale infantile.

Dans ces trois cas, la lésion a été trouvée identique. Sur une dentelure dont un côté a encore l'aspect sain, les cellules de Purkinje disparaissaient brusquement en même temps que la couche des grains se raréfie, s'amincit peu à peu et disparaît à son tour en même temps que la couche moléculaire diminue considérablement de volume; la disparition des cellules de Purkinje paraît être le phénomène primordial.

Le fait important est qu'au moment où les cellules de Purkinje et les grains disparaissent, on voit s'isoler une couche de cellules ovales, pâles, à noyau formé de chromatine peu dense à 1-2 nucléoles fortement colorées. Les noyaux, beaucoup plus volumineux que les grains, forment une couche continue, assez dense à son centre, qui contourne les dentelures cérébelleuses comme un feston ininterrompu.

Cette couche nouvellement apparue est constituée par les grandes cellules étoilées de la couche des grains, cellules de relation ou du type II de Gölgi, et est mise en évidence par la disposition de la couche des grains.

Il n'y a pas de différence histologique, que le cervelet paraisse atrophié primitivement ou secondairement. Le syndrome clinique cérébelleux en rapport avec cette atrophie ne doit donc pas toujours être considéré comme étant le représentant d'une lésion primitive du cervelet.

Étude histologique de l'écorce cérébrale dans 13 cas de méningite. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et FAURE. Les lésions ni constantes ni régulières siègent en général au voisinage immédiat des foyers méningés et sont d'autant plus accentuées que l'évolution de la méningite a été plus longue. Elles consistent en infiltration péri-vasculaire de cellules rondes et en chromatolyse des cellules nerveuses qui deviennent globuleuses, ont le noyau peu coloré, les prolongements pâles et le bord échancré par la neuronophagie.

Des processus histologiques de l'atrophie musculaire. — M. G. DURANTE. L'atrophie musculaire simple, qui s'observe dans certaines affections des nerfs et dans la myopathie progressive, traverse trois périodes :

1° Le début, caractérisé par la régression plasmodiale, consiste dans l'hypertrophie du sarcoplasma, partie non différenciée de la fibre musculaire, avec prolifération des noyaux. Ainsi se forment des masses protoplasmiques à nombreux noyaux, donnant un aspect grenu à la fibre qui paraît hypertrophiée. En même temps, la fibre striée subit des divisions longitudinales simples ou multiples, fibres très grêles, par suite qui donnent sur des coupes horizontales l'aspect d'un jeu de patience.

2° Bientôt survient la phase de *régression cellulaire*, c'est-à-dire le retour de la fibre cellulaire à l'état embryonnaire, les fibres fines s'étranglent et se divisent en éléments distincts sous la forme de chaîne de cellules fusiformes.

3° Enfin, par ce retour à l'état embryonnaire, originaire, ces cellules sont capables de s'adapter à de nouvelles fonctions. Elles se transforment peu à peu et prennent l'apparence d'éléments conjonctifs ou se chargent de graisse en se métamorphosant en cellules adipeuses; ainsi s'expliquent l'augmentation apparente du tissu interstitiel et l'infiltration graisseuse toujours plus ou moins marquée dans les amyotrophies. Les dégénérescences diverses que l'on rencontre dans quelques fibres relèvent de complications diverses, sous la signature d'accidents toxiques qui viendent se surajouter au processus amyotrophique.

II. CLINIQUE NEUROLOGIQUE

Le signe d'Argyll-Robertson. — MM. CESTAN et DUPUY-DUTEMPS. Ces auteurs ont recherché le signe d'Argyll-Robertson chez les malades de la clinique Charcot. Ils insistent sur les causes d'erreur fréquente et le bon résultat fourni par l'instillation de cocaïne dans le cas de myosis (voir *Gaz. des hôpit.*, 28 déc. 1901). Ils n'ont jamais constaté le *réflexe paradoxal* de la pupille. Ils ont examiné, sans trouver le signe d'Argyll, 35 cas de sclérose en plaques, 30 polynévrites, 8 syringomyélies, 10 maladies de Friedreich, 6 atrophies Charcot-Marie. Laissant de côté la question encore douteuse de la névrite interstitielle hypertrophique, ils apportent 17 observations de malades cliniquement non tabétiques ou paralytiques généraux, ayant présenté cependant le signe d'Argyll soit à l'état isolé, soit associé à d'autres affections (hémiplégie, myélite, etc.). Mais tous ces malades étaient syphilitiques. Ainsi, conformément à l'opinion de M. Babinski, le signe d'Argyll doit faire soupçonner la syphilis; toutefois les auteurs estiment qu'en l'absence de notions précises sur le mécanisme de ce signe, il est préférable d'admettre à l'heure actuelle que le signe d'Argyll-Robertson est un symptôme de tabes ou de paralysie générale évoluant soit à l'état isolé, soit associé à d'autres maladies nerveuses syphilitiques.

Des origines poly-infectieuses du tabes. — M. FAURE. Le tabes ne relève pas exclusivement de la syphilis, car certains tabes semblent n'être que l'expression locale d'une dégénérescence générale sénile (polysclérose) ou d'une toxi-infection autre que la syphilis (tuberculose, malaria, paludisme...). Les infections même banales peuvent chez un syphilitique favoriser l'éclosion du tabes, car souvent chaque accident tabétique a accompagné ou suivi l'apparition d'une de ces infections.

De l'activité locale de la circulation cutanée de la main dans l'hémiplégie organique et le syndrome de Raynaud. — M. LAIGNEL-LAVASTINE. L'activité de la circulation cutanée peut s'apprécier en mesurant le temps que met à disparaître la tache blanche produite par une compression légère, temps très long dans la rougeur par paralysie vaso-motrice, très court dans la rougeur par vaso-dilatation active. Cette tache subit des modifications de même sens que le pouls capillaire; plus brève du côté paralysé que du côté sain au lendemain de l'ictus, elle devient plus longue que celle du côté sain quand l'hémiplégie est ancienne.

Le massage chez les tabétiques. — MM. FAURE et CONSTENSOUX. La technique du massage chez les tabétiques doit éviter les mouvements passifs étendus, les exercices d'assouplissement, le pétrissage violent; le massage doit consister surtout en effleurage et percussion légère à titre de stimulant de la sensibilité profonde et de la nutrition musculaire; il ne peut d'ailleurs suppléer la rééducation motrice qui, seule, peut améliorer l'incoordination des tabétiques.

III. CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Paralysie générale chez deux dégénérés. — MM. JOFFROY et RABAUD. Il s'agit de deux frères présentant des antécédents héréditaires très chargés et des antécédents personnels consistant chez l'un en alcoolisme et syphilis, chez l'autre en paludisme et surmenage. L'autopsie a confirmé le diagnostic clinique de paralysie générale. Ainsi apparaît l'importance du terrain sur lequel vont agir des facteurs variés, syphilis, alcoolisme, paludisme, etc., pour aboutir au même résultat : la paralysie générale.

Du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale. — MM. MERCIER et JOFFROY. Les auteurs ont pratiqué la ponction lombaire chez 91 malades dont 48 paralytiques généraux. Chez ces derniers, ils ont trouvé trois fois seulement un nombre d'éléments comparable au chiffre normal; dans tous les autres cas, au contraire, existait une lymphocytose marquée. La ponction lombaire permet donc, dès le début, de distinguer la paralysie générale de certaines psychoses et de certaines formes d'alcoolisme qui en affectent l'allure clinique; mais le problème est plus complexe dans le cas d'association de troubles mentaux et d'une affection organique telle que le tabes capable de déterminer à elle seule une lymphocytose. Les résultats négatifs obtenus chez trois paralytiques généraux prouvent au surplus que la valeur de la ponction lombaire n'est pas absolue pour le diagnostic de la paralysie générale.

MM. MARIE et DUFLOS. Les auteurs ont pu constater, par des ponctions lombaires périodiquement répétées, que le nombre des éléments blancs du liquide céphalo-rachidien va en diminuant à mesure que le paralytique général s'éloigne du début de la maladie.

M. RÉGIS. Le cyto-diagnostic n'a pas une valeur absolue pour le diagnostic de la paralysie générale, car on peut observer d'une part des cas de paralysie générale sans lymphocytose, et d'autre part des cas de neurasthénie simple chez des syphilitiques et des neurasthénies préparalytiques, avec dans les deux cas une lymphocytose plus ou moins abondante.

Des altérations du fond de l'œil chez les paralytiques généraux. — M. KÉRAVAL. Sur 51 paralytiques généraux, 42 présentaient des lésions du fond de l'œil. Sur 7 de ces malades, on a constaté 5 fois une atrophie blanche, 1 fois une atrophie grise, 13 fois un état pâle, lavé de la pupille.

Paralysie générale précoce chez une débile hérédo-syphilitique. — M. DUPRÉ. Il s'agit d'une malade de vingt-trois ans, ayant succombé aux suites d'une paralysie générale, qu'a vérifiée l'examen histologique; elle avait été contaminée par sa mère qui, nourrice, avait eu un chancre du mamelon.

Fausse grossesse dans la paralysie générale. — MM. DUPRÉ et PAGNIEZ. La malade, âgée de trente-trois ans, paralytique générale, présentait et un délire de grossesse et un ensemble de signes somatiques de grossesse. La conviction de grossesse était donc absolue, aussi bien chez la malade que dans son entourage. Cependant, au terme approximatif de la prétendue grossesse les règles réapparurent, mais les symptômes extérieurs persistèrent encore quelque temps.

Traitement mercuriel de la paralysie générale. — M. DEVAY. Chez 21 malades sur 70 traités, l'auteur a obtenu un excellent résultat par la médication iodo-hydrargyrique, tantôt au point de vue somatique, tantôt au point de vue mental. Ces bons résultats du traitement mixte prouvent l'origine syphilitique de la paralysie générale.

Traitement chirurgical de l'idiotie et de l'épilepsie. — M. BOURNEVILLE. Les résultats éloignés de la trépanation, soit chez les idiots, soit chez les épileptiques ordinaires, sont nuls ou même malheureux, car ils s'accompagnent fréquemment d'une profonde déchéance de l'intelligence. Seule, reste à conseiller l'intervention chirurgicale dans l'épilepsie bravais-jacksonienne traumatique, à la condition même qu'elle soit précoce.

Sur l'évolution des obsessions et leur passage au délire. — M. SÉGLAS. Les formes psychopathiques auxquelles peut aboutir l'obsession sont la mélancolie, la confusion mentale, le délire onirique et les délires systématisés. Évoluent ainsi surtout les obsessions dites intellectuelles, en particulier les différents types décrits sous le nom générique de maladie du doute. Les éléments qui permettent de prévoir cette évolution doivent être tirés, non pas de la forme de l'obsession, mais de l'état mental sous-jacent, de la fréquence, de l'intensité et de la durée des paroxysmes émotionnels, en raison même du pouvoir de dissociation qu'exerce l'émotion sur les différents éléments de la pensée. Il se produit, en effet, une dissociation de la conscience personnelle qui aboutit soit à la stupeur, à la confusion mentale, au délire de rêve si les troubles psychiques viennent à se multiplier d'une façon aiguë, soit au délire systématisé si le processus de désagrégation a une marche plus lente; dans ce cas, la conscience personnelle s'appauvrit de plus en plus, tandis que l'idée obsédante règne en maîtresse au milieu des autres pensées. Parfois même, on voit se mani-

fester alors ces tendances logiques, inconscientes et générales de l'esprit humain provoquant l'interprétation, la justification d'un état de conscience contre lequel le malade ne lutte plus; c'est ainsi qu'il s'engage dans la voie des délires systématisés.

L'anxiété impulsive au point de vue médico-légal. — M. GARNIER. Dans la mélancolie sans délire, alors que la maladie est beaucoup plus morale qu'intellectuelle, le malade peut être pris d'une sorte de vertige mental avec actes homicides ou tentatives de suicide. Ces actes, qui se produisent en dehors de l'influence de conceptions délirantes, sont suivis d'une sorte de détente et le malade, inquiet et étonné, manifeste le premier son étonnement d'avoir commis un tel acte; tout en ayant conscience de l'acte accompli, différant ainsi de l'épileptique, il ne s'y reconnaît pas lui-même, ce qui le distingue du délirant persécuté qui soutient au contraire sa conduite justifiée.

Les psychoses post-traumatiques. — M. MARIE. Les psychoses aiguës survenant rapidement après un traumatisme présentent un bon pronostic. Au contraire, les psychoses tardives survenant après un ancien traumatisme se transforment plus facilement en démence simple, paralytique ou épileptique.

Le délire des négations. — M. CASTIN. Ce délire forme une véritable entité morbide présentant une histoire anatomo-clinique spéciale. Il est secondaire à des accès successifs de mélancolie simple et anxieuse; son pronostic est très sombre : sur 32 cas, 12 se sont terminés par la mort six mois au plus après l'internement.

Les alcooliques récidivistes. — MM. LEGRAIN et GUIARD. Les récidivistes se recrutent dans deux catégories : d'une part les buveurs simples, les *buveurs d'habitude*, qui récidivent parce que, par un séjour insuffisant à l'asile, ils n'ont pas perdu complètement leur habitude de la boisson et succombent de nouveau à la tentation; d'autre part, les buveurs avec hérédité mentale, récidivistes précoces et souvent dangereux. Le traitement devrait consister dans l'isolement précoce, qui ne peut être obtenu que par : 1° une loi permettant la séquestration à temps du buveur d'habitude; 2° une modification de la loi sur l'ivresse permettant de remplacer par un traitement d'isolement une pénalité intempestive; 3° la création d'un asile spécial pour alcoolique avec une législation appropriée; 4° la création de ligues de patronage soutenant le buveur au sortir de l'asile et permettant ainsi de parfaire sa guérison.

R. CESTAN,
Ancien chef de clinique à la Clinique nerveuse de la Salpêtrière.

MÉDECINE PRATIQUE

L'hédonal.

L'hédonal est un hypnotique récemment introduit dans la pratique médicale et dont les propriétés, fort intéressantes, méritent d'être utilisées dans les cas où les autres médicaments n'ont produit aucune action ou amené seulement une amélioration temporaire. Son étude vient d'être faite complètement par M. Chapelle (1).

Au point de vue *chimique*, l'hédonal est un uréthane, c'est-à-dire un éther de l'acide carbonique; il se présente sous l'aspect d'une poudre blanche, cristallisée, d'une odeur légèrement aromatique et de saveur amère rappelant la menthe poivrée. Déposé sur la langue, il y produit une légère sensation de froid accompagnée d'anesthésie passagère. Il fond à 76 degrés et bout à 215 degrés; peu soluble dans l'eau, il se dissout assez bien dans l'alcool dilué et complètement dans l'alcool absolu.

Physiologiquement, les expériences de Dreser montrent que l'hédonal est beaucoup plus actif que l'uréthane, l'éther, le chloral, le sulfonal, et qu'il est en même temps beaucoup moins toxique que ces substances. Il ne présente aucune action spéciale sur la respiration, ni sur la circulation, ne modifie la température qu'à doses élevées, excite la sécrétion urinaire et surtout augmente d'une façon considérable le temps de réaction des cellules nerveuses : il constitue en somme un hypnotique excellent, plus actif et moins toxique que la plupart de ses congénères.

L'hédonal a été prescrit dans des buts *thérapeutiques* divers par un grand nombre d'auteurs : Schuster, Eulenburg, Schneller, etc. Les malades de Schuster absorbèrent de 1 à 2 grammes de médicament par jour : chez la plupart, le sommeil survint au bout d'un temps variant d'un quart d'heure à une demi-heure, et le sommeil ne fut suivi d'aucun symptôme pénible, tels que céphalalgie, nausées, fatigue, etc. Eulenburg a employé l'hédonal dans quarante-neuf cas de maladies nerveuses : neurasthénie, mélancolie, manie, hystérie, tabes, sciatique, etc. Le médicament fut administré sous forme d'une poudre déposée sur la langue et avalée avec une cuillerée d'eau de cannelle additionnée de quelques gouttes d'écorce d'orange; les doses varièrent de 0gr05 à 2 grammes. La plupart des malades atteints de neurasthénie légère se trouvèrent bien du médicament, au moins un certain temps; les patients atteints d'excitation maniaque ou d'insomnie douloureuse ne retirèrent, au contraire, aucun bénéfice du médicament. On ne constate pas de troubles secondaires : aussi Eulenburg est-il disposé à donner la préférence à l'hédonal sur les autres hypnotiques dans les cas de dépression morale ou de neurasthénie légère.

Schneller, à la clinique de Krafft-Ebbing, a soigné plus de soixante-dix malades atteints de neurasthénie, d'hypocondrie, de névroses diverses. Il employa le plus souvent des doses de 1gr50 à 2 grammes en cachets ou en solution alcoolique additionnée d'un sirop aromatique. Les résultats les plus favorables furent obtenus, comme dans les cas d'Eulenburg, chez les neurasthéniques, les hypocondriaques, les hallucinés, les surmenés : on n'obtint, au contraire, aucune amélioration chez les aliénés agités et dans l'insomnie sénile. L'absence d'effets fâcheux sur le cœur ou la respiration engage Schneller à recommander l'hédonal dans tous les cas où l'on doit administrer un hypnotique d'une façon prolongée.

Pour Nevradzki et Arndt, l'hédonal réussit assez bien dans les cas d'excitation moyenne et de mélancolie, mais il donne surtout d'excellents résultats dans l'insomnie des buveurs, alcooliques aigus ou chroniques. Ordinairement, le sommeil survint aussitôt après l'ingestion et dura huit à neuf heures, parfois interrompues par de légers intervalles de veille. L'hédonal échoue dans les états d'excitation violente (paralysie générale, hallucination, hystérie, insomnie sénile). Au réveil, les malades ne ressentent pas la moindre gêne : on note seulement un peu de vertige chez quelques alcooliques et une diurèse considérable chez presque tous les sujets qui avaient absorbé le médicament en solution.

Euner a employé l'hédonal dans une cinquantaine de cas. Chez des malades atteints de paralysie et de démence sénile, le médicament donne de bons résultats, à condition d'être prescrit pendant une période assez longue; il en fut de même dans la plupart des cas de dépression suivant les

(1) Th. de Paris, 1902, n° 402.

fortes crises de manie. Mais l'hédonal échoue dans les cas graves de manie avec fréquentes hallucinations. Les doses à employer doivent être progressivement augmentées dans les cas où il faut une administration prolongée de la substance; cette méthode, qui n'offre aucun inconvénient, est surtout utile chez les débiles et dans les cas d'insomnie chronique où l'on a besoin d'hypnotiques sans effets secondaires.

Neu confirme les résultats de ses prédécesseurs : l'hédonal échoue dans les accès maniaques, il réussit dans les autres cas. Menz constate que le remède est aussi actif dans les affections aiguës que dans les affections chroniques, à condition de le donner à doses suffisantes. Lenz administre l'hédonal en émulsion dans du lait et signale son efficacité dans la neurasthénie, dans les cas d'excitation légère, de debilité sénile, de paralysie générale, etc. Benedict recommande l'hédonal dans les mêmes cas; Forster, Heichelheim, Raimann, de Phoor, d'Ormee, Muni, Roubinovitch et Philippet, Combemale et Crespin, etc., arrivent aux mêmes conclusions.

En somme, l'hédonal ne présente aucun danger pour l'organisme et peut être administré à doses assez élevées sans qu'il produise, sur l'économie, d'effets nocifs ou même simplement pénibles. Il détermine, à doses suffisantes, un sommeil profond, ressemblant au sommeil normal; il ne provoque l'accoutumance qu'au bout d'un temps très long. Il trouve ses principales indications dans les cas d'excitation légère, de neurasthénie, d'hystérie, d'insomnie sénile; mais il échoue dans les cas graves et aussi dans les cas où l'insomnie est due à la douleur.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

M. Vignaud. Historique de la paralysie générale. — M. Cathelin. Les injections épidurales par ponction du canal sacré et leurs applications dans les maladies des voies urinaires. — M. Steiner. Tumeurs du foie opérées, n'ayant été reconnues syphilitiques qu'après l'intervention. — M. Dervaux. De la tuberculose génitale de la femme et de ses complications péritonéales, ascite tuberculeuse et péritonite enkystée. — M. de la Jarrige. Traitement des malformations nasales par la méthode Gernusy-Eckstein. — M. Fildermann. Le bain chaud : contribution à l'étude de sa physiologie thérapeutique. — M. Cormao. Étude anatomo-pathologique et pathogénique sur le syndrome pellagreux. — M[lle] Makaroff. Quelques considérations sur la métrite blennorragique et son traitement par les injections intra-utérines d'acide picrique. — M. Thomas. Contribution à l'étude des tumeurs tuberculeuses primitives des fosses nasales. — M. Mendelssohn. Recherches sur la thermotaxie des organismes unicellulaires. — M. Tessier. Torsion du pédicule des tumeurs kystiques des annexes pendant la puerpéralité. — M. Blancard. Sur le rôle de l'amnios dans les malformations congénitales. — M. Mondin. Opération de Bottini : ses indications thérapeutiques dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate. — M. Cointepas. Étude sur les kystes sébacés et leur traitement (méthode de Vidal-Sergent). — M. Mirveaux. Conséquences de la responsabilité médicale, au point de vue des réformes qu'elles appellent dans notre organisation judiciaire actuelle. — M. Wahlen. Essai expérimental sur le mécanisme physique de l'oscillation thermique fébrile. — M. Dumond. Des déviations utérines consécutives à l'infection puerpérale. — M. Millet. De la valeur diagnostique de la ponction lombaire dans les hémorragies du névraxe. — M. Moussault. De la douleur à type hyperchlorhydrique dans le cancer de l'estomac. — M. Brugnot. Abolitionisme et réglementarisme. — M. Legrand. Une esquisse du conflit entre la cellule et le milieu. — M. Brecy. Les troubles de la sensibilité dans l'hémiplégie d'origine cérébrale. — M. Bredier. Contribution à l'étude de certaines formes de pyélonéphrites au cours de la grossesse (pyélonéphrites latentes). — M. Chapelle. Étude chimique, physiologique et clinique sur l'hédonal. — M. Remon. Des adhérences gastro-pancréatiques. — M. Jouglard. De la phlébite des membres inférieurs dans l'appendicite, du membre gauche en particulier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décision ministérielle du 22 août 1902, les officiers du corps de santé dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

A Madagascar. — MM. les médecins-majors de 2[e] classe Talayrach, du 3[e] d'infanterie coloniale; Lecomte, du 1[er] d'artillerie coloniale.

Au corps d'occupation de Chine. — M. Jacob, médecin-major de 2[e] classe, 2[e] d'infanterie coloniale.

Au consulat de Hoï-How (Haïnan). — M. Féray, médecin aide-major de 1[re] classe.

En France. — Au 1[er] d'infanterie coloniale à Cherbourg, M. Brisemur, médecin aide-major de 1[re] classe. — Au 2[e] d'infanterie coloniale à Brest, M. Kérandel, médecin aide-major de 1[re] classe. — Au 6[e] d'infanterie coloniale à Brest, M. Lairac, médecin-major de 2[e] classe. — Aux batteries du 2[e] d'artillerie coloniale à Brest, M. Kérest, médecin-major de 2[e] classe. — Au 3[e] d'infanterie coloniale à Rochefort, M. Trouin, médecin-major de 2[e] classe. — Au 3[e] d'infanterie coloniale à Rochefort, M. Bireaud, médecin aide-major de 1[re] classe. — Au 7[e] d'infanterie coloniale à Rochefort, M. Régnier, médecin aide-major de 1[re] classe. — Au 8[e] d'infanterie coloniale à Toulon, M. Mul, médecin aide-major de 1[re] classe. — Au 22[e] d'infanterie coloniale à Toulon, M. Marmey, médecin aide-major de 1[re] classe.

— Les officiers du corps de santé ci-après, en service en Indo-Chine, ont été classés, savoir :

M. le médecin-major de 1[re] classe Flandrin, au rég. de tirailleurs annamites à Saïgon.

MM. les médecins-major de 2[e] classe et aide-major de 1[re] classe Burdin et Guittard, hors cadres, au service de la vaccine en Cochinchine.

M. le médecin-major de 2[e] classe Pélissier, au 2[e] rég. de tirailleurs tonkinois.

M. le médecin-major de 2[e] classe Arnould, au 4[e] rég. de tirailleurs tonkinois.

Nomination. — M. le docteur Dieupart vient d'être nommé chef de laboratoire de Saint-Lazare.

Congrès international de médecine. — MM. les médecins qui ont l'intention d'assister au Congrès de Madrid sont informés que les compagnies suivantes ont accordé des réductions sur le prix des billets en faveur des membres du Congrès :

Chemins de fer du Nord de l'Espagne, Chemins de fer de Madrid à Zaragoza et Alicante, 50 p. 100. — C[ie] transatlantique (espagnole), 33 p. 100. — Chemins de fer français (Est, Midi, Nord, Ouest, P.-L.-M., État et Orléans), 50 p. 100. — Navigazione generale italiana, C[ies] de navigation « Puglia », « Napolitana » et « Siciliana », 50 p. 100 (nourriture exclue).

On fera connaître les réponses des autres Compagnies au fur et à mesure qu'elles parviendront au comité exécutif du Congrès.

Les *Voyages pratiques*, 9, *rue de Rome*, *Paris* (agences et correspondants à Bordeaux, Bruxelles, Londres, Marseille, Naples, New-York, Strasbourg, Toulouse, Zurich, Milan, etc.), s'occupent gratuitement de tout ce qui concerne les voyages, renseignements pour l'obtention des billets, excursions, etc.

Le *service des logements* à Madrid est installé en permanence et c'est à lui directement qu'il faut s'adresser (bureau des logements, Faculté de médecine, Madrid).

Tous ceux qui désireraient recevoir le programme prélimi-

naire du Congrès pourront le demander soit au comité national de leur pays, soit au secrétariat général à Madrid.

On rappelle que toutes les communications qui devront figurer au programme définitif, devront être annoncées au secrétariat général avant le 1er janvier 1903.

Plusieurs demandes sont parvenues au comité exécutif au sujet de l'extension de l'art. II du règlement qui parle de l'admission comme membres du Congrès de toutes les personnes étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique : il va sans dire que cet article s'étend seulement aux professions et sciences ayant une certaine affinité avec la science médicale.

Les adhésions et cotisations (30 pesetas ou 23-25 francs, selon les oscillations du change) peuvent être adressées aux comités nationaux, ou bien au secrétariat général à Madrid.

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-troisième semaine, 833 décès, au lieu de 798 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 919.**

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (la moyenne est 17); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins (31) est inférieur à celui de la semaine précédente (46) et à la moyenne (83).

La variole a causé 1 décès, tandis qu'elle n'en a occasionné aucun pendant les quatre précédentes semaines (la moyenne est 2); le nombre des cas nouveaux (6) est inférieur à celui de la semaine précédente (8) et à la moyenne (12).

La rougeole a causé 8 décès, chiffre inférieur à la moyenne 13, au lieu de 5 pendant la semaine précédente; la scarlatine 1 au lieu de 9 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 2; la coqueluche, 9 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine précédente (2) et à la moyenne 7; la diphtérie, 5 décès, au lieu de 11 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 4; pour cette dernière affection le nombre des cas nouveaux est 88, chiffre supérieur à celui de la semaine précédente (76) et à la moyenne (40).

La diarrhée infantile a causé 65 décès de 0 à 1 an, au lieu de 57 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 133.

En outre, 33 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 76 décès, au lieu de 68 pendant la semaine précédente et au lieu de 94, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 10 décès (au lieu de la moyenne 6); bronchite chronique, 9 (au lieu de la moyenne 13); pneumonie, 16 (au lieu de la moyenne 22); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 41 (au lieu de la moyenne 53), dont 17 sont dus à la congestion pulmonaire et 18 à la broncho-pneumonie. En outre 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 183 décès; la méningite tuberculeuse, 13; la méningite simple, 16; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 44; les maladies organiques du cœur, 47; le cancer a fait périr 56 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès; la cirrhose du foie, 12; la néphrite 25; enfin, 23 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de notre collaborateur et ami **Étienne Guihal**, interne des hôpitaux de Paris. Nous prions Mme Étienne Guihal, sa veuve, de recevoir ici l'assurance de notre très respectueuse et douloureuse sympathie.

Le cours et les manipulations au service d'analyses et de chimie appliquée à l'hygiène (troisième année) commenceront en novembre.

Ce cours s'adresse spécialement aux pharmaciens, médecins et chimistes industriels.

S'adresser pour renseignements, 26, rue Dutot.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Embrasés. — En pleines Alpes, à 2000 mètres d'altitude s'élèvent de luxueuses stations, où les poitrines délicates viennent chercher la guérison. Tel est le décor de l'original roman de Michel Corday, *Les Embrasés*, qui paraît aujourd'hui chez Fasquelle, en un volume de la Bibliothèque Charpentier. Le sujet en est éminemment romanesque : car les hôtes de cet étrange séjour — les Embrasés — poussés par leur tempérament et par la hâte de vivre, se réfugient dans l'amour. Ce sera un nouveau et légitime succès pour le brillant auteur de *Vénus ou Les deux risques*.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 96. — JEUDI 28 AOUT 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 28 AOUT 1902. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE......... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DES MANIFESTATIONS NERVEUSES ET ARTICULAIRES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE CHEZ L'ENFANT

D'après M. Florange (1).

Dans l'historique des lésions osseuses de la fièvre typhoïde, on peut distinguer trois périodes : dans la première, qui s'étend jusqu'à 1878, on se contente d'observer ces lésions sans les rattacher directement à la fièvre typhoïde; dans la seconde, qui va de 1878 à 1884, on les considère comme une complication de la dothiénentérie; enfin, dans la dernière, on recherche le bacille d'Eberth dans les suppurations osseuses, que l'on étudie alors surtout au point de vue pathogénique.

Signalées par Maisonneuve, Chassaignac, S. Paget, les ostéites typhiques sont décrites par Keen qui, en 1878, publie trente-neuf observations de périostite survenues au cours ou à la fin de la dothiénentérie; par Levesque et Mercier (1879), par M. Bouchard, qui attribue à l'inflammation médullaire l'élongation exagérée du squelette ainsi que les douleurs rhumatismales, « l'endolorissement, la fatigue, l'empâtement osseux et péri-articulaire » qu'on observe chez les jeunes sujets à la suite de la fièvre typhoïde, et fait remarquer que cette inflammation peut, dans les cas très intenses, produire « l'ostéo-périostite phlegmoneuse avec ses conséquences et toute sa gravité ». En 1883, paraît la thèse d'agrégation de M. Hutinel, qui signale la fréquence des ostéites typhiques. Les observations se multiplient : Achard, en 1891, étudie les ostéomyélites et leurs microbes, Pein montre l'action pyogénique du bacille typhique, Dehu (1895) précise le rôle du bacille d'Eberth dans les complications de la fièvre typhoïde, Chantemesse et Widal constatent la présence de ce bacille dans les suppurations froides consécutives à la dothiénentérie, Achard et Broca font une communication à la Société médicale sur les ostéomyélites à bacille d'Eberth.

(1) Th. de Paris, 1902, n° 323.

Les manifestations articulaires ont suscité bien moins de travaux : entrevues par Bouillaud, elles sont décrites par Barth, Roser, Capelle, Keen, Bouchard et Bourcy; en 1894, MM. Robin et Leredde leur consacrent une revue d'ensemble; en 1896, M. Mauclaire étudie les arthrites suppurées des maladies infectieuses.

L'étiologie des *manifestations osseuses* est des plus simples. De toutes les maladies infectieuses, c'est la fièvre typhoïde qui produit le plus souvent ces manifestations : celles-ci sont cependant loin d'être fréquentes et on ne les observerait que 1 fois sur 300, d'après Fürbringer.

Elles sont surtout fréquentes au-dessous de vingt-cinq ans, ce qu'explique la suractivité physiologique de la moelle osseuse dans le jeune âge. Les filles semblent être aussi souvent atteintes que les garçons. Les formes graves de la fièvre typhoïde, les rechutes, les convalescences longues prédisposent aux complications osseuses, qui frappent aussi de préférence les enfants débilités, scrofuleux et lymphatiques. Le traumatisme, sans être une condition *sine quâ non*, a aussi une influence incontestable sur l'apparition de ces lésions.

L'ostéomyélite typhique siège de préférence aux membres inférieurs, à la diaphyse des os longs, et le tibia est le plus souvent atteint; mais les membres supérieurs peuvent aussi être frappés, et, sur 14 cas cités par Bourgeois, l'humérus était pris 7 fois, le cubitus 5, le radius 2. Tous les autres os peuvent être pris, quoique plus rarement : les côtes, les clavicules, le sternum, les métatarsiens, les phalanges, les maxillaires, les vertèbres. La lésion peut se montrer à n'importe quel moment de la fièvre typhoïde, quelquefois dès les premiers jours, mais surtout pendant la convalescence, entre la sixième ou la huitième semaine. On a observé des cas tardifs apparaissant plusieurs mois et même plusieurs années après la fièvre typhoïde.

La pathogénie des ostéomyélites diffuses, après avoir été longtemps méconnue, commence à être aujourd'hui élucidée. On admet que la fièvre typhoïde produit un trouble congestif de la moelle osseuse et que cette congestion peut aller jusqu'à l'inflammation véritable. La moelle osseuse des typhiques contient, en effet, presque toujours le bacille d'Eberth, et quel que soit l'endroit où se localise l'infection (tissu osseux, périoste ou moelle), c'est toujours par cette dernière qu'elle débute et se propage : c'est donc à la présence de ce bacille typhique et à sa diffusion dans la moelle osseuse qu'il faut attribuer toutes les manifestations osseuses :

allongement du squelette, douleurs rhumatoïdes, ostéomyélite.

Mais le bacille d'Eberth n'est pas toujours seul en cause : il peut être associé à d'autres bacilles; enfin, dans des cas rares, l'ostéomyélite typhique est due à un agent microbien différent. D'où la distinction de trois groupes d'ostéomyélites typhiques : *a*. ostéomyélites à seul bacille d'Eberth; *b*. ostéomyélites à bacille d'Eberth associé à un autre microbe; *c*. ostéomyélites sans bacille d'Eberth.

L'existence du premier groupe est prouvée par nombre d'observations et d'expériences. Dans le second se rangent les cas où le bacille d'Eberth est associé au coli-bacille, au staphylocoque (Klemm), au proteus vulgaris, à des microbes indéterminés. Le bacille typhique disparaît parfois après quelque temps : on ne trouve plus alors dans le pus que les agents vulgaires de la suppuration. Enfin le troisième groupe comprend les cas où, dans le pus des ostéomyélites, on a trouvé des microbes autres que le bacille d'Eberth : le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque. Ce groupe est fort important, certains auteurs croient même que toutes les ostéopériostites typhiques sont dues à des infections secondaires (Frænkel, Netter, etc.).

L'ostéomyélite typhique siège, comme nous l'avons vu, au niveau de la diaphyse des os longs et non à la région juxta-épiphysaire, comme c'est la règle dans l'ostéomyélite des adolescents. Les lésions sont circonscrites, sans tendance à l'envahissement (Dupont, Schwartz). L'os peut être atteint dans toute son épaisseur, mais c'est la couche médullaire sous-périostée qui est le plus souvent enflammée; viennent ensuite la moelle intra-canaliculaire et la moelle centrale. La moelle est ramollie, très congestionnée, plus rouge que normalement. Au microscope, on constate que la graisse a diminué, tandis que les cellules ont augmenté en nombre d'une façon considérable. L'os est rouge, hyperémié; les canalicules de Havers sont dilatées par l'afflux considérable du sang; le tissu osseux peut se nécroser et former des séquestres. Quant au périoste, il est très congestionné, tuméfié aux premiers stades; puis la lésion suppure et il se forme sous le périoste un liquide jaunâtre teinté de sang ou une collection plus ou moins abondante d'un pus crémeux, bien lié, sans odeur, contenant quelques parcelles osseuses ou même de véritables séquestres. Mais l'inflammation peut évoluer d'une autre façon; elle peut exciter simplement le pouvoir ostéogénique de la couche sous-péritonéale et aboutir à une hyperostose.

L'inflammation osseuse peut, suivant son degré d'intensité et son mode d'évolution, revêtir des aspects cliniques variables. Pour la facilité de la description, M. Florange distingue trois formes : une forme subaiguë rhumatoïde, diffuse; une forme aiguë localisée et une forme chronique localisée.

La forme rhumatoïde est la plus fréquente. Dans ses manifestations les plus atténuées, tout se borne à quelques douleurs vagues le long des membres, douleurs qui disparaissaient en deux ou trois semaines. On constate alors une rapide élongation de la taille et l'apparition de vergetures au niveau des cartilages de conjugaison. A un degré plus élevé, l'inflammation médullaire peut aboutir à l'ostéopériostite. La température s'élève à 38 degrés, 38°5; en même temps apparaissent aux membres inférieurs des douleurs épiphysaires qu'exagère la marche ou la station verticale. Il existe quelquefois de l'empâtement péri-articulaire qui, ajouté aux douleurs épiphysaires voisines, peut faire penser à une attaque de rhumatisme articulaire aigu (Bouchard). Les douleurs s'exaspèrent la nuit; elles durent plusieurs semaines, puis disparaissent, laissant parfois une hyperostose à leur suite.

La forme aiguë localisée débute ordinairement, pendant la convalescence, par des douleurs vagues dans tout un segment de membre. Continues ou intermittentes avec exacerbations nocturnes, ces douleurs sont exagérées par les mouvements et la palpation. Bientôt une petite tumeur dure apparaît sur l'os; la température s'élève à 39°5, 40 degrés. La périostite peut alors se résoudre ou suppurer. Dans le premier cas, la température baisse peu à peu, la tumeur diminue progressivement de volume, les douleurs s'atténuent. Si la tumeur doit suppurer, elle augmente de volume, devient fluctuante, les douleurs augmentent, la peau devient rouge, chaude, s'œdématie, puis donne issue, au bout de deux à trois semaines, à un pus bien lié, épais, sans odeur. Les troubles généraux et locaux diminuent alors; mais s'il y a nécrose, une fistule se forme et la suppuration persiste jusqu'à l'élimination du squelette.

La troisième forme est chronique d'emblée; souvent tardive, elle se caractérise par le peu d'intensité des douleurs et des phénomènes généraux; une petite tumeur se montre qui grossit lentement et peut aboutir à la résolution, à la suppuration ou à la formation d'une exostose. Celle-ci est plus ou moins volumineuse; à son niveau, la peau reste normale; la douleur est modérée, à moins que l'exostose ne suppure.

De ces formes, la première peut être confondue avec une névrite (mais le siège exact de la douleur n'est pas le même dans la névrite) ou avec une attaque de rhumatisme. Les commémoratifs, les exacerbations nocturnes de la douleur, l'accroissement rapide de la taille, l'apparition des vergetures serviront, dans les cas difficiles, à faire admettre le diagnostic d'ostéite typhique.

La forme aiguë suppurée doit être distinguée de l'ostéomyélite des adolescents : le diagnostic repose sur les commémoratifs, sur le siège exact de la douleur, diaphysaire dans le premier cas, épiphysaire dans le second, et sur l'examen du pus.

La forme chronique suppurée peut être confondue avec un abcès froid, mais l'ostéite typhique est toujours précédée des signes classiques de la dothiénentérie; elle donne naissance à un pus bien lié, souvent rougeâtre, contenant le bacille d'Eberth ou un microbe banal de la suppuration. L'abcès froid s'accompagne d'engorgement ganglionnaire, de cicatrices d'écrouelles; son pus, grumeleux, séro-sanguinolent, renferme le bacille de Koch. Les lésions osseuses de la syphilis héréditaire tardive doivent aussi être différenciées; pour ce qui est des gommes, elles siègent à la diaphyse des os longs, elles s'accompagnent de douleurs ostéocopes, suppurent rarement; les hyperostoses et exostoses sont multiples, symétriques. Dans les cas douteux, l'épreuve du traitement spécifique permettra d'arriver au diagnostic.

L'ostéite typhique n'est généralement pas grave; la résolution survient dans les trois quarts des cas (Gangolphe). La forme suppurée aiguë guérit en deux ou trois semaines, la forme chronique est plus lente et sujette aux récidives. L'infection est particulièrement grave chez les enfants débilités par une maladie antérieure; elle peut même, dans quelques cas exceptionnels, amener la terminaison fatale.

Le traitement sera surtout préventif et consistera à éviter les traumatismes, les fatigues, les mouvements exagérés

pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Quant au traitement symptomatique, il est surtout chirurgical et doit ouvrir les collections suppurées et gratter les foyers pour enlever les parties nécrosées.

Les *manifestations articulaires* de la fièvre typhoïde sont beaucoup plus rares chez l'enfant. Elles frappent surtout les garçons (Keen, Besnier) et s'observent aux limites de l'adolescence : à seize, dix-huit, vingt ans. Leurs causes prédisposantes sont à peu près les mêmes que pour les manifestations osseuses, aussi n'est-il pas rare de voir les deux genres d'affections évoluer simultanément chez les mêmes individus.

Ces manifestations, qui peuvent apparaître au début de la fièvre typhoïde (arthro-typhus de Robin), se montrent surtout pendant la convalescence, elles siègent de préférence aux membres inférieurs, et particulièrement à la hanche. Leur pathogénie n'est pas encore complètement élucidée, les examens bactériologiques n'ayant pas donné de résultats concordants. Toutefois, l'expérimentation, entre les mains de Colsi et d'Orloff, semble démontrer le rôle prépondérant du bacille d'Eberth dans certaines des arthrites typhiques. Cliniquement, il est possible que, dans un grand nombre de cas, il n'y ait pas d'infection éberthienne proprement dite de l'articulation : l'ostéite épiphysaire est alors la lésion principale qui détermine secondairement, par irritation de voisinage, la lésion articulaire.

Banales sont les lésions observées : au début, la synoviale est congestionnée et épaissie, les surfaces articulaires et les ligaments sont intacts. Mais plus tard, les ligaments peuvent être rompus, les cartilages rongés et la lésion aboutit à la luxation spontanée ou à l'ankylose. L'épanchement articulaire est séreux ou purulent, de quantité variable.

Cliniquement on peut, avec M. Marfan, distinguer trois formes d'arthrite typhique : une forme poly-articulaire séreuse, qui peut survenir dès le début de la maladie, frappe surtout les petites articulations et se caractérise surtout par des douleurs; une forme mono-articulaire, qui se montre surtout pendant la convalescence, frappe généralement la hanche et aboutit à la suppuration ou à la forme chronique; et enfin, une forme poly-articulaire, également tardive, qui s'accompagne des signes généraux de l'infection purulente : frissons, température irrégulière, prostration, etc., et des signes locaux des arthrites suppurées. Le pronostic, bénin pour la première forme, est grave pour la seconde et presque fatal pour la dernière. Le diagnostic ne comporte aucune difficulté véritable. Quant au traitement, il est avant tout chirurgical et se confond avec le traitement des arthrites aiguës.

L. B.

MÉDECINE PRATIQUE

Le régime alimentaire des tuberculeux.

Plus on va, et plus on se rend compte que le véritable traitement de la tuberculose n'est pas le traitement médicamenteux, mais consiste dans un régime hygiénique particulier dont Brehmer a fixé les principales indications : repos, aération continue, suralimentation. De cette triade thérapeutique, le dernier élément est peut-être le plus important et le plus délicat dans l'application. Aussi mérite-t-il d'être particulièrement bien connu du médecin : c'est à son étude que M. H. Rousseau vient de consacrer un intéressant travail (1).

(1) Th. de Paris, 1902.

La ration d'entretien étant, pour un homme normal, de 100 grammes d'albumine, de 45 grammes de graisses et de 375 grammes d'hydrates de carbone par jour (Gautier), il faudra, autant que possible, faire absorber aux tuberculeux la quantité d'aliment représentant cette ration. Mais quels aliments choisir? Quelle est la valeur véritable des différents aliments usuels?

Le tuberculeux se nourrit insuffisamment et sous l'influence de certaines toxines (Duclaux) use sa propre substance. Il y a donc nécessité pour lui de demander à l'*alimentation azotée* les moyens de combler le déficit d'azote qui découle de son état d'inanition incomplète, et en particulier, d'absorber de la *viande*. Au point de vue de la valeur alimentaire, c'est la viande de porc qui est la plus économique, puisque l'homme utilise les 9/10 de la graisse qu'elle contient et les 8/10 de ses albuminoïdes. Mais elle est très mal supportée par les tuberculeux, chez lesquels elle détermine de l'intolérance, des nausées et parfois même des vomissements. La viande de cheval est très nutritive et aussi facile à digérer que la viande de bœuf. « Malheureusement, l'éducation de la classe aisée reste à faire à ce sujet, et, à moins d'user de subterfuges, nous ne croyons pas que, chez les tuberculeux aisés, on puisse la donner sans faire naître un sentiment de répugnance qu'on doit leur éviter. »

Presque nulle est la valeur de la viande de veau, « de cette chair fade, contenant plus d'eau et de substance collagène, et moins d'albumine et de graisse que la viande de bœuf, et dont les fibres musculaires sont coriaces pour peu que le veau soit âgé. » Exception doit être faite, cependant, pour le riz de veau, d'une digestibilité parfaite et d'une valeur alimentaire appréciable. Les poissons, moins nourrissants que la viande de boucherie, peuvent être divisés en deux classes : poissons maigres (brochets, perches, soles) qui sont particulièrement à recommander aux tuberculeux dyspeptiques, et poissons gras (hareng, saumon, maquereau) qui sont au contraire très indigestes. Les huîtres sont assez nourrissantes, très faciles à digérer et très agréables au goût, même pour les anorexiques. Le jambon et surtout le jambon blanc bien maigre, constitue un mets très agréable qui doit avoir une place dans l'alimentation des tuberculeux par suite de sa teneur en matières azotées et en sels minéraux. Mais, de toutes les viandes, celles qui doivent de beaucoup être préférées sont les viandes de bœuf et de mouton, qui contiennent 18 à 20 0/0 de principes albuminoïdes, et sont facilement ingérées et digérées.

Faut-il donner la viande crue ou cuite? La viande crue est fade et peu agréable, mais d'une digestibilité parfaite et certainement supérieure à la viande cuite, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (Weiss, Fürster, Grancher, Debove, Darembeng, Richet et Héricourt). Pour la faire absorber aux malades, le meilleur procédé consiste à la réduire en pulpe que l'on prend telle quelle ou additionnée de sucre, de confitures, de jaunes d'œuf, etc. On peut encore, comme le recommande Laborde, la délayer dans une petite quantité de bouillon froid jusqu'à ce que le mélange soit complet et prenne l'aspect d'une belle purée de tomates. On verse ensuite, dans cette préparation, un potage au tapioca peu épais, que l'on a laissé refroidir à la température voulue pour la consommation, en ayant soin de tourner constamment le mélange à l'aide d'une cuiller. On peut enfin délayer 50 grammes de viande crue hachée et morcelée dans une assiette de bouillon froid, qu'on chauffe ensuite au bain-marie, jusqu'à 30-35 degrés. Dans ces conditions, on a, pour employer l'expression du docteur Laborde, une véritable purée de viande où la viande n'est pas cuite extérieurement ainsi que cela se passe quand on verse la pulpe dans du bouillon très chaud. La pulpe de viande se prête donc à des préparations variées qui permettent de la faire prendre sans répugnance. Elle doit être donnée

d'abord à petites doses, puis on augmentera progressivement, tout en restant toujours dans certaines limites, et l'on peut dire, avec M. Rousseau, qu'il y a tout avantage à ne jamais dépasser 300 grammes par jour. « Ce faisant, on considère la viande crue plutôt comme un remède prescrit à titre de supplément de l'alimentation ordinaire et non à sa place. »

De la pulpe de viande, il convient de rapprocher le jus de viande obtenu par trituration et expression de la viande, et dont la valeur alimentaire est très inférieure à celle de la pulpe, et le bouillon dont la valeur nutritive est illusoire, mais qui possède une action excitante et tonique et, de plus, excite la sécrétion du suc gastrique. « C'est le type des aliments peptogènes de Schiff et, à ce titre, il est utile aux tuberculeux hypochlorhydriques et anorexiques. Les tuberculeux l'acceptent très facilement et il est un excellent véhicule pour leur faire prendre des substances réellement alimentaires : riz, tapioca, pâtes alimentaires, œufs, viande crue. »

La *poudre de viande* n'est que de la viande crue desséchée ou pulvérisée. Pour la préparer, Tanret recommande de gratter au couteau de la viande (généralement du romsteak) qu'on fait sécher au bain-marie, dans un plat creux. Quand la pulpe est devenue jaune et dure, on la pile dans un mortier, ou bien on la réduit en poudre au moyen d'un moulin à café dont la vis est très serrée. La valeur alimentaire est considérable, et 100 grammes de poudre équivalent à peu près à 375 grammes de viande fraîche. C'est donc un aliment précieux et qu'il faut faire entrer dans l'alimentation des tuberculeux. Le moyen le plus simple de la faire absorber est de la donner dans du bouillon : on la délaye dans ce liquide, *très chaud*, à raison d'une à trois cuillerées à bouche.

Après avoir cru longtemps que les *extraits de viande* possèdent une énorme valeur nutritive et que, pour certains d'entre eux, « la moitié d'un bœuf tient dans un petit pot » (Arnould), on admet aujourd'hui que cette valeur est limitée et que la principale qualité des extraits, c'est de pouvoir servir de condiment, de rehausser la substance alimentaire qu'elle rend plus assimilable.

On n'est pas encore définitivement fixé sur la valeur des *peptones*, valeur considérable pour Kuhne et Politzer, mais non supérieure à celle de l'albumine, d'après Fiquet. La somatose est éminemment nutritive, parce que directement assimilable, mais elle ne doit être donnée qu'à des doses peu élevées (20 à 40 grammes par jour) ; il semble donc qu'on doive la ranger dans les aliments de condiment.

Quant aux *substances collagènes*, et en particulier à la gélatine, elles ne sauraient remplir les grands espoirs que l'on avait autrefois fondés sur elle, mais, si elles ne peuvent remplacer les matières albuminoïdes dans leur rôle plastique, elles n'en restent pas moins des aliments d'épargne utiles dans l'alimentation : leur digestion est d'ailleurs facile et excite l'appétit chez les anorexiques. Il semble donc rationnel d'avoir recours aux aliments collagènes naturels, tels que pieds de veau, tête de veau, pieds de porc, etc., qui se prêtent à des combinaisons culinaires variées, aux gelées de viande.

Quelle que soit la richesse de l'alimentation azotée, elle laisse l'organisme en déficit, si le complément de calories n'est pas fourni par une alimentation riche en graisse et en hydrate de carbone. Les *aliments gras* interviennent alors et sont d'autant plus précieux qu'à leur valeur calorique considérable s'ajoute ce fait qu'ils sont ingérés à l'état de pureté (huiles, beurre, graisses animales). Mais, si ces aliments sont indispensables aux tuberculeux, leur digestion aggrave souvent un état gastrique antérieur. Les dyspeptiques tolèrent très mal les graisses, à moins qu'elles ne soient finement émulsionnées ou mélangées avec un peu d'acides gras libres. Il y a donc, dans leur administration, bien des précautions à prendre, et, à cet égard, on peut dire avec Pégurier que, si elles doivent être défendues à certains malades qui ne peuvent les digérer, elles trouvent leur utile application chez les tuberculeux dont les fonctions digestives s'accomplissent d'une façon normale.

Parmi les substances grasses, il en est une qui attire immédiatement l'attention par la faveur dont elle jouit dans le public : *l'huile de foie de morue*. Pour être active, elle doit être donnée à hautes doses : « Les doses banales d'une à deux cuillerées par jour ne servent qu'à fatiguer l'estomac ; 100 grammes chez l'adulte sont nécessaires pour avoir un effet réel, et les plus beaux succès de Jaccoud ont été obtenus avec 200 à 350 grammes et plus. Pour accoutumer le malade à pareille dose, il faut procéder lentement, mais, autant que possible, la quantité doit être prise en deux fois. Mieux vaut même, quand cela est possible, la prendre en une seule fois. »

Souvent l'huile de foie de morue est mal tolérée : quelques malades ont, avec de faibles doses, des renvois acides, répétés, fort désagréables. Jaccoud conseille de les faire mordre dans une tranche d'orange ou de citron. M. Dieulafoy fait refroidir l'huile dans un mélange réfrigérant et l'addition de 1 à 2 milligrammes de strychnine à la dose journalière peut également faciliter la tolérance de l'estomac. Les gelées augmentent plutôt qu'elles n'atténuent la saveur désagréable du médicament.

Mais l'estomac peut supporter l'huile de foie de morue et l'intestin ou le foie témoigner leur intolérance. L'intolérance de l'intestin se traduit par une diarrhée rebelle, celle du foie par une hypertrophie hépatique considérable. Cette hypertrophie semble d'ailleurs coïncider avec une amélioration notable de la tuberculose et se voit chez les sujets ayant le mieux assimilé l'huile. Dès qu'elle apparaît, il convient de s'arrêter, car elle indique la saturation et précède de peu l'intolérance intestinale. En somme, l'huile de foie de morue est un médicament précieux dont la valeur thérapeutique est considérable, mais que l'on ne peut prescrire à tous les malades, sous peine d'aggraver un état gastrique précédent plus ou moins prononcé.

De l'huile de foie de morue, il convient de rapprocher la *glycérine*. M. Jaccoud considère la prescription alternative de ces deux substances comme un véritable progrès thérapeutique. La glycérine exerce, dit-il, une influence directe et positive sur le processus nutritif dans son ensemble. Mais pour produire de bons résultats, elle doit être parfaitement pure et les doses *pro die* ne doivent pas dépasser de 40 à 60 grammes. Au delà, on observe de l'agitation, une loquacité insolite et une insomnie persistante. L'augmentation de température — augmentation d'un ou deux dixièmes de degré — est de règle chez tous les individus qui font usage de glycérine pendant quelques jours aux doses indiquées et indique simplement l'action physiologique de la glycérine. Lorsque, au contraire, on a, en l'absence de tout incident pyrétogène, une élévation de température supérieure à cinq dixièmes de degré, c'est que les doses sont trop fortes. Pour modifier la fadeur du médicament, on peut lui ajouter quelques gouttes de menthe, de rhum ou de cognac (Jaccoud). En somme la glycérine a certainement une valeur moindre que l'huile de foie de morue et mérite seulement d'être employée d'une façon discrète.

Les autres aliments gras : beurre, graisses animales, saindoux, lard, gras de jambon, peuvent être employés, mais ils ne donnent pas, même à hautes doses, les effets remarquables d'engraissement, le retour des forces, et l'arrêt de la fièvre que procure si souvent l'huile de foie de morue. Ils n'en sont pas moins d'une utilité incontestable. Le *beurre* est très agréable et très digestible, on peut le donner en nature, sur des tartines, ou mélangé aux a

ments; toutefois il convient de ne le donner qu'à doses modérées, en raison de sa nature grasse peu propice aux dyspepsies même les plus simples. Les *huiles végétales* sont moins digestibles que les graisses animales. Les unes et les autres étant d'un emploi assez coûteux, on a proposé de les remplacer par la *margarine*, produit dont l'usage, à doses modérées, peut rendre des services dans la classe pauvre. La *végétaline* devrait, d'après Cornet, lui être préférée; elle ne coûte pas plus cher et possède une valeur nutritive suffisante. Les *poissons* renferment une quantité assez notable de graisse, et de plus, quelques-uns d'entre eux, sous la forme de conserve, excitent l'appétit : tels sont les harengs, les anchois, le thon, le caviar.

Le *cacao* et le *chocolat* sont très nutritifs; « si l'on pense aux nombreuses combinaisons auxquelles se prêtent le cacao et le chocolat, soit avec l'eau, soit avec le lait, les œufs, les différentes céréales : cacao à l'avoine de Cavel, cacao au Trapon, à la somatose, cacao lacté, à la viande, toutes préparations très nutritives et très agréables à consommer, on voit que ces produits sont dignes de tenir une place importante dans l'alimentation des tuberculeux. »

Les *aliments hydro-carbonés* méritent une place à part, d'autant qu'ils ne renferment pas seulement une quantité notable d'hydrate de carbone, mais encore des matières albuminoïdes supérieures dans certaines légumineuses aux quantités notées dans la viande. Ils permettent au tuberculeux d'économiser, et même de fixer ses réserves d'albumine, apportent à l'organisme un nombre considérable de calories et même, dans certains cas, peuvent se transformer en graisses. Il y a donc là un moyen ingénieux de faire prendre aux tuberculeux la graisse dont ils ont besoin pour leur nutrition, tout en ménageant leur estomac. Des *céréales*, la plus riche en azote est le *blé*, très riche aussi en amidon, mais très pauvre en matières graves. L'avoine, le seigle et l'orge ont une composition à peu près identique à celle du blé. M. Grancher recommande particulièrement le *riz*, qui se prête à un grand nombre de préparations, soupes, potages, mets sucrés. Le *pain* est souvent mal supporté par les tuberculeux dyspeptiques chez lesquels il y a avantage à ne prescrire que du pain grillé et des biscottes. Les *pâtisseries* sèches sont en général bien tolérées et constituent des aliments dont la valeur n'est pas à dédaigner.

Que penser des *pâtes alimentaires?* Plus nourrissantes que le pain, elles doivent, en raison de leur richesse en albumines et en hydrates de carbone, tenir une grande place dans l'alimentation; de même les *semoules*, avec lesquelles on fabrique d'excellents potages ou des bouillies bien acceptées des malades.

La digestibilité des *légumineuses* est des plus variables, on peut l'augmenter en les réduisant en purée après l'ébullition dans une eau non calcaire. En Allemagne, on a essayé d'augmenter leur valeur nutritive en les combinant à de la poudre de viande. Ces préparations ont une saveur agréable et acquièrent, de par leur constitution même, un pouvoir nutritif des plus élevés.

La *pomme de terre* est un aliment de valeur, riche en hydrates de carbone, mais elle renferme beaucoup plus d'eau que les céréales et les légumineuses : elle ne suffit pas, à elle seule, à l'alimentation, mais rend les plus grandes services quand on l'associe à des aliments azotés et gras, tels que la viande, les œufs, le lait, le fromage. La purée de pommes de terre administrée à raison de 700 grammes de substance sèche, est absorbée au point, que seulement 4,6 p. 100 de la substance sèche et 19 p. 100 de l'azote sont éliminés par les fèces, et constitue un des aliments les plus légers que l'on puisse recommander aux tuberculeux dyspeptiques. Elle exerce enfin, de même que les *carottes*, une influence favorable sur la défécation.

Les *légumes verts* n'ont aucune valeur nutritive, sauf les épinards et les choux qui, particulièrement riches en matières minérales, sont utiles dans une maladie comme la tuberculose, où la déminéralisation est souvent excessive.

Les *aliments sucrés* ne doivent pas été éliminés de l'alimentation des tuberculeux; ils sont d'autant plus précieux qu'ils peuvent compléter chez lui une alimentation hydro-carbonée insuffisante. Le glucose et la saccharose sont bien supportés à petites doses et semblent favoriser l'assimilation des albuminoïdes. Mais à doses élevées, on observe des troubles digestifs : fermentations intestinales, diarrhée, inappétence. C'est en raison de leur richesse en hydrates de carbone et en sucre que les fruits pourront figurer dans le régime du tuberculeux. Ils jouissent d'ailleurs d'une action laxative réelle et peuvent ainsi prévenir le danger d'une alimentation carnée trop abondante. Ils doivent être prescrits cuits ou crus, mais cela, en petite quantité. « En fait, on doit se guider sur la tolérance du malade et ne pas lui interdire de parti pris des aliments qui peuvent lui faire plaisir sans lui nuire. »

Le lait est facilement digestible, il est diurétique et ne fatigue pas l'estomac; cependant il ne peut, à lui seul, constituer l'alimentation des tuberculeux, car il faudrait le donner à doses tellement élevées qu'il finit par dégoûter les malades, sans fournir d'ailleurs complètement la ration d'épargne.

On ne saurait fixer la quantité de lait à donner : elle dépend des circonstances et du goût des malades, mais quelle qu'elle soit, il est indispensable de le boire par petites gorgées suffisamment espacées pour que la coagulation de chacune d'elles puisse se produire dans l'estomac avant l'ingestion de la suivante; on peut d'ailleurs associer au lait des aliments riches en amidon et en sucre. Donné de cette façon, le lait combat à merveille les intoxications intestinales et augmente la sécrétion urinaire pour le plus grand bien des malades.

La digestibilité des *fromages* paraît très grande : ils possèdent même dans l'estomac une action excitante qui facilite la digestion des autres aliments. Mais tous ne peuvent être donnés aux tuberculeux : les fromages faits ou fermentés doivent être défendus parce qu'ils provoquent des troubles digestifs, les fromages soumis à la maturation et surtout les fromages frais sont au contraire recommandables dans un certain nombre de cas.

Le *képhyr* est moins nourrissant, mais plus assimilable que le lait; il possède de plus l'avantage de stimuler la sécrétion gastrique : il est donc indiqué chez les tuberculeux anorexiques et hypochlorhydriques; quant au *koumys*, il est peu usité en France.

Les *œufs* constituent pour le tuberculeux un aliment très précieux, facilement accepté, et ne reconnaissant aucune contre-indication importante. Il convient de les réserver pour la ration de guérison des tuberculeux. Comme l'a dit Sabourin, c'est un aliment à la portée des malades à toute heure du jour et de la nuit, et sa préparation n'exige à peine que quelques minutes.

Comment administrer ces aliments de façon à leur faire produire le maximum d'effet? En les choisissant suivant le goût et l'estomac du malade, en modifiant jour par jour le menu, en variant à l'infini le régime pour donner ou conserver l'appétit à son malade, on arrive à de bons résultats. Ces résultats seront encore meilleurs si l'on a soin d'éviter la surcharge du tube digestif, de proscrire rigoureusement toute excitation inutile, de réduire au minimum les intoxications gastro-intestinales. En somme, « le régime alimentaire des tuberculeux doit être basé sur l'observation individuelle du malade et varier suivant les indications fournies. »

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Traitement médical de la cholélithiase. (Mac Gee.) — L'indication dominante au cours d'une attaque aiguë de cholélithiase est le traitement de la douleur. L'application locale de compresses chaudes ou de topiques calmants, l'absorption à petites gorgées d'eau chaude pour rendre les vomissements moins pénibles, sont les adjuvants ordinaires de la morphine contre les phénomènes douloureux. Le traitement médical n'a pas de valeur préventive quant aux rechutes de l'affection, mais il est infiniment probable qu'un emploi judicieux de remèdes appropriés peut agir contre la formation des calculs. De nombreux chirurgiens ont cette conviction que la présence d'un calcul rend nécessaire l'intervention chirurgicale; d'autres et de non moindre valeur, pensent que le traitement opératoire de la cholélithiase n'est pas justifié. Selon toute vraisemblance la vérité se trouve entre ces deux opinions extrêmes et un certain nombre de cas relèvent du traitement médical.

On doit d'abord régler l'alimentation, proscrire les aliments gras ou azotés, les boissons alcooliques. On fait au contraire usage d'eaux alcalines en abondance; la réputation de Carlsbad et autres sources minérales n'est peut-être due qu'à l'eau pure et simple, laquelle dilue les sécrétions et favorise l'élimination. On peut, en pratique, substituer aux eaux de Calrsbad et de Vichy une solution de bicarbonate de soude. L'action des sels de soude favorise le fonctionnement hépatique; ils augmentent la masse de bile sécrétée et la rendent plus fluide. De même, ils influencent d'une façon favorable l'état catarrhal si fréquent des voies biliaires. Le phosphate, le benzoate, le salicylate sont généralement employés.

Après l'intervention chirurgicale, des calculs peuvent se reformer; cette récidive est diversement appréciée suivant les auteurs. Un certain nombre de chirurgiens conseillent après l'opération une cure à Calrsbad, et si l'ictère persiste on a recours à la pilocarpine. (*Cleveland med. Journ.*, avril 1902.)

A. H.

Inhalations mentholées pratiquées avant l'anesthésie par l'éther. — On sait combien peuvent être pénibles les premiers moments de l'anesthésie générale faite au moyen de l'éther. Le procédé suivant, qui est des plus simples, supprimerait l'irritabilité des premières voies aériennes. Il mérite au moins d'être expérimenté et Briggs, qui en a fait l'essai, le déclare excellent. Sur un masque à anesthésie on verse 3 à 4 grammes d'une solution alcoolique saturée de menthol et on les fait respirer au sujet. Puis on administre l'éther selon la méthode usuelle.

Les avantages de ce procédé seraient : l'absence de toux et d'accès de suffocation et même une diminution relative des nausées et des vomissements; l'anesthésie est plus aisée, plus rapide, et on note en particulier une diminution remarquable de la phase d'excitation. (*Americ. Med.*, avril 1902.)

A. H.

MÉDECINE INFANTILE

Des inhalations dans la coqueluche. — M. Tournier (de Blida) fait connaître un procédé qui lui a donné de bons résultats dans la petite épidémie de coqueluche qui vient d'avoir lieu à Blida.

Il se sert d'un masque analogue à ceux employés pour la chloroformisation, formé d'une carcasse en fil de fer, recouverte de flanelles légères et englobant le nez et la bouche, susceptible d'être fixée derrière la tête par un caoutchouc ou un cordon.

On verse au centre du masque quelques gouttes (une dizaine) du mélange suivant :

Glycérine	10	grammes.
Créosote	5	—
Essence de térébenthine	4	—
Essence d'eucalyptus	3	—
Essence de girofle	1	—

On approche avec précaution le masque près du visage du petit malade; le premier résultat est une violente quinte de toux qui fait retirer l'appareil; quand elle est terminée, on le rapproche à nouveau, quitte à provoquer une nouvelle quinte de moins en moins forte, et on finit par maintenir et fixer le masque, en faisant plusieurs séances.

On constate que les quintes s'espacent rapidement : il semble que la sensibilité à la toux s'est trouvée tout à coup épuisée par ces premières inhalations suivies de quintes, et que les causes minimes, même non connues, qui les produisaient sont incapables maintenant de les provoquer.

Ces inhalations n'agissent certainement pas uniquement en provoquant une accoutumance de la sensibilité des centres tussipares, mais encore en portant directement dans le poumon un mélange gazeux antiseptique capable au moins de gêner l'évolution des cultures dans les voies respiratoires.

De plus, on sait avec quelle rapidité et quelle puissance la muqueuse trachéo-bronchique absorbe les médicaments et par conséquent combien les agents thérapeutiques contenus dans ces vapeurs manifestent vite leur action.

Depuis longtemps M. Tournier se sert de ce masque aérothérapique dans les affections respiratoires et il s'en est toujours bien trouvé.

Dans son service de médecine à l'hôpital de Blida, tous les tuberculeux recevaient un de ces masques désinfectés, sur lesquels, chaque matin, on versait une solution à base de créosote : les expectorations fétides perdaient bientôt leur odeur et la fièvre s'abaissait fréquemment.

Il a ajouté, dans différentes formules de mélange à verser sur le masque, du formol, mais il a dû y renoncer à cause des violentes céphalées que ce médicament provoquait chez certains malades. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 juillet 1902.)

F. R.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Des lésions vasculaires du cerveau dans la paralysie générale. — M. le docteur Havet, médecin adjoint de la colonie de Gheel, a fait un examen minutieux des cerveaux de 38 aliénés, dont 8 paralytiques généraux. L'autopsie a été faite aussitôt que possible après la mort, mais l'auteur ne précise pas autrement cette importante indication. Il décrit comme suit le procédé technique auquel il a eu recours : « Des morceaux d'un demi-centimètre d'épaisseur environ, extraits des circonvulutions frontales, frontales ascendantes, pariétales ascendantes, paracentrales, occipitales, temporales, etc., sont fixés dans une solution concentrée à froid de sublimé corrosif dans de l'eau physiologique. Après l'enrobage dans la paraffine, les objets sont distribués en coupes très minces de 2 à 5 μ. Ces coupes sont colorées pendant quelques minutes dans une solution de thionine à 0,50 p. 100, puis rapidement décolorées par l'alcool absolu et montées dans la glycérine. »

Ce procédé diffère de celui qui a été employé par Vogt et et par Mahaim dans leurs recherches sur les lésions vasculaires de l'écorce dans la paralysie générale : ces derniers auteurs avaient eu recours au bleu de méthylène pour mettre en évidence les cellules plasmatiques de Marshalko et les lymphocytes accumulés dans les gaines périvasculaires.

M. Havet déclare que les faits qu'il a observés sont en opposition avec les conclusions principales de Vogt et de Mahaim.

En effet, il dit avoir rencontré des cellules de Marshalko en grande abondance dans quelques cas autres que la para-

lysie générale et, d'autre part, il n'aurait pu constater la présence de ces cellules plasmatiques, telles que Vogt les décrit, dans certains cas bien avérés de paralysie générale. Ces éléments ne seraient donc nullement pathognomoniques.

Quant à l'infiltration leucocytaire décrite par Mahaim et considérée par cet auteur comme un élément des plus importants dans l'anatomie pathologique de la paralysie générale, M. Havet ne lui accorde qu'une valeur très relative; dans les dessins de coupes microscopiques joints à son travail, il montre que l'infiltration lymphocytaire n'existe pas toujours, même dans des cas avérés de paralysie générale, et qu'enfin cette infiltration s'observe dans des cas de maladies mentales qui n'ont aucun lien apparent avec cette affection.

Il croit aussi, contrairement à l'opinion de Mahaim, que l'infiltration leucocytaire des gaines vasculaires n'est pas plus facile à reconnaître que la présence des cellules plasmatiques de Marshalko.

La conclusion de M. Havet, en ce qui concerne l'existence d'une lésion caractéristique de la paralysie générale, serait tout à fait négative s'il ne terminait son travail par les lignes suivantes : « Il existe autour des vaisseaux de certains paralytiques généraux des cellules souvent nombreuses qui possèdent un noyau de forme et de structure irrégulières et un protoplasme contenant des vacuoles en grande quantité ou de grandes dimensions, ainsi que des granulations plus ou moins volumineuses et intensément colorées. »

L'auteur n'en dit pas davantage et nous laisse par conséquent ignorer la signification qu'il attribue à ces éléments au point de vue du diagnostic de la paralysie générale. (*Proc.-verb. de l'Acad. royale de Belgique*, 26 juillet 1902.)

F. R.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Dans la clinique de Rubeska, le docteur J. Veverka (de Prague) emploie avec succès le protargol comme prophylactique de l'ophtalmie des nouveau-nés. Sur 1100 enfants, 4 d'entre eux seulement furent atteints d'ophtalmie et guérirent sous l'influence du même traitement qu'on continua à leur administrer. L'auteur instille une ou plusieurs gouttes d'une solution de protargol à 20 p. 100 dans le cul-de-sac conjonctival.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Le prix du trousseau des élèves admis à l'École du service de santé militaire, en 1902, est fixé à 993 fr. 07.

Marine. — Voici la liste, par ordre alphabétique et par port, des candidats à l'École principale du service de santé de la marine à Bordeaux, reconnus admissibles aux épreuves orales à la suite des examens écrits :

MÉDECINE. — *Brest.* — MM. Bodet, Brochet, Daniel, Delahet, Dérémaux, De Schacken, Duhourcau, Duliscouët, Gouriou, Guiselin, Kernéis, Laporte, Le Berre, Le Got, Levert, Quentel, Renault, Riou, Rivière, Robin, Salonne, Stéphant, Villeneuve, Zaepffel.

Rochefort. — MM. Althabégoïty, Armengaud, Armstrong, Badin, Benjamin, Besse, Blanquier, Bonnefous, Bouchaud, Bouthillier, Chevillard, Cunaud, Dreneau, Ducellier, Fauré, François, Geoffroy, Gourgand, Guichard, Haettiger, Huet, Jambon, Lajus, Laurens, Lutaud, Marque, Merlet, Millon, Pichon, Plazy, Popp, Potel, Roton, Salacroup, Sebilleau, Sibenaler, Stevenel, Vouters.

Toulon. — MM. Audhuy, Beinet, Blain, Bouissière, Carle, Casabianca, Challier, Chamontin, Cheynel, Espinasse, Gaillard, Gaubil, Hermann, Hudellet, Jaubert, Lautier, Le Dentu, Lefebvre, Marnata, Martin, Pochoy, Récamier, Renoux, Sauvet, Torresse, Vidal.

— Un concours pour un emploi de prosecteur d'anatomie à l'École-annexe de Brest sera ouvert dans ce port le 27 octobre prochain (remplacement de M. Boudou).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursion aux Gorges du Tarn par le Bourbonnais.* — Les Compagnies P.-L.-M., Orléans et Midi organisent, avec le concours de l'agence des Voyages économiques, une excursion aux Gorges du Tarn suivie d'une visite à la vieille cité de Carcassonne.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 275 fr. ; 2e classe, 245 fr.

Départ de Paris le dimanche 7 septembre. — Retour le 17 septembre.

S'adresser, pour renseignements et billets, à l'agence des Voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17



EXIGER SUR CHAQUE BOITE LA MARQUE DÉPOSÉE CI-CONTRE
NAFTALAN
SEUL PRODUIT NATUREL préconisé par les SOMMITÉS MÉDICALES du MONDE ENTIER
CALMANT, ANTIPHLOGISTIQUE, RÉSOLUTIF, RÉVULSIF, CICATRISANT, ANTISEPTIQUE, ANTIPARASITAIRE.
LE NAFTALAN
N'EST NI TOXIQUE, NI CAUSTIQUE JAMAIS DANGEREUX
Il guérit rapidement les PRURITS et supprime les DOULEURS
LE NAFTALAN
GUÉRIT : LES ULCÈRES VARIQUEUX. Plaies, Furoncles, Flegmons, Engorgement des Ganglions, BRULURES, ENGELURES, CONTUSIONS, FOULURES, ERYSIPELES. Névralgies, Rhumatismes.
LE NAFTALAN
GUÉRIT : LES ECZÉMAS, ERYTHÈMES, HERPÈS, LICHEN, PITYRIASIS, ICHTYOSE et toutes les maladies de la Peau, ainsi que toutes les affections parasitaires
SE TROUVE dans toutes les Bonnes Pharmacies
VENTE EN GROS : SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU NAFTALAN
PARIS, 70, Faubourg Poissonnière, PARIS
Envoi gratuit à Messieurs les Médecins d'Echantillons et Brochures médicales
P. Colas

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Les fermentations gastriques.

Par M. le docteur A. COYON,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

La question des fermentations gastriques n'a pas d'histoire clinique; les fermentations ont existé de tout temps, comme les agents qui les produisent, mais il fallait la découverte de ces agents, surtout la connaissance de leur action biochimique pour que le mot fermentation pût être rigoureusement défini et le phénomène de la fermentation rigoureusement étudié. Si, en présence des symptômes engendrés par elles, la clinique a pressenti les fermentations gastriques, c'est dans ces dernières années seulement que l'étude de ces fermentations est entrée de façon scientifique dans le domaine médical.

Nous nous proposons d'étudier, après avoir retracé brièvement l'évolution de l'idée de fermentation, la nature de la fermentation en général, les symptômes cliniques auxquels donne lieu la fermentation gastrique, le traitement qu'il convient de lui appliquer, et d'indiquer quelles importantes recherches il resterait à faire sur ce sujet si vaste et si peu connu encore.

Laissant de côté tout ce qui n'a pas trait aux fermentations proprement dites — nous savons par exemple que les anciens auteurs considéraient la digestion elle-même comme une coction, une fermentation — il faut arriver à Kunckel au XVIIe siècle pour voir préciser cette notion.

Kunckel prétendait que « les maux d'estomac ont pour cause des impuretés qui fermentent »; il s'appuyait sur le fait que les acides et les plantes amères qui arrêtent la fermentation servent aussi à guérir les maladies d'estomac.

En 1852, Bouchardat n'hésite pas à affirmer que l'action des ferments digestifs peut être entravée par la production de ferments anormaux qui ont pour résultat de diminuer la production des ferments normaux, par suite de modifier les transformations éprouvées par les matières alimentaires dans l'appareil digestif. D'après lui, ces matières ainsi transformées deviennent soit des corps étrangers dont l'appareil digestif doit se débarrasser, soit des substances nuisibles. Ce sont là autant de causes de dyspepsie. Parmi ces ferments anormaux, citons les ferments lactique, butyrique et propionique et les divers ferments moteurs de fermentation. Les ferments lactique, butyrique et propionique, en exerçant leur action sur les aliments glycogéniques, entravent les transformations de ces matières si utiles à la nutrition en produisant des acides lactique, butyrique et propionique. C'est une des formes les plus communes de la dyspepsie acide.

Plus tard, en 1869, Nienmeyer consacre un long article à la fermentation des acides et des gaz dans l'estomac : il cite Bednar. Mais tandis que ce dernier considère la fermentation des ingesta comme la seule cause des troubles de la digestion, laissant de côté toute participation secondaire ou primitive des parois de l'estomac, Nienmeyer, lui, considère que ces produits anormaux exercent une irritation continue sur la muqueuse gastrique, reconnaissant toutefois que la muqueuse ne devient pas toujours malade et qu'il faut établir une distinction entre les cas dans lesquels la muqueuse reste saine et ceux dans lesquels elle s'altère. Malgré ces précédents, l'attention n'est pas encore attirée de ce côté; il est nécessaire que les découvertes de l'école de Pasteur montrent le rôle chimique des infiniment petits, indiquent les moyens de déceler leur présence et de déterminer leur rôle.

Examinons la théorie de la fermentation en tant qu'appliquée à la digestion stomacale.

En communication directe avec l'extérieur par ses deux extrémités, le tube digestif est le passage d'une série de germes étrangers et dans ce milieu se pourront rencontrer les espèces les plus diverses. Chaque bol alimentaire qui pénètre dans l'estomac y amène avec lui de nombreux microorganismes provenant de la bouche et entraînés par la salive, de l'air dégluti, et surtout des aliments qui constituent l'apport principal. Les phénomènes d'ordre chimique dont l'estomac est le siège, joints à la chaleur et à l'humidité qui s'y rencontrent, sont autant d'excellentes conditions

de développement pour des microorganismes : d'où la richesse infinie de l'estomac en agents microbiens, richesse qui variera en outre suivant les saisons et suivant les régions.

Mais à côté des causes de germination, il faut noter des causes d'arrêt : des actes chimiques viennent interrompre à des moments déterminés certaines pullulations par les mêmes énergies qui en favorisent d'autres ; à leur tour les réactions chimiques qui se sont produites sans intervention microbienne ne peuvent pas ne pas être modifiées par des ensemencements microbiens d'origine différente, et l'on comprendra que M. Bouchard ait exprimé cette opinion : « Les conditions favorables, dit-il, à l'entretien de la putréfaction sont si multiples qu'on se demande comment la digestion peut s'opérer normalement. »

D'où la nécessité d'étudier d'abord les causes qui peuvent empêcher à l'état normal le développement des microorganismes dans l'estomac, puis de voir quels sont les agents microbiens susceptibles d'y vivre et quel est leur rôle. Enfin, il importera de rechercher sous quelles influences ces agents se développent au sein de l'estomac pour y remplir leurs fonctions biologiques et quels seront les phénomènes qu'ils y déterminent et par quel mécanisme ils les déterminent.

L'apport incessant et si varié dans l'estomac de microorganismes de toutes espèces : bactériacées, levures, moisissures et champignons, modifierait rapidement les conditions normales de la digestion, si la nature du suc gastrique n'avait de par elle-même éliminé un certain nombre de ces espèces. Déjà Spallanzani avait montré que le suc gastrique empêchait la fermentation de morceaux de pain et de viande qui en étaient imbibés. Le suc gastrique étant chargé de protéger l'organisme en détruisant les espèces microbiennes, il importait de connaître par quels moyens s'opérait cette destruction.

C'est à l'acidité et surtout à la présence de l'acide chlorhydrique que fut attribué le pouvoir bactéricide et des recherches expérimentales furent entreprises pour établir la réalité de ce pouvoir. Ces recherches commencées dans les laboratoires sur les bactéries pathogènes, de beaucoup les plus importantes et les plus connues il est vrai, firent attribuer à l'acide chlorhydrique une action toute différente de celle qu'il exerce en fait dans l'estomac.

Miquel, Seibert, Koch, Perroncito constatèrent, en effet, que la présence d'acide chlorhydrique dans les cultures empêchait le développement des bacilles du choléra, de la fièvre typhoïde, de la bactéridie charbonneuse qu'ils y ensemençaient. Koch, Gafky, Löffler virent cependant que si les bactéridies charbonneuses étaient détruites, les spores résistaient. Bunge, de son côté, n'hésitait pas à affirmer que l'acide chlorhydrique n'avait pas pour seule fonction de favoriser la digestion des albuminoïdes par la pepsine, mais encore de remplir le rôle des acides minéraux qui sont des agents antiseptiques puissants. Hommel, Kimling, Karlow Wagner, Hermann Hamburger, Kaufmann, Mils ainsi qu'en France Strauss et Würtz, confirmèrent le pouvoir germicide de l'acide chlorhydrique, les auteurs français émettant cependant quelques réserves au sujet de ce qui se passait dans l'estomac où l'acide chlorhydrique se trouvait dans des conditions différentes : les auteurs, n'ayant tenu compte, en effet, de l'action de l'acide chlorhydrique que considère, *in vitro*, les résultats se trouvaient en contradiction avec la clinique.

Les recherches cliniques de de Bary, Naunyn, Miller, Gilbert et Dominici, Bouveret, Mathieu et Rémond, Soupault, Lesage, montraient que nombre de microorganismes résistaient à l'action du suc gastrique dans les cas même ou l'acidité chlorhydrique était considérable et que les dyspepsies hyperchlorhydriques s'accompagnaient d'une flore microbienne abondante. Fallait-il donc refuser toute puissance bactéricide au suc gastrique ou admettre au contraire, que l'acide chlorhydrique, susceptible d'entrer en combinaison avec les matières albuminoïdes, perdait de son pouvoir germicide quand il y entrait? Déjà van der Velden avait été frappé de ce fait que si à une solution d'acide chlorhydrique de 0g03 à 0g25 p. 100 on ajoute de l'albumine, la réaction de l'acide chlorhydrique obtenue avec la tropéoline, disparaît en partie. Szabo avait aussi constaté que l'acide chlorhydrique, en se combinant aux matières albuminoïdes et à leurs bases, perdait son pouvoir. Mais ce fut Cohn qui étudia le premier l'action différente de l'acide chlorhydrique libre ou combiné sur diverses espèces microbiennes. Pour cet auteur, alors que l'acide chlorhydrique libre arrête le développement de certaines espèces, l'acide chlorhydrique lié aux peptones ne possède plus aucun pouvoir; enfin, il faudrait tenir compte aussi de la présence des phosphates dans l'action germicide attribuée au suc gastrique, car lorsque l'acide chlorhydrique se rencontre en assez grande quantité pour mettre en liberté l'acide phosphorique des phosphates, les fermentations sont entravées.

D'autres auteurs, Hermann, Hamburger-Zimki, Kabrhel, confirmèrent les recherches de Cohn, en montrant que si l'acide chlorhydrique libre en quantité minime détruit certaines espèces microbiennes : bacille d'Eberth, bacille du charbon, en présence des matières albuminoïdes il perd son pouvoir.

La combinaison de l'acide chlorhydrique avec les matières albuminoïdes n'est pas la seule cause capable de diminuer l'action germicide du suc gastrique. Bial, en 1896, étudiant l'action des sels du contenu gastrique et en particulier du chlorure de sodium, fut amené à penser que le pouvoir antiseptique de l'acide chlorhydrique n'est pas en rapport avec les éléments essentiels : matières albuminoïdes du suc gastrique, mais bien avec les matériaux accessoires et surtout les sels. Pour lui, la présence des sels peut annihiler le pouvoir antiseptique du suc gastrique, mais, il est vrai, à une dose déterminée en rapport avec le degré d'acidité, variable par conséquent dans les hyper, les hypo ou les anachlorhydries.

Nous-même, nous avons entrepris quelques expériences avec des microorganismes retirés de l'estomac. Dans une première série, nous avons opéré sur un suc gastrique artificiel ; dans une seconde série, sur le suc gastrique retiré de l'estomac après un repas d'épreuve.

Pour les digestions artificielles pepsi-chlorhydriques préparées aseptiquement par filtration des liquides sur bougie Chamberland stérilisée, agissant sur des cubes de blanc d'œuf stérilisés, nous avons vu que un grand nombre de microorganismes rencontrés fréquemment dans l'estomac pouvaient vivre et se développer dans ces liquides dont l'acidité totale fut pour certains de 1,40 p. 1000, se divisant en 1,014 d'acide chlorhydrique libre et 0,388 d'acide chlorhydrique combiné, pour d'autres de 2,018 d'acidité totale.

Quant aux sucs gastriques obtenus après repas d'épreuve

extrait au bout d'une heure à une heure et demie et filtrés sur bougie Chamberland stérilisée à l'aide de la trompe à vide de façon à obtenir un liquide amicrobien, voici ce que nous avons constaté. Si, dans quelques sucs gastriques, les espèces microbiennes retirées de l'estomac (bacilles oolytiques, mésentéricus, entérocoque) que nous y semions se développent, dans la majorité des cas, les mêmes espèces ne donnent lieu à aucune culture appréciable, ce malgré l'acidité peu marquée du milieu, acidité qui va d'ailleurs en diminuant chaque jour soit par l'évaporation de l'acide chlorhydrique libre, soit par sa combinaison avec les matières albuminoïdes présentes. Mais, malgré cette absence de végétation, si au bout de quatre, cinq, six jours, on prélève quelques gouttes de suc gastrique ensemencé et qu'on les transporte dans des tubes de bouillon, on voit rapidement apparaître dans ces derniers les cultures des microorganismes ensemencés.

Que pouvons-nous conclure de ces faits?

A l'état normal, le suc gastrique jouit de propriétés inhibitrices vis-à-vis de certaines espèces, de propriétés bactéricides vis-à-vis d'autres. Ce pouvoir d'empêcher le développement des microorganismes est dû d'une part à l'acidité du milieu, de nombreux agents microbiens ne pouvant se développer en milieu acide. D'autre part et pour d'autres espèces, il faut tenir compte de la nature de l'acide et de sa quantité. Enfin à l'acidité chlorhydrique se joignent d'autres facteurs : la nature de la sécrétion gastrique en dehors de l'acide chlorhydrique, l'action du mucus, la motricité de l'estomac.

A l'état normal, tout en vivant dans le contenu gastrique, certaines espèces ne peuvent exercer leur action sur les matières alimentaires pour produire les fermentations. Ces microorganismes n'entrent en jeu qu'à la faveur de certaines causes : absorption d'aliments grossiers ou d'une trop grande quantité d'aliments; une mauvaise mastication qui, en laissant les particules alimentaires trop volumineuses, en empêche l'attaque par l'acide chlorhydrique et par suite arrête l'action de l'acidité du suc gastrique sur les espèces microbiennes qui y sont renfermées; enfin et surtout ce qui favorise avant tout le développement des microorganismes, c'est la rétention, la stagnation des aliments dans l'estomac.

Voyons maintenant : quels sont les microorganismes qui ont été retirés de l'estomac; s'il existe une flore normale du contenu gastrique; s'il existe une flore pathologique de certains états et quelle action leur a été attribuée.

On conçoit combien les espèces microbiennes subsistant dans l'estomac peuvent être nombreuses et variées, aussi malgré les recherches bactériologiques opérées jusqu'ici, est-il encore impossible d'apporter des affirmations précises. Si on laisse de côté les bactéries pathogènes rarement rencontrées dans l'estomac, sauf peut-être quelques espèces, les agents microbiens décrits par les auteurs n'ont pas été suffisamment étudiés et classés, leur état civil n'a pas été établi : d'où la difficulté de les reconnaître, de les différencier, de savoir leur rôle bio-chimique si important dans le cas particulier qui nous occupe.

Les sarcines semblent les mieux définies. Goodsir le premier les rencontra dans l'estomac; depuis dans les travaux de Frerichs, Falkenheim, Oppler, Abelous, nos propres travaux, une étude complète tant au point de vue de la morphologie que de l'action bio-chimique en a été faite. C'est surtout la sarcina ventriculi et parfois aussi la sarcine jaune et la sarcine orange qu'on y trouve.

Miller en 1885 montra qu'un grand nombre de bactéries prennent part au travail de la digestion; il en décrivit 15 espèces parmi lesquelles le bacterium aerogenes, le bacillus aerogenes.

De Bary, étudiant la flore de l'estomac, isole des levures, des microbes en filaments, des bacilles, des spirilles, des cocci, des sarcines, le bacillus amylolacter, le bacillus subtilis, le bacillus geniculatus, l'oïdium lactis, le mucor mucedo.

Dans un premier travail, Vignal détermine les agents microbiens de la bouche, puis dans un second mémoire ceux qui vivent dans les matières fécales. Il y retrouve cinq espèces qui ont traversé le tube digestif et par suite ont pu vivre dans l'estomac, il fait une étude complète du mesentericus vulgatus.

Minkowski trouve dans des estomacs riches en acide chlorhydrique des champignons, des levures et dans un estomac sans acide chlorhydrique le ferment butyrique et de nombreux bacilles et cocci capables de provoquer des phénomènes de putréfaction.

Abelous a décrit 16 espèces retirées de l'estomac dont 7 déjà connues : sarcina ventriculi, bacillus pyocyaneus, bacterium lactis aerogenes, bacillus subtilis, bacillus mycoïdes, bacillus amylobacter, vibrio rugula.

Capitan et Moreau isolent de divers estomacs un coccus à gros grains sphériques, un petit bacille, une espèce constituée par de longs filaments.

Mac Naught, dans un cas où il y avait des éructations d'un gaz inflammable, obtint deux variétés de levures : saccharomyces ellipsoïdeus et rosaceus, une petite bactérie, deux longs bacilles droits.

Lesage montre que l'hyperchlorhydrie peut coïncider avec la présence de nombreux microorganismes et que le colibacille est fréquent dans les cas où la sécrétion est ralentie.

Kühn isole et cultive le saccharomyces cerivisiæ, le penicillum glaucum, l'oïdium lactis et de nombreuses bactéries articulées.

Lockhard Gillepsie décrit 18 espèces de microorganismes qui pour la plupart résistent à l'action de l'acide chlorhydrique.

Boas a trouvé des levures, des sarcines, des champignons.

Dauber a montré chez 9 sujets 41 espèces de bactéries dont 17 étaient capables de produire de l'hydrogène sulfuré.

Kellay sur 7000 examens a trouvé 457 fois des moisissures dans l'estomac, 32 fois dans la dyspepsie simple, 176 fois dans l'hyperpepsie, 249 fois dans l'hypopepsie. Les champignons les plus fréquemment rencontrés ont été l'oïdium lactis, les aspergillus fumigatus et flavescens.

Jusqu'ici, sauf pour quelques espèces connues et déterminées, il semble impossible de se reconnaître au milieu de cette végétation.

Nous-même, reprenant cette étude, nous avons essayé, dans notre thèse inaugurale, de déterminer certaines espèces et d'étudier leur rôle. Comme les auteurs précédents, nous avons isolé de divers estomacs tant normaux qu'atteints de dyspepsie (ayant laissé de côté tous les cas où existait une stase gastrique abondante par sténose organique) une trentaine de formes microbiennes. De ces microorganismes, les uns existent de façon presque constante dans l'estomac en constituant la flore normale pour ainsi dire, les autres ne se rencontrent que de temps à autre, d'autres enfin n'ont été rencontrés que très rarement.

Nous avons trouvé dans la majorité des sucs gastriques extraits après un repas d'épreuve une série de formes microbiennes appartenant au groupe des mésentéricus et se rapprochant des espèces décrites par M. Duclaux sous le nom de thyrothrix; nous y avons trouvé l'entérocoque de Thiercelin; à côté nous avons rencontré non moins fréquemment de gros bacilles dont nous avons décrit deux types déjà signalés par Abelous sous le nom de bacille C et D; par suite de leur action sur les matières albuminoïdes et en particulier sur le blanc d'œuf nous leur avons donné le nom de bacilles oolytiques; ils rentrent dans le groupe décrit par Flügge sous le nom de bacilles protéolytiques, et dont cet auteur a montré l'importance en pathologie gastro-intestinale. Les levures existent fréquemment dans l'estomac, nous en avons rencontré plusieurs; mais il nous a été impossible de savoir à quelle espèce nous avions affaire, on sait combien la détermination des levures est à l'heure actuelle peu avancée. Enfin nous avons isolé trois fois un petit cocco-bacille, le coccus radians à cultures caractéristiques et doué de propriétés fermentatives très intenses; le bacille incarnat. Enfin dans un seul cas, chez un malade atteint de cancer de l'estomac, nous avons rencontré un streptothrix, non encore décrit jusqu'ici. Nous laissons de côté celles des espèces que nous avons isolées sans les étudier.

De toute cette énumération microbienne, sans parler des anaérobies dont il n'a pas encore été question jusqu'ici, on voit qu'il est difficile, au point de vue bactériologie pure, de tirer quelqu'indication clinique précise avant d'envisager la question clinique.

Voyons quelle est l'action de ces commensaux de l'estomac.

L'action des microorganismes rencontrés dans l'estomac peut être envisagée à un triple point de vue : rôle utile, rôle nuisible, rôle indifférent.

La présence des bactéries de l'estomac n'implique pas forcément en effet une action nuisible; nombre de bactéries prennent part aux fonctions de la vie et en particulier à la digestion par leur action sur les matières albuminoïdes, et les expériences de Nencki, Neitzky, Nuttal et Thierfelder ont montré que la vie sans microbes était impossible. Il ne rentre pas dans le cadre de ce sujet de passer en revue le rôle bienfaisant et indispensable des microorganismes; mais en ce qui concerne la digestion stomacale les recherches de Duclaux, de Vignal, de Claudio Ferni, de Rietsch, d'Abelous, ont montré que certains bacilles donnaient lieu, aux dépens des matières albuminoïdes, à la formation de peptones ou de composés se rapprochant de ces dernières grâce à la sécrétion d'un ferment analogue à la trypsine. Quel rôle ces agents sont-ils appelés à jouer exactement dans la digestion gastrique? c'est ce que des recherches ultérieures nous apprendront. Mais ce pouvoir utile ne s'exerce que pendant un temps variable, car le dédoublement de la matière albuminoïde signalée plus loin va, sous leur influence, donner lieu à la production de corps toxiques, et ces mêmes agents pourront devenir nuisibles. La chimie a permis de reconnaître que sous l'action des microorganismes les différents composés organiques qui font partie de la nutrition sont susceptibles de donner naissance à des composés plus ou moins nocifs. L'action des agents microbiens de l'estomac se manifestera donc sur les éléments essentiels de l'alimentation : matières albuminoïdes et hydrates de carbone, et cette action se manifestera avec une plus ou moins grande énergie et donnera lieu à des composés différents suivant tel ou tel hydrate de carbone, telle ou telle albuminoïde.

Si la matière albuminoïde est indispensable à la vie des schizomycètes, elle ne l'est cependant que sous une forme spéciale pour certains; les microorganismes se comportent en effet de façons très diverses. Alors que tous peuvent vivre aux dépens des peptones, un petit groupe d'entre eux possède seul le pouvoir d'attaquer la matière albuminoïde complexe : blanc d'œuf, caséine, fibrine. Tout un groupe de formes microbiennnes fréquentes dans l'estomac et dans le tractus intestinal jouissent de ce pouvoir. Nous en avons décrit deux espèces sous le nom de bacilles oolytiques; à côté de ceux-là il en existe d'autres, et ils sont nombreux, qui appartiennent au groupe des mésentéricus, se rapprochent des thyrothrix de Duclaux; Flügge a d'ailleurs attiré l'attention sur ces espèces et les désigne sous le terme générique de bacilles protéolytiques. Certains d'entre eux sont susceptibles de donner lieu à la formation de corps présentant les réactions des peptones vraies, dans une première phase de leur attaque de la matière albuminoïde; puis plus ou moins rapidement apparaissent les produits ultimes du dédoublement des matières albuminoïdes : ammoniaque, composés ammoniacaux, corps de la série aromatique : indol, scatol; amines, leucine, tyrosine, triméthylamine; acides gras : lactique, succinique; gaz : azote, hydrogène sulfuré. L'attaque des hydrates de carbone fournira des acides gras, des alcools, des aldéhydes, des acétones, des gaz. Cette action sur les hydrates de carbone sera, elle aussi, plus ou moins intense suivant les espèces et l'on sait aujourd'hui que les levures possèdent un pouvoir maximum sur les hydrates de carbone.

Mais, serrant le sujet de plus près, en nous tenant aux commensaux de l'estomac, nous constatons qu'un très petit nombre d'entre eux ont été étudiés. Le premier travail paru — et il peut servir de modèle dans les recherches à entreprendre — est la thèse de doctorat ès sciences de Vignal sur le bacillus mesentericus vulgatus. Vignal, dans l'étude de ce bacille et dans une autre série de recherches sur les microorganismes de la bouche et de l'intestin, montra l'action d'un certain nombre de ces agents sur les matières albuminoïdes et les hydrates de carbone. Plus tard, Abelous reprit cette étude sur un certain nombre d'espèces retirées de l'estomac; il constata que les sarcines étaient douées d'un pouvoir de fermentation peu marqué, que d'autres bacilles, bacilles C et D, produisaient, aux dépens des albuminoïdes, de la leucine, de la tyrosine, et il terminait son travail en écrivant : « Il est permis de penser que les microorganismes pour la plupart n'exercent aucune action sur les aliments dans l'estomac; les aliments y séjournant trop peu de temps à l'état normal. »

Pour les espèces que nous avons nous-même retirées de l'estomac après avoir essayé d'en caractériser quelques-unes par leur aspect, leur forme, les caractères de leurs cultures, nous avons cherché, en nous rapprochant autant que possible des conditions du milieu gastrique, à nous rendre compte de la façon dont elles paraissent se comporter dans l'estomac, mais une étude aussi longue a forcément été incomplète; c'est ainsi que nous ne savons pas si les associations auxquelles elles prennent part ne modifient pas leur pouvoir; enfin nous n'avons pas essayé soit leur inoculation directe à l'animal, soit l'inoculation des produits qu'elles engendrent. Quoi qu'il en soit, nous avons tenté de montrer quelle signification on devait attacher à leur présence; nous

avons reconnu que les sarcines, contrairement à l'opinion de certains auteurs, sont douées, ainsi qu'Abelous l'avait montré, d'un pouvoir de fermentation peu marqué. L'entérocoque est un producteur énergique d'acide lactique, comme son congénère de l'intestin, le bacterium coli. Les bacilles oolytiques, le coccus radians possèdent le pouvoir de former, aux dépens des albuminoïdes, des ammoniaques et des composés ammoniacaux, de la triméthylamine, du carbonate d'ammoniaque, de la tyrosine, de la leucine; en revanche, leur action sur les hydrates de carbone est faible, contrairement aux levures qui, elles, agissent surtout sur ces produits.

Malheureusement ce petit nombre de faits n'est pas suffisant pour permettre à l'heure actuelle de poser des règles bactériologiques précises, mais il permet cependant, en venant confirmer ce que la biologie générale et la clinique nous ont appris, de se demander quels ont été les produits de fermentation retrouvés dans l'estomac et quel en est le rôle.

Avant de savoir si les composés que nous savons se former sous l'influence des microorganismes existent dans l'estomac et quelle peut être leur action, il importe tout d'abord de se demander si certains de ces composés ne peuvent apparaître dans la digestion pepsi-chlorhydrique des albuminoïdes.

A l'état normal, la digestion pepsi-chlorhydrique qui dédouble les matières albuminoïdes jusqu'au terme peptone ne s'accompagne ni de la formation d'acides gras, ni de composés ammoniacaux, ni de composés de la série aromatique, ni de leucine, ni de tyrosine. Nous avons fait des digestions pepsi-chlorhydriques aseptiques en nous servant de solutions pepsique et chlorhydrique aseptiques filtrées sur bougie Chamberland (il faut noter ici cependant qu'une solution de pepsine titrant 1500 voit, après filtration, son pouvoir tomber à 300 et même 200, chiffre encore suffisant cependant pour permettre des digestions rapides et complètes). Or, dans des digestions aseptiques de fibrine et de blanc d'œuf même après un séjour de quinze jours à l'étuve, nous n'avons pu déceler la présence d'acides gras, d'ammoniaque, de composés ammoniacaux, de tyrosine par les procédés usuels, d'où il découle que la présence de ces corps dans l'estomac est le résultat de la vie microbienne.

Voyons maintenant quels sont les corps produits par les microorganismes qui ont été rencontrés dans le suc gastrique.

Les premiers reconnus, ceux sur lesquels l'attention fut d'abord attirée, sont les acides gras. L'acide lactique est celui qu'on rencontre le plus fréquemment dans l'estomac. Au début des recherches entreprises pour reconnaître à quel acide devait être attribuée l'acidité du suc gastrique, on considéra l'acide lactique comme l'acide normal de l'estomac. Mais lorsqu'on eut démontré que l'acide chlorhydrique était seul en cause, l'acide lactique devait-il être considéré comme étant toujours le résultat de fermentations. On sait que dans les différentes transformations que subissent les aliments sous l'influence du suc gastrique, on note dès le début de la digestion la présence d'une certaine quantité d'acide lactique qui diminue, puis disparaît. Il faut tenir compte du fait que certains aliments, en particulier la viande et surtout le pain, apportent avec eux une quantité variable d'acide lactique. C'est ce que Riegel d'ailleurs a bien mis en lumière. Pour cet auteur, on ne doit pas trouver trace d'acides organiques après un repas d'épreuve, leur présence en petite quantité est anormale et l'indice de fermentations; cependant, il distingue l'acide lactique préformé et l'acide lactique des fermentations. L'acide lactique préformé est apporté par les aliments mais disparaît dans la deuxième phase de la digestion. Si l'on admet que l'acide lactique préformé puisse ne pas disparaître totalement à la fin de la digestion, comme il ne peut être différencié au point de vue chimique de l'acide des fermentations devra-t-on conclure qu'il existe des fermentations gastriques? Sans vouloir établir une règle absolue, il semble en clinique qu'il n'y ait pas lieu de considérer des traces d'acide lactique rencontrées dans un repas d'épreuve comme étant forcément l'indice de fermentations, mais que l'acide lactique doive faire penser à des fermentations seulement quand la quantité trouvée, ce qui est bien arbitraire il est vrai, dépassera 0,25 p. 100.

Les acides butyrique et acétique ne se rencontrent jamais à l'état normal et à moins d'ingestion d'aliments anormaux ou avariés les renfermant, leur présence n'a été jusqu'ici constatée que dans les cas où il y a fermentation.

Rubstein a signalé la présence d'acide formique, Schultzen d'acide succinique, mais jusqu'ici ces acides n'ont pas été le point de départ de recherches spéciales non plus que l'acide valérianique, encore que les cultures de certains microorganismes de l'estomac en fournissent.

A côté de ces acides signalés et rencontrés à l'état libre, MM. Al. Robin et Bournigault ont admis qu'ils pouvaient encore exister sous une autre forme dans le contenu gastrique. La fermentation des albuminoïdes donne naissance, dans certains cas, à des bases ammoniacales qui fixent et dissimulent une partie de l'acide chlorhydrique libre; il était à présumer que ces bases pourraient aussi fixer et dissimuler une partie des acides de fermentation. D'un autre côté, il était aussi possible qu'avec ces acides de fermentation il se formât des éthers, cette éthérification étant favorisée par l'acide chlorhydrique libre d'où une nouvelle cause d'erreur dans le dosage des acides de fermentation.

Plus encore que les acides, les gazs ont fait l'objet de nombreux travaux. Vauthey en a fait une étude complète et a montré que dans l'estomac les gaz les plus fréquemment rencontrés étaient l'acide carbonique, l'hydrogène sulfuré, le formène ou méthane. Dauber a établi que nombreux sont les microorganismes de l'estomac pouvant donner lieu à la production d'hydrogène sulfuré. Mais, ici encore, il importe de différencier les gaz résultant de la fermentation, des gaz introduits avec les aliments ou par un mécanisme quelconque; comme cela se rencontre souvent chez les nerveux, ces derniers gaz étant d'ailleurs presque toujours les seuls gaz de l'air, c'est-à-dire l'oxygène et l'azote.

La recherche de l'ammoniaque et de ses composés n'a été jusqu'ici l'objet d'aucun travail. Minkowski, en 1882, disait que les fermentations des albuminoïdes peuvent engendrer des bases qui neutralisent l'acide chlorhydrique sécrété. Lesage avance également qu'il doit exister dans l'estomac des bases qui neutralisent l'acide chlorhydrique au fur et à mesure de sa production et qui seront cause d'hyperchlorhydrie. Nous avons recherché la présence des composés ammoniacaux ou de l'ammoniaque chez un certain nombre de malades. Le suc gastrique traité par la magnésie fraîchement calcinée était distillée dans l'appareil de Schlessing. Si à l'état normal, on ne rencontre pas d'ammoniaque dans le suc gastrique, au contraire certains malades atteints de fermentation en présentent. C'est ainsi que, chez une

jeune femme de vingt-trois ans atteinte de dyspepsie de fermentation, 10 centimètres cubes de suc gastrique renfermaient une quantité de composés ammoniacaux capables de saturer une solution contenant 0,188 d'acide chlorhydrique par litre. Ce suc gastrique, recueilli après repas d'épreuve, avait une acidité totale de 2 grammes dont 0g70 en acide libre, 0g58 en acide chlorhydrique combiné et 0g70 d'acides de fermentation. Chez un autre malade atteint de sténose pylorique d'origine néoplasique avec rétention, quoique le malade fût au régime lacté absolu depuis plusieurs jours, 10 centimètres cubes de suc gastrique obtenus après un repas d'épreuve donnèrent une quantité d'ammoniaque capable de saturer une solution contenant 0,681 d'acide chlorhydrique par litre. Dans les recherches *in vitro* sur les digestions artificielles en présence de microorganismes de l'estomac, bacilles oolytiques, nous avons constaté la formation d'ammoniaques, qui se combinaient avec l'acide chlorhydrique formant des composés chloro-ammoniacaux.

L'indol n'a été que rarement constaté dans le suc gastrique, Hermann Strauss en a relaté quelques observations.

Les alcools, les aldéhydes, les acétones n'ont pas jusqu'ici été fréquemment recherchés. Talma a signalé la présence de méthylalcool, d'éthyalcool, d'aldéhyde acétique, d'acétone, d'acétate, de propyalalcool, d'alcool butyrique qui se formeraient aux dépens des hydrates de carbone. Litten-Jacksch, Lorenz ont signalé la présence de l'acétone.

Ainsi, dans certaines conditions, l'estomac renferme des corps que nous savons être le résultat de la vie microbienne et que nous avons pu déceler dans les cultures. La présence de ces corps ne sera pas, on le conçoit, sans influencer, soit directement, soit indirectement, la muqueuse gastrique, et sans troubler les phénomènes de la digestion d'une part; d'autre part, sans retentir sur les organes voisins et sur l'état général. L'action toxique ou irritante de certains de ces produits a été démontrée expérimentalement sur le foie (Déguerret, Boxi, Gouget), sur le rein (Gaucher, Claude). Mais en ce qui concerne, leur action sur la muqueuse gastrique ou sur la digestion, nous ne possédons aucun fait expérimental capable de la préciser, et nous sommes réduits à de pures hypothèses. En ce qui concerne les troubles fonctionnels qui se manifesteraient, Naunyn, dès 1882, s'exprimait ainsi : « On a trop insisté sur les troubles mécaniques de l'estomac, d'un autre côté on a trop insisté sur les troubles chimiques et l'on n'a pas vu les anomalies chimiques dues aux fermentations. Dans bien des cas où les douleurs gastriques ont l'air d'être dues à la dilatation, elles sont entretenues par la fermentation sans qu'il y ait dilatation. Les fermentations peuvent à la longue arrêter les fonctions de l'estomac et là où la fermentation devient chronique le trouble mécanique devient chronique et les troubles du chyme deviennent chroniques. »

Minkowski fut plus explicite; s'appuyant sur l'observation clinique il émit la théorie suivante : les fermentations donnent naissance à des produits de nature à irriter la muqueuse et à y provoquer un état catarrhal, elles développent parfois des gaz cause de maladie pour le patient et d'aggravation pour l'atonie gastrique. Parmi les nombreuses substances produites, certaines exercent une influence toxique. Les fermentations des albuminoïdes peuvent engendrer des bases qui neutralisent l'acide chlorhydrique sécrété, et l'irritation de la muqueuse occasionnée par l'action des produits de fermentation amène une surproduction d'acide chlorhydrique.

Talma, en 1898, insiste sur ce fait que les fermentations sont cause d'hyperchlorhydrie. « Souvent parallèlement avec les fermentations, l'hyperchlorhydrie s'élève et s'abaisse; et si on supprime toute fermentation l'hyperchlorhydrie, disparaît et la maladie guérit. Cette hyperchlorhydrie est une réaction des glandes par excitation des produits de fermentation. Les crampes d'estomac causées par les produits de fermentation et l'acidité, peuvent être cause d'ulcération et de perforation de l'estomac par les contractions qu'elles déterminent. Enfin, sur l'ulcus, produit surtout par la fermentation alcoolique, peut se greffer le cancer. En développant le cancer sur l'ulcus, la fermentation alcoolique peut changer l'hyperchlorhydrie en hypo et même en anachlorhydrie. »

Pour notre maître M. Al. Robin, qui, depuis 1892, époque à laquelle il publia ses premières leçons, n'a cessé d'étudier les dyspepsies de fermentation, les fermentations agiraient suivant un des trois moyens suivants : par irritation directe, par irritation réflexe ou par intoxication. Les acides de fermentation produisent une irritation directe de la muqueuse gastrique, irritation qui se traduit par des crises gastriques, par un pyrosis toujours plus accentué, plus douloureux que celui que l'on rencontre dans les hypersthénies avec hyperchlorhydrie. De plus, ces acides excitant la muqueuse gastrique détermineraient des contractures d'abord passagères de l'estomac, surtout dans la région pylorique; puis à la longue, si aucun traitement n'intervient pour les faire cesser, le spasme passager devient permanent et la contracture persistante du pylore détermine une rétention des aliments qui à son tour augmente la fermentation.

L'action des gaz, action surtout mécanique, est depuis longtemps connue, et les symptômes cliniques qu'ils engendrent ont été bien décrits. La présence des gaz détermine une distension de l'estomac, distension qui se traduit par un redressement de l'organe et une exagération de volume de la grosse tubérosité qui vient se placer verticalement sous les fausses côtes, dans l'hypocondre gauche, refoulant le diaphragme, comprimant le cœur et les vaisseaux, déterminant des phénomènes d'oppression parfois même la syncope. En dehors de ces faits, les gaz par leur présence répétée contribueraient à l'affaiblissement des tuniques musculaires et de leur pouvoir moteur.

A côté de l'étude de physiologie pathologique des produits formés par les microorganismes aux dépens des aliments trouvés dans l'estomac, et englobés sous le nom de produits de fermentation, il y aurait place pour une autre étude : c'est l'étude des toxines de l'estomac. Cette question, non encore résolue à l'heure actuelle et pourtant pleine d'intérêt, peut être envisagée de plusieurs façons.

Parmi les corps produits de la fermentation que nous avons passés en revue jusqu'ici, certains corps sont toxiques, nous le savons par l'étude expérimentale. Mais aucun corps retiré de l'estomac n'a encore été essayé et l'on admet cependant que, dans certains cas cliniques, une intoxication mortelle est survenue, due soit à l'acétone, soit à l'acide oxybutyrique β trouvé dans l'estomac.

A côté de ceux qui ont été signalés il en est d'autres dont le pouvoir toxique mériterait d'être recherché, tels les composés ammoniacaux, tels les albuminoïdes résultant de l'action microbienne et donnant la réaction des peptones. Nous

savons qu'actuellement l'étude de la toxicité des peptones est entrée dans une phase nouvelle depuis que les travaux de Fiquet nous ont appris que les véritables peptones à l'état de pureté peuvent être injectées sans aucun danger. Faut-il alors réserver le mot toxine aux seules toxines microbiennes vraies?

Quoi qu'il en soit, englobant avec les auteurs sous le nom de toxines tous les produits nocifs de l'estomac, nous allons voir que la question est encore loin d'être résolue. Deux théories sont en effet en présence.

Les travaux de Devic et Bouveret (de Lyon), ceux de Cassaet (de Bordeaux) ont montré qu'il existait dans certains cas, au sein de l'estomac, des toxines ayant pu déterminer des accidents graves d'intoxication chez les sujets.

D'autres auteurs, MM. Achard et Renault, ayant filtré le suc gastrique des malades atteints de rétention à la suite de néoplasme, et l'ayant inoculé aux animaux, n'ont pu déterminer aucun phénomène d'intoxication. MM. Al. Robin et Küss conclurent après de nombreuses recherches qu'il n'existe pas de toxines dans l'estomac, ils ont pu injecter à l'animal jusqu'à 150 centimètres cubes de liquide gastrique filtré provenant de malades atteints de fermentation, sans qu'il se produisît de symptômes d'intoxication.

Comment expliquer ces apparentes contradictions? Jusqu'ici il semble difficile d'adopter l'une ou l'autre des deux théories, et la balance ne pourra pencher en faveur de l'une ou l'autre que lorsque des preuves expérimentales auront été apportées. Cela nous amène à envisager la manière d'agir des produits toxiques.

Ont-ils une action directe sur la muqueuse, action irritante d'abord passagère, pouvant être le point de départ de réflexes importants, action irritante qui pourra déterminer une excitation, ou action irritante qui pourra à la longue être suivie de lésions organiques de la muqueuse; ou bien agissent-ils par intoxication, intoxication qui ne sera peut-être pas purement stomacale, mais aussi intestinale? Rien n'empêche de se demander si dans le contenu gastrique il ne se forme pas, par suite de l'acidité du milieu, des composés entre les produits élaborés par les microorganismes et les acides, d'où résulterait la formation de sels peut-être moins toxiques que les bases ou de sels insolubles, qui par leur insolubilité même demeureraient inoffensifs. Arrivés dans l'intestin, l'alcalinité du milieu, due à la bile ou au suc pancréatique, pourrait déplacer l'acide de ces combinaisons et remettre en liberté la base qui, de ce fait, retrouvera sa toxicité. Cette explication est purement hypothétique et par suite non avenue, elle mériterait cependant, croyons-nous, le contrôle de l'expérimentation. (*A suivre.*)

REVUE DES THÈSES

De l'intervention chirurgicale dans les formes graves des colites rebelles, par M. le docteur Georges Labey. (Th. de Paris, 1902.)

Dans un travail des plus intéressants, M. Labey, prosecteur à la Faculté, revendique pour le chirurgien le traitement de certaines colites, rebelles au traitement médical. Après avoir passé en revue ces formes cliniques et étudié les indications thérapeutiques, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Les formes graves des colites chroniques, quelle qu'en soit la nature, sont susceptibles d'être guéries ou tout au moins améliorées par le traitement chirurgical, lorsque le traitement médical, bien et longtemps appliqué, a été notoirement infructueux. Ce n'est pas sur la forme anatomique ou clinique de la colite, mais sur son degré de gravité que doit se baser le chirurgien pour intervenir.

Le but que l'on se propose est de mettre au repos absolu le segment d'intestin malade, en détournant les matières de leur cours normal, soit par un anus contre nature cæcal, soit par une anastomose iléo-sigmoïde ou iléo-rectale.

La typhlostomie ou la colostomie droite doit être réservée aux cas dans lesquels il y a, outre des lésions coliques, des lésions recto-sigmoïdes.

L'entéro-anastomose est le procédé de choix lorsqu'il n'existe pas de lésions recto-sigmoïdes.

Contribution à l'étude du traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode de Lorenz, par M. le docteur François Comte. (Th. de Paris, 1901.)

Il est possible d'obtenir, en faisant la réduction non sanglante, une véritable cure radicale de la luxation congénitale de la hanche, c'est-à-dire la restauration intégrale anatomique et fonctionnelle de la hanche. Cela est démontré par la radiographie, les faits cliniques et par une autopsie.

Le traitement comprend trois parties :

a. La mobilisation dont la partie essentielle est la déchirure sous-cutanée des adducteurs, l'extension forcée avec la vis de Lorenz n'étant indispensable que dans les cas exceptionnels.

b. La réduction qui est souvent obtenue simplement par un mouvement forcé d'abduction de la cuisse fléchie, mais qui exige quelquefois des manœuvres plus complexes : traction sur la cuisse fléchie, mouvement de pompe, etc.

Il est bon de bien faire la place de la tête et de chercher une réduction immédiatement stable en poursuivant les manœuvres, après avoir obtenu le ressaut caractéristique.

c. Le maintien de la réduction est assuré par l'immobilisation de la hanche dans un appareil plâtré, en position d'abduction moyenne et de rotation interne, toutes les fois que cela est rendu possible par la stabilité primitive de la réduction. Dans les autres cas le membre est d'abord placé en abduction à 90 degrés, et on fait la rotation interne secondaire deux mois plus tard.

L'immobilisation dure environ dix mois. L'enfant peut marcher à volonté. Il est utile de maintenir la rotation interne, pendant tout le traitement, au moyen d'une attelle spéciale.

Les seuls accidents que l'auteur ait observés sont deux fractures et une suppuration d'hématome; ils n'ont pas eu de conséquences fâcheuses.

Les accidents graves et, en particulier, les troubles nerveux, ne sont pas à craindre si l'on s'abstient de faire des manœuvres trop violentes sur des sujets trop âgés.

Pour apprécier les résultats, il faut examiner séparément les résultats anatomiques et les résultats fonctionnels, car ils ne concordent pas toujours.

La réduction vraie a été obtenue dans seize cas, soit 32 p. 100. Elle est beaucoup plus fréquente avant cinq ans et dans les luxations unilatérales. Elle semble être difficile à obtenir dans les variétés iliaques pures, heureusement rares.

La réduction vraie a généralement pour conséquence la disparition de la claudication, du raccourcissement, de l'ensellure et de tous les troubles fonctionnels. Rarement, et seulement chez les enfants âgés, il persiste un raccourcissement suffisant pour causer encore une claudication appréciable.

Dans les autres cas on obtient une transposition de la tête fémorale, soit dans la région inguinale, soit au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Le résultat fonctionnel est alors variable. On peut avoir,

surtout chez les enfants jeunes, une fonction parfaite : claudication nulle ou très faible, disparition complète, ou presque complète, de l'ensellure, diminution du raccourcissement, augmentation ordinairement considérable de la résistance à la fatigue.

Dans les cas où la claudication reste sensible, elle est toujours diminuée, et tend plutôt à s'amoindrir au lieu de s'accroître sans cesse. Même ce résultat, auquel s'ajoutent toujours l'augmentation de résistance à la fatigue et l'amélioration de la forme générale du corps, est un progrès assez sensible pour justifier le traitement.

L'absence de toute amélioration n'est relevée que dans 8 p. 100 des observations.

Ces résultats montrent l'utilité de commencer le traitement dès que le diagnostic est établi. Au delà de dix ou onze ans, suivant le développement des sujets, les manœuvres deviennent assez dangereuses et les chances d'amélioration trop faibles pour en justifier l'application. Il paraît contre-indiqué aussi chez les enfants de sept à dix ans, dans les cas de luxations sus-cotyloïdiennes pures unilatérales, avec une claudication faible, l'intervention n'étant guère susceptible de donner, dans ces conditions, un résultat appréciable.

De l'intoxication saturnine causée par le plomb introduit à doses massives dans l'économie et séjournant soit dans les voies digestives, soit dans l'épaisseur des tissus, par M. le docteur Augustin MABIT. (Th. de Paris, 1902.)

Le plomb métallique qui reste un certain temps en contact avec les liquides de l'estomac ou de l'intestin est attaqué par ces liquides et donne lieu à des composés solubles. Ces sels, absorbés par les muqueuses gastrique ou intestinale, peuvent occasionner des accidents de saturnisme.

Le plomb introduit dans les tissus sous forme de grains de plomb, balles, etc., peut aussi parfois occasionner un empoisonnement saturnin.

L'intoxication saturnine due à ces deux mécanismes est très rare, mais il est difficile de la mettre en doute.

On a donc intérêt à extraire le plus tôt possible, quand on le peut, les balles de plomb qui pénètrent dans l'économie, afin de mettre le malade à l'abri de ces accidents.

Dans tous les cas, quand les premiers symptômes d'intoxication se montrent, il faut sans plus attendre extraire le plomb, car l'observation démontre que l'empoisonnement cesse rapidement quand le plomb est enlevé.

De la névralgie faciale tuberculeuse, par M. le docteur Jules VAISSADE. (Th. de Lyon, 1902.)

Un grand nombre d'auteurs, et parmi eux M. le professeur Poncet, ont établi que, au cours de la tuberculose comme au cours de toutes les maladies infectieuses, il peut y avoir des irritations, des altérations périphériques des nerfs. Ces névralgies, ces névrites provoquées par le poison tuberculeux, peuvent porter sur le trijumeau; il y a alors une névralgie faciale tuberculeuse.

La névralgie faciale tuberculeuse est due à la diffusion dans l'organisme des toxines sécrétées par le bacille de Koch. Elle ne s'accompagne pas de lésions spécifiques de la tuberculose (granulations, tubercules, etc.), mais on constate souvent, à l'autopsie, une névrite parenchymateuse banale. Il y a une grande analogie entre la production de ces névralgies par le poison tuberculeux et la production des douleurs articulaires, avec ou sans arthrites, que M. Poncet et ses élèves ont décrites sous le nom de rhumatismes tuberculeux.

Cette névralgie du trijumeau ainsi comprise siège surtout sur le nerf sous-orbitaire; cependant on constate aussi une névralgie trifaciale.

La douleur est intermittente, avec paroxysmes; elle est très mobile d'allures, mal limitée, diffuse. Elle s'accompagne quelquefois de troubles trophiques.

Elle n'est pas très rare; l'auteur a pu en réunir 19 observations. Carrière l'a trouvée 11 fois sur 164 cas, et M. Vaissade 6 fois sur 180.

Il faut distinguer la névralgie du début de la tuberculose de la névralgie qui se produit dans le courant de la maladie, et qui est bien plus souvent une véritable névrite.

Le traitement est celui de toutes les douleurs névralgiques. Il doit viser en même temps l'état général du malade tuberculeux avéré ou, dans tous les cas, candidat à des localisations bacillaires plus graves.

Fractures du calcanéum par écrasement, par M. le docteur Abel GAUTHIER. (Th. de Paris, 1901.)

Les fractures du calcanéum par écrasement sont plus fréquentes que celles par arrachement.

Les lésions sont des plus variables. On peut observer tous les degrés depuis la simple fente verticale, jusqu'au broiement complet de l'os.

Elles se produisent en général par chute sur les pieds. Plus rarement elles sont dues à un traumatisme direct portant sur le talon.

Le diagnostic est en général facile, la radiographie sera dans certains cas d'un puissant secours.

Le pronostic de ces fractures est toujours grave car elles laissent derrière elles des douleurs et des ankyloses qui font de ces malades de véritables infirmes.

Le traitement de ces fractures est très difficile, on ne saurait avoir d'action directe sur les fragments, et les méthodes de réduction récemment proposées semblent bien illusoires.

On se contentera presque toujours de l'immobilisation et du massage. L'hydrothérapie et la mécanothérapie pourraient peut-être aider à la guérison.

PRATIQUE MÉDICALE

L'arsenal des médicaments soporifiques est pourvu d'armes imparfaites dont les deux vices radicaux sont l'accoutumance qu'ils déterminent dans l'organisme et l'irrégularité individuelle de leur action. Aussi les nouveaux hypnotiques sont-ils généralement les bienvenus. Parmi ceux-ci l'hédonal, un dérivé de l'uréthane, paraît capable de suppléer sans désavantage ceux que nous connaissons déjà. L'hédonal ne doit pas être comparé aux autres hypnotiques à égale dose, car il a sur eux le grand avantage d'une innocuité absolue. Il peut donc s'administrer à une dose relativement élevée sans qu'il y ait à en redouter les effets. Le sommeil qu'il détermine ressemble au sommeil naturel et, même après un usage prolongé, on ne constate pas généralement d'effet secondaire pénible, tel que céphalalgie, lassitude, etc. Tous les auteurs qui ont étudié l'hédonal sont d'accord à ce sujet. L'hédonal est surtout efficace dans les cas d'agrypnie simple, non compliquée. Comme la dose de 1 gramme est souvent inefficace, on peut prescrire d'emblée une dose de 3 grammes.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA GIRONDE

Tarif d'honoraires médicaux applicable en cas d'accidents du travail (lois du 9 avril 1898 et du 22 mars 1902).

Au moment de la mise en application de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, l'Association des médecins de la Gironde, d'accord avec les syndicats médicaux du département, a élaboré un tarif d'honoraires appli-

cable dans les cas d'accidents prévus par cette loi. Ce tarif a été adopté par le Conseil général de la Gironde comme tarif d'assistance médicale gratuite et a été accepté depuis par un très grand nombre de syndicats médicaux et est appliqué dans plus de quarante départements.

Nous le publions aujourd'hui d'après la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* sous une forme un peu différente, mais sans aucun changement aux chiffres établis en 1899. Nous avons dû tenir compte, en effet, des modifications apportées à l'article 11 par la loi du 22 mars 1902, modifications qui ne prévoient la production de certificat médical que pour les blessés qui n'ont pas repris le travail dans les quatre jours qui suivent l'accident, et tenir compte aussi de l'article 4, qui laisse au blessé le choix absolu de son médecin. Il arrivera donc que pour les petits accidents entraînant une incapacité de travail de moins de quatre jours, le blessé sera soigné sans qu'il y ait lieu à la délivrance de certificat médical, et que pour les autres accidents le blessé pourra être soigné par un médecin autre que celui qui aura délivré les certificats de constatation et de guérison. Nous avons donc, en regard de chaque accident, indiqué le taux d'honoraires applicable dans le cas où les soins médicaux ont été donnés seuls, et celui applicable dans le cas où ont été à la fois donnés les soins médicaux et fournis les certificats de constatation et de guérison.

Comme précédemment, les accidents sont divisés en trois catégories : accidents soignés sans intervention chirurgicale d'aucune sorte; accidents soignés avec intervention de petite chirurgie; accidents soignés avec intervention de grande chirurgie. Dans une quatrième catégorie se trouve indiqué le taux d'honoraires applicable en cas d'interventions supplémentaires, radiographies et photographies radiographiques, consultations entre confrères, spécialistes, etc.

TARIF

Constatation d'accidents avec certificat de déclaration à la Mairie et son duplicata pour la Compagnie et certificat de guérison sans soins médicaux........ Fr.	10
1° Honoraires dans le cas d'accidents avec soins médicaux, mais sans intervention chirurgicale d'aucune sorte :	
A. Constatation avec certificats et soins médicaux...	15
B. Soins médicaux sans constatation ni certificats...	5

PETITE CHIRURGIE

2° Honoraires dans le cas d'accidents avec soins médicaux et intervention de petite chirurgie :	
A. Constatation avec certificats et soins médicaux avec intervention de petite chirurgie......... Fr.	20
B. Soins médicaux avec intervention de petite chirurgie sans constatation ni certificats............	10

Sont considérées comme opérations de petite chirurgie, es interventions suivantes :

Incisions; — débridements; — ponctions au bistouri ou au thermocautère; — anesthésie locale; — rapprochement des plaies par suture simple; — arrachement des ongles détachés; — extraction de corps étrangers superficiels; — ablation d'esquilles libres; — section de parties molles condamnées; — hémostase (sauf les ligatures de certaines artères prévues au tarif de grande chirurgie); — massage; — électrisation; — saignée; — application de ventouses; pansements de brûlures; — traitement de l'asphyxie; — évacuation de foyers sanguins; — taxis; — réduction des luxations des doigts (sauf le pouce porté au tarif de grande chirurgie); — réduction de luxation des orteils; — injections sous-cutanées (morphine, caféine, sérums, etc.); — extraction de corps étrangers de l'œil; — cautérisations par les caustiques; — applications de pointes de feu; — cathétérisme des voies urinaires; — extraction de corps étrangers du nez ou de l'oreille; — avulsion des dents; — fracture des os du nez; — tamponnement des fosses nasales.

GRANDE CHIRURGIE

3° Honoraires en cas d'accidents avec soins médicaux et intervention de grande chirurgie.

Dans le cas d'intervention de grande chirurgie, le chiffre de 10 francs (soins médicaux seuls) ou de 20 francs (soins médicaux avec constatation et certificats) porté au tarif de petite chirurgie, est majoré d'un chiffre variable suivant l'importance de l'intervention de grande chirurgie.

Le tarif suivant est applicable à cette catégorie.

Luxations.

	Soins médicaux seuls sans constatation ni certificats.	Soins médicaux avec constatation et certificats.
Pouce de la main; mâchoire inférieure; poignet........... Fr.	20	30
Pied..........................	30	40
Coude, épaule..................	40	50
Genou.........................	50	60
Hanche........................	90	100

Fractures.

Os de la main; extrémité inférieure du radius; côtes; sternum .... Fr.	20	30
Os du pied; avant-bras..........	25	35
Maxillaire inférieur; clavicule, péroné	30	40
Crâne (ablation d'esquilles; fracture de la base)..............	30	40
Crâne (trépanation)............	60	70
Bras..........................	35	45
Coude; épaule.................	40	50
Jambe	50	60
Rotule; pied (intéressant l'articulation tibiotarsienne)..........	60	70
Fémur (diaphyse)..............	90	100
— (extrémité supérieure)....	110	120
Bassin........................	50	60
Colonne vertébrale............	110	120
Pour les fractures compliquées, quel que soit le siège de la fracture, il sera perçu en plus.....	20	20

Amputations et Désarticulations.

Doigts; orteils............. Fr.	25	35
Métacarpiens; métatarsiens......	30	40
Poignet; avant-bras............	50	60
Pied..........................	60	70
Coude; bras...................	70	80
Jambe.........................	90	100
Epaule; genou; cuisse..........	110	120
Hanche........................	160	170

Ligatures d'artères (1).

Cubitale; radiale; tibiale: péronière..................... Fr.	30	40
Humérale; poplitée; fémorale....	50	60
Sous-clavière; iliaque externe...	70	80

(1) La ligature des petites artères superficielles est comptée comme petite chirurgie.

Opérations diverses.

	Soins médicaux seuls sans constatation ni certificats.	Soins médicaux avec constatation et certificats.
Suture des tendons; suture des nerfs.................... Fr.	60	70
Urétrotomie externe............	110	120
Kélotomie......................	110	120
Trachéotomie...................	110	120
Laparotomie....................	210	220
Extraction de corps étrangers des tissus profonds...............	40	50
Phlegmon diffus (incisions multiples et drainages)...........	40	50
Plaies étendues du crâne ou de la face.........................	20	30
Brûlures étendues du 3e au 5e degré (traitement)..................	40	50

4° Certains accidents peuvent dans le cours du traitement nécessiter des interventions supplémentaires. Ces interventions sont comptées en plus, savoir :

Ponction de la vessie (la première)............... Fr.	20
— — (les suivantes).................	10
Thoracentèse (la première).........................	30
— (les suivantes)........................	10
Paracentèse (la première)..........................	20
— (les suivantes).........................	10
Anesthésie générale (pour les cas de petite chirurgie)..	10
— — (pour les cas de grande chirurgie).	20
Première visite d'urgence la nuit (en plus)...........	5
Certificat délivré isolément..........................	5

Consultations entre confrères.

Pour chaque médecin consultant :

Le jour.. Fr.	10
La nuit...	20

Assistance et coopération à une opération de grande chirurgie.

Le tarif pour chacun des aides sera :

Opérations tarifées jusqu'à 40 francs............. Fr.	10
Opérations tarifées au-dessus de 40 francs.	le quart du tarif

Radiographie.

Examen par la radiographie..................... Fr.	10

Photographie radiographique.

Main...... .... Fr.	20
Avant-bras; coude; bras; pied; genou....(1 pose)....	30
— — — — — ....(2 poses)...	50
Fémur; épaule..........................(1 pose)....	40
— — ....(2 poses)...	60
Thorax; tête...........................(1 pose)....	50
— ....(2 poses)...	70
Bassin d'enfant au-dessous de 15 ans.................	50
Bassin d'adulte et colonne vertébrale.................	70

TRAUMATISMES DE L'ŒIL ET DES ANNEXES

PETITE CHIRURGIE

Contusions; — plaies; — brûlures des paupières; — contusions du globe oculaire; — brûlures; — plaies de la conjonctive; — corps étrangers de la conjonctive, de la cornée, de la sclérotique; — accidents inflammatoires; — examen ophtalmoscopique.

Soins médicaux sans constatation ni certificats... Fr.	10
Soins médicaux avec constatations et certificats.......	20
En cas de complication grave ou d'accidents infectieux graves, il sera perçu en plus..................	20

GRANDE CHIRURGIE

	Soins médicaux seuls.	Soins médicaux avec certificats.
Suture de la cornée; suture de la sclérotique; excision de prolapsus irien; ponction de la chambre antérieure....... Fr.	20	30
Opération de grande chirurgie sur les voies lacrymales et les paupières; ulcères infectieux graves de la cornée, y compris le traitement consécutif............	40	50
Autoplastie; iridectomie; extraction de corps étrangers des milieux profonds de l'œil, y compris le traitement consécutif...	60	70
Cataracte traumatique; énucléation; éviscération, y compris le traitement consécutif.......	100	110

Lésions multiples.

En cas de lésions multiples ou d'interventions répétées, le tarif est appliqué entier pour la plus grave, réduit de moitié pour les autres.

Spécialistes.

Dans le cas où l'intervention d'un spécialiste est nécessaire, les honoraires sont à débattre.

Frais de déplacements.

Dans le cas où le blessé habite en dehors de la résidence du médecin, il est alloué 50 centimes par visite et par kilomètre à l'aller. La distance est comptée du domicile du médecin au domicile du blessé.

Les cas non prévus au tarif chirurgical sont taxés par assimilation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Assistance publique. — M. Mesureur, ancien ministre du Commerce, est nommé directeur de l'Administration centrale de l'Assistance publique, à Paris.

Facultés de médecine. — *Bordeaux.* — MM. les docteurs Cassaët et Denucé, agrégés libres, sont rappelés à l'exercice pendant l'année scolaire 1902-1903.

Montpellier. — M. le docteur Bertin-Sans est nommé professeur honoraire.

Écoles de médecine. — *Caen.* — M. le docteur Fayel-Deslongrais est nommé professeur honoraire.

M. le docteur Vigot est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux de physiologie.

Limoges. — M. Gusse, professeur de physique, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

Rennes. — M. le docteur Perrin de la Touche est nommé directeur de ladite École.

Tours. — M. le docteur Wolf est nommé directeur de ladite Ecole en remplacement de M. Barnsby, nommé directeur honoraire.

Marine. — Les jurys des concours qui auront lieu à Toulon le 22 septembre prochain, pour les quatre emplois de professeur de l'école d'application et de l'école annexe de Toulon, seront composés comme suit :

Concours pour la chaire de physique biologique. — MM. l'inspecteur général du service santé, président; Sauvaire, pharmacien en chef de première classe, membre; Rouhaud, pharmacien principal, membre.

Concours pour la chaire de chirurgie militaire et navale. — MM. l'inspecteur général du service de santé, président; Fontan,

médecin en chef de première classe, membre; Planté, médecin principal, membre.

Concours pour la chaire d'histologie et de physiologie. — MM. l'inspecteur général du service de santé, président; Fontan, médecin en chef de première classe, membre; Planté, médecin principal, membre.

Concours pour la chaire de séméiologie médicale. — MM. l'inspecteur général du service de santé, président; Ségard, médecin en chef de première classe, membre; Planté, médecin principal, membre.

Les noms des officiers du corps de santé de la marine désireux de prendre part à ces concours devront être télégraphiés au ministère cinq jours avant la date d'ouverture des épreuves.

En l'absence des candidats, un avis négatif devra être adressé.

Une Société internationale de chirurgie. — La Société belge de chirurgie, qui tiendra son Congrès annuel à Bruxelles du 8 au 11 septembre prochain, a invité les principaux chirurgiens étrangers à prendre part aux travaux de ce Congrès et à fonder, avec elle, une Société internationale de chirurgie.

Trois questions seront discutées :

1° « Le traitement de l'appendicite. » [Rapporteurs : MM. A. Broca (de Paris); Sonnenburg (de Berlin); Roux (de Lausanne); A. Gallet (de Bruxelles).]

2° « Le traitement des fractures des membres. » [Rapporteurs : MM. Th. Tuffier (de Paris); Rothschild (de Francfort sur-le-Mein); Hannecart (de Bruxelles).]

3° « L'asepsie opératoire, en tant que préparation des mains, de la région et du matériel de suture et de ligature. » [Rapporteur : M. Walravens (de Bruxelles).]

Les étudiants dans les Universités allemandes. — Le nombre des étudiants dans les Universités allemandes était le suivant pendant le semestre d'été de l'année 1901-1902 : Berlin 3676, Munich 4430, Leipzig 3608, Bonn 2408, Friebourg 1861, Breslau 1827, Halle 1727, Heidelberg 1640, Tubinge 1496, Gœttingue 1371, Marbourg 1362, Kiel 1203, Wurtzbourg 1198, Strasbourg 1132, Giessen 1016, Erlangen 1004, Koenigsberg 968, Münster 877, Grejswal 825, Yéna 766, Rostok 551. Le nombre total des étutiants dans les 21 universités allemandes s'élevait à 39946. (*Wien. med. Presse*, juillet 1902.)

L'état actuel de la chirurgie nerveuse, par le docteur A. Chipault (de Paris). Tome I, gr. in-8°. — Paris, Rueff.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17

LE MERCREDI 24 SEPTEMBRE 1902

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, no 3, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des articles de *pansement, gazes* et *cotons antiseptiques, mackintosh, protective,* etc., nécessaires au service des établissements de cette administration pendant un an, à partir du 1er octobre 1902.

Ces fournitures sont évaluées approximativement avant rabais :

1er lot. *Gaze iodoformée et au salol,* 54 000 fr.
2e lot. *Coton au salol et boriqué, mackintosh, protective boriquée,* 29 900 fr.
3e lot. *Coton hydrophile,* 35 000 kilogr.
4e lot. do 35 000 —

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au bureau des marchés et du matériel de ladite Administration, avenue Victoria, no 3, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 98. — MARDI 2 SEPTEMBRE 1902. 75e ANNÉE. MARDI 2 SEPTEMBRE 1902. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

ESSAI SUR LA CLASSIFICATION EN PSYCHIATRIE

Par MM. Rémond (de Metz),
Professeur à la Faculté de médecine de Toulouse,
et Lucien Lagriffe,
Ancien interne des hôpitaux de Toulouse.

On a dit par ironie que le premier souci de tout aliéniste était de trouver une nouvelle classification des maladies mentales. Ce souci est cependant très légitime, parce qu'il correspond à un besoin; la mise en série rationnelle des maladies mentales est un des points obscurs des sciences médicales, le nombre considérable de classifications qui s'y rapportent en fait foi; tout chercheur voit les défauts et les lacunes de la classification élaborée par ses prédécesseurs, il croit alors devoir à son tour présenter la sienne, qui correspond non point à ce que demandent les autres, mais à ce qu'il demande lui-même.

Voilà pourquoi nous voyons s'entasser tant de classifications; le fait n'est d'ailleurs pas spécial à la psychiatrie, et la pathologie interne a connu, elle aussi, toutes ces hésitations, balbutiement de la science qui s'instaure. En France, c'est seulement depuis Jaccoud que les auteurs ont cru pouvoir s'arrêter à une nomenclature simple, celle qui place les affections par organes, et encore, en 1837, Andral, dans les préliminaires de son cours de pathologie interne, était obligé de se livrer à toute une série de considérations sur l'ordre donné à son enseignement, tout en avouant que cet ordre n'était que provisoire et sujet à revision. Depuis, des progrès considérables, qui ont modifié notre manière d'envisager les divers états morbides, grâce à une pathologie générale servie par une anatomie pathologique plus précise, plus délicate en même temps que plus large, nous ont permis de concevoir de tout autre manière les raisons d'être de la maladie.

Ces progrès n'ont pu encore servir à la médecine dite de l'esprit, ou n'ont pu du moins la pénétrer qu'en partie, laissant persister l'obscurité en certains points; aussi les classifications en médecine mentale manquent-elles d'une base unique : dans certains cas, elles sont fondées sur les causes, dans d'autres sur les effets; elles sont, dans tous les cas, toujours mixtes et, comme elles manquent d'une commune mesure, elles sont fausses.

Faudrait-il en revenir à l'idée des empiristes alexandrins et des vitalistes modernes, qui disaient que la maladie échappe à toute loi, qu'elle est essentiellement anomalie, écart de la nature? Évidemment non; tous les progrès qui jalonnent l'histoire de la médecine contredisent ce paradoxe : nous savons aujourd'hui qu'une maladie n'existe vraiment dans le cadre scientifique qu'au moment où elle se révèle comme espèce morbide. Ce qui a pu faire croire à l'absence de loi, c'est que l'espèce morbide n'est qu'un schéma; or la maladie est une équation dont les facteurs sont et l'espèce morbide et le malade: l'espèce morbide, valeur invariable, fixe; le malade, valeur changeante pouvant imprimer une direction inhabituelle, non à l'espèce morbide, mais à la maladie. En somme, quelles que soient les variations du facteur malade, toutes les réactions morbides traduisent l'obéissance des organismes à des lois physiologiques, c'est-à-dire normales. On a critiqué avec juste raison la conception de Cl. Bernard, qui distinguait une physiologie générale et des physiologies spéciales, parce que la physiologie générale c'est toute la physiologie, parce que ce sont les êtres qui sont différents et non les lois qui les régissent. Eh bien! il en est de même en pathologie, il n'y a qu'une pathologie générale, ce sont les êtres, les organes qui sont différents et non les lois qui les régissent.

C'est aussi en raison de cela que nous estimons que toutes les obscurités du point particulier qui nous occupe viennent de ce qu'on a trop considéré la psychiatrie comme une partie extra-médicale, à laquelle il était impossible d'appliquer les principales lois de la pathologie générale. Lasègue l'avait bien craint lorsqu'il disait au Congrès de médecine de 1878 : « Il y a un proverbe qui veut que toute branche détachée du tronc soit destinée à périr. Cela est vrai pour la branche de la médecine mentale; elle a besoin de se rattacher au tronc de la médecine générale sous peine de ne pas vivre. » C'est peut-être pour avoir trop oublié ce sage enseignement qu'en ce moment la psychiatrie subit sa crise, que loin de progresser elle semble bien plutôt revenir en arrière, et qu'à tout prendre elle paraît en certains détails n'être guère plus avancée qu'au temps d'Esquirol. Comme à l'époque de ce dernier auteur, les classifications tendent à devenir symptomatiques; c'est dire l'augmentation du nombre des types. Conformément au deuxième axiome de la méthode cartésienne : *Diviser chacune des difficultés que l'on examine en autant*

de parcelles qu'il se peut et qu'il est requis pour les mieux comprendre, il semble qu'aux époques où les nuages qui enveloppent la psychiatrie deviennent plus nombreux, les classifications s'allongent en une infinité de types, comme les quatre maladies du commencement du XIX[e] siècle, dont un observateur de génie, Bretonneau, a opéré la synthèse dans la dothiénentérie.

Il semblerait qu'il en soit vraiment ainsi à l'examen de la classification française que nous devons à M. E. Toulouse, dont nous reparlerons tout à l'heure. Si nous faisons abstraction des monomanies, nous vivons actuellement sous le régime de la vieille classification d'Esquirol, modifiée ultérieurement par Marcé et ses successeurs, classification qui repose à la fois sur les symptômes, l'anatomie pathologique et l'étiologie. Le type le plus parfait est celle de M. Magnan.

La classification de Magnan est essentiellement dogmatique, à son insu peut-être, mais elle est dogmatique parce que cet auteur, comme par un oubli de l'avertissement de Lasègue, distingue dans un premier groupe ce qu'il appelle des états mixtes tenant de la psychiatrie et de la pathologie. Cela présuppose qu'il y a des états qui ne tiennent pas de la pathologie, affirmation qui ne peut être possible qu'*à posteriori*, car *à priori* la distinction est à tel point mauvaise que nous voyons M. Magnan évincer de ce groupe deux états dont la pathogénie peut être considérée comme très connue, la manie et la mélancolie, états essentiellement fonction d'un trouble circulatoire et qui relèvent grossièrement de la pathologie. M. Magnan est obligé, pour les mêmes raisons, de regarder comme états mixtes la paralysie générale et la démence sénile, comme psychose pure le délire chronique. Nous sommes alors autorisés à lui demander si la démence terminale du délire de Lasègue a une pathogénie autre que la démence des paralytiques généraux et des séniles. Tout cela pour dire qu'il est probable, sinon entièrement prouvé, que tous les états psychiques tiennent de la pathologie. C'est d'ailleurs certainement aussi l'avis de M. Magnan, qui n'a point voulu dire ce qu'en ce moment nous faisons semblant de lire; mais nous ergotons ici au nom de la méthodologie, qui demande une rigueur excessive dans le choix des termes, parce qu'elle est la science première sous la conduite de laquelle apprennent ceux qui ne savent pas. La classification n'est pas destinée au savant, mais à l'étudiant, et nous estimons que c'est induire ce dernier en erreur que risquer de lui faire croire de prime abord que nous sommes certains que toutes les psychoses ne sont pas des maladies organiques.

C'est pourquoi nous considérons l'ordre adopté par M. Cullerre comme un progrès, parce que cet auteur, sans se préoccuper de la question de nature, distingue les maladies mentales en celles qui ne sont l'expression d'aucune lésion fixe et celles qui sont dues à des lésions déterminées, bien qu'il paraisse irrationnel, ici aussi, de voir une maladie dite sans lésion fixe : le délire chronique, aboutir à un état à lésion déterminée : la démence. Nous trouvons mauvais aussi son troisième groupe : altérations liées à divers états morbides, où l'on note : l'épilepsie (?), la chorée (?) et les intoxications, parce que nous pensons que l'état morbide est aussi général dans la manie et la mélancolie, qui font partie du premier groupe; parce que l'épilepsie n'existe plus, remplacée qu'elle a été par les épilepsies; parce qu'enfin l'alcoolisme peut aussi bien déterminer l'alcoolisme proprement dit que la paralysie générale ou la démence.

Quant à la classification de M. E. Toulouse, elle part d'un point de vue étiologique pour aboutir à une énumération de symptômes; aussi sommes-nous autorisés à nous demander si vraiment elle a été conçue pour l'enseignement de la partie spéciale de la psychiatrie, ou bien si son auteur a voulu mettre en tableau la séméiologie de la médecine mentale. Le propre de la classification est d'être aussi simple que possible, parce qu'elle doit faciliter l'étude en soulageant la mémoire; elle doit, non compter les caractères, mais les peser, en mesurer la valeur, de façon à être proportionnée : « Le trop peu n'éclaire pas assez l'esprit, le trop le dissipe » (*Logique de Port-Royal*); c'est pourquoi nous pensons que la classification de M. E. Toulouse ne sera pas adoptée.

I

L'un de nous a montré, dans un travail récent (1), que, quel que soit le point des centres nerveux que l'on considère, les réactions cellulaires sont toujours les mêmes, que la distinction que l'on a cherché à établir entre les diverses cellules, distinction dont la plus générale consiste à séparer les éléments en sensitifs et moteurs, devrait être bien plutôt fondée sur une habitude que sur les détails d'une structure appropriée à un rôle spécial; il a montré que la cellule nerveuse doit être considérée, jusqu'à plus ample informé, comme une cellule indifférente et, avec Meynert et Hösel, il en est arrivé à cette conception que tout notre système nerveux est un système d'association. Des considérations de psychophysiologie lui ont aussi fait penser que la cellule nerveuse ne transforme rien, ne crée rien, qu'elle reçoit des ébranlements et qu'elle transmet ces ébranlements sans rien leur ajouter. Nous sommes donc en droit de dire, conformément à cette manière de voir, que si nous ne pensons pas qu'il faille chercher en dehors de l'organisme le pourquoi de la vie psychique, nous ne pensons pas non plus qu'il faille le chercher dans un groupe cellulaire; il n'y a pas, en un mot, un centre qui rayonne, mais des parties qui convergent, ce qui est bien différent.

Cela nous permet donc de dire que, au point de vue de la pathologie générale comme au point de vue de la physiologie générale, le cerveau n'offre aucune différence d'avec la moelle.

En pathologie nerveuse, on a créé le terme de *nerveux* pour désigner un groupe d'individus qui, au point de vue des réactions de leur système cérébro-spinal, sont dans un continuel état d'imminence morbide. Lasègue, autrefois, a appelé *cérébraux* ceux qui ont perdu leur virginité cérébrale. Nous voulons élargir l'expression, ne plus la limiter à un groupe comme Lasègue, l'étendre à tous ceux qui font des psychoses, non pas pour l'opposer au terme de nerveux, mais pour le lui adjoindre : il y a, en effet, des cérébro-nerveux, ou si l'on préfère des *cérébro-spinaux*.

Pour pousser plus loin encore la réalisation de notre désir de synthèse, pour élargir le cadre de la psychiatrie et la faire entrer le plus généreusement possible dans la pathologie, en nous souvenant qu'avec Nageotte et Ettlinger nous en sommes arrivés à la notion de l'insuffisance nerveuse dont nous avons pu préciser les limites, nous allons calquer une classification sur celle des maladies de la moelle qui, par sa simplicité, a rendu de tels services, qu'elle semble dès maintenant être définitive et parfaite.

(1) L. Lagriffe. *Pathologie générale de la cellule nerveuse*, Paris, Rueff, 1902.

Nous savons que la pathologie générale médullaire, se basant sur la systématisation anatomique, admet de prime abord des poliomyélites et des leucomyélites; conformément à cette division rationnelle, nous pensons qu'il faut diviser les maladies du cerveau en POLIO-ENCÉPHALITES et LEUCO-ENCÉPHALITES, maladies de la substance grise et maladies de la substance blanche, maladies du corps du neurone, maladies de ses prolongements, maladies qui débutent par le corps du neurone, maladies qui débutent par ses prolongements et qui s'y cantonnent le plus longtemps possible. Nous ajoutons cette restriction nécessaire, parce que la pathologie des autres organes nous a montré que la distinction entre les maladies parenchymateuses et les maladies interstitielles, par exemple, ne doit pas être une distinction absolue, et c'est pour cette même raison qu'à côté des polio-encéphalites et des leuco-encéphalites nous concevons un troisième groupe, qui peut être l'aboutissant des deux autres et qui, dans tous les cas, est toujours un aboutissant, les ENCÉPHALITES TOTALES.

Si notre classification ne repose encore que sur des analogies, elle a l'avantage de respecter des types morbides dont plus de cent années ont démontré la réelle autonomie. On pourra créer des formes et des espèces nouvelles, les faits observés par les Esquirol, les Lasègue n'en perdront pas un atome de leur valeur.

De même que nous admettons des insuffisances rénales ou hépatiques avec des altérations cellulaires parfois tellement minimes que nos moyens d'investigation ne peuvent arriver à les déceler; de même que nous admettons que, par suite d'adultérations anciennes ayant pu ne laisser aucune trace, un individu peut présenter des points faibles de façon qu'à l'occasion de la moindre cause il fera une néphrite par exemple, alors que son voisin fera une pneumopathie, un troisième individu rien du tout; de même en psychiatrie, pour être logiques, pour faire concorder notre pathologie mentale avec toute la pathologie, nous pouvons et nous devons admettre les états d'imminence morbide de la cellule nerveuse. Maladies sans lésions, disent les auteurs; sans lésions appréciables, ajouterons-nous, parce que tout organisme avant d'être malade souffre, que la souffrance est la période prodromique de la maladie, qu'elle annonce la maladie, mais qu'elle n'est pas la maladie elle-même. Par conséquent, pas de lésions ne veut pas dire pas de substratum anatomique; lésion, changement sont des concepts inséparables de l'idée de temps, et cela est justement, entièrement démontré pour la cellule nerveuse. Dans l'intoxication par le malonitril, par la toxine tétanique, nous voyons l'organisme présenter des réactions nerveuses anormales, alors que les groupes cellulaires sont encore microscopiquement sains, et réciproquement nous voyons aussi, ces réactions ayant cessé depuis un assez long temps, ces groupes cellulaires être encore microscopiquement malades.

Nous sommes donc en droit de dire que l'insuffisance de la cellule nerveuse peut exister sans que cet élément présente un changement de structure. Cela est surtout vrai pour les troubles élémentaires de nutrition résultant d'un apport sanguin insuffisant. La diminution des aptitudes dynamiques, au cours de l'inanition, ne traduit pendant longtemps aucune altération organique visible. Lugaro, Chiozzi, chez des chiens soumis à l'inanition, n'ont commencé à trouver des altérations de la cellule nerveuse qu'à partir du soixante-deuxième jour.

Voilà pourquoi, dans les psychoses, on ne trouve pas toujours non plus des altérations cellulaires. La principale caractéristique anatomique de la manie, de la mélancolie, des délires aigus, est le trouble circulatoire. Diverses considérations cliniques, basées sur l'étude des observations publiées et sur les protocoles d'autopsie, nous font penser que le délire aigu ne doit pas être entièrement compris à la façon de l'école française. Il paraît à peu près évident d'autre part que l'opinion de Krœpelin, qui regarde la forme délire aigu comme une synthèse de faits très dissemblables, est un peu exagérée. Que bien souvent le diagnostic se soit égaré, il n'empêche que cette maladie a dans les cas certains une allure bien nette et toujours semblable à elle-même. Mais au lieu de la considérer aussi nettement comme la forme extrême de l'excitation maniaque, nous jugerions plus rationnel, sur la foi des constatations nécropsiques, de la cataloguer : *réaction psychique des cérébraux aux méningites*. Dans le délire aigu en effet, la méningite est certaine; un simple afflux sanguin *sine materia* serait impuissant à rendre compte de la fièvre et de la diapédèse intense que l'on rencontre aux alentours des vaisseaux méningés. D'autre part, l'anamnèse démontre que les phénomènes méningitiques sont les premiers en date, les phénomènes psychiques ne survenant qu'ultérieurement. Cette manière d'envisager le délire aigu nous permet dans une telle discussion de négliger la cause prochaine de la méningite et de ne pas nous égarer dans le dédale de discussions diagnostiques qui jamais n'ont éclairé d'une manière bien nette les points qui séparent certaines méningites tuberculeuses du délire aigu (1). Elle nous permet aussi de nous demander si l'excitation maniaque n'est pas, elle aussi, précédée et accompagnée de quelque chose de plus accentué qu'un simple trouble circulatoire, nous voulons dire d'une inflammation méningée très atténuée pouvant s'aggraver d'ailleurs et justifier ou expliquer les cas dans lesquels un état maniaque verse brusquement dans le délire aigu.

Or dans le délire aigu nous rencontrons des altérations cellulaires caractérisées. On y trouve d'abord comme dans la manie une hyperémie très marquée allant jusqu'à la suffusion sanguine, avec des traînées blanchâtres le long des vaisseaux, indices de l'émigration des globules blancs. Cristiani, dès 1898, a noté les altérations cellulaires (chromatolyse, noyau tuméfié), de même Pierret, Alzheimer, Hoch, Ballet, Faure, Cappelleti, Crisafulli; les cellules les premières atteintes sont celles du cerveau, puis de la moelle et enfin du bulbe. Voilà le substratum des troubles mentaux toxiques.

Si l'on ne décrit ordinairement aucune altération cellulaire dans la manie comme dans la mélancolie, c'est d'abord parce que les examens histologiques de ces cas sont extrêmement rares, la terminaison fatale étant la grande exception, et parce qu'en deuxième lieu la cellule peut parfaitement souffrir — et les troubles psychiques démontrent qu'elle souffre — sans que cette souffrance se traduise objectivement par une altération quelconque. Mais l'existence d'un terme de comparaison qui nous est fourni par le délire aigu nous suffit pour comprendre la manie; il nous suffit aussi pour la mélancolie où la cause pathogénique est inverse, où

(1) On remarquera par exemple dans le travail de M. Briand (*Du délire aigu*, Th. de Paris, 1881) qu'un certain nombre d'individus, atteints de délire aigu, guérirent grâce à la médication créosotée. La seule fois qu'il nous a été donné de faire le diagnostic de délire aigu, l'autopsie nous montra qu'il s'agissait d'une méningite tuberculeuse.

la cause étiologique est très certainement la même, d'autant que la mélancolie lorsqu'elle ne guérit pas se termine soit par la faiblesse psychique, soit par la démence, cette dernière n'étant en somme que la faiblesse psychique portée à son maximum; nous connaissons les altérations cellulaires de la démence qui sont semblables à celles de la sénilité (MARINESCO. *C. r. de l'Acad. des sc.*, 23 avril 1900).

(*A suivre.*)

LA LINITE PLASTIQUE (MALADIE DE BRINTON)

D'après M. R. TOURLET (1).

Le terme de *linite plastique* a été créé par Brinton pour désigner une affection spéciale de l'estomac caractérisée anatomiquement par la teinte grisâtre et opaque de l'estomac, la dureté toute particulière de ses tuniques et l'hypertrophie de la sous-muqueuse et de la sous-séreuse. Cette affection, que Brinton a isolée du cadre pathologique, avait été entrevue avant lui par nombre d'auteurs : Andral admet une altération de l'estomac consistant en une hypertrophie pure et simple du tissu sous-muqueux, Cruveilher décrit l'*hypertrophie avec induration des tuniques gastriques*, Bricheteau consacre un chapitre de ses cliniques à une *affection squirrheuse de l'œsophage et du pylore*, Monneret, Salse, Béraud, Boyer publient des observations de linitis plastique. Mais bientôt cette dernière maladie est identifiée au squirrhe, du moins en France, car les auteurs anglais continuent à séparer l'hypertrophie fibreuse du cancer squirrheux de l'estomac : Handfield Jones admet une sclérose hypertrophique primitive des tissus sous-jacents à la muqueuse; Haberston décrit une *maladie fibroïde de l'estomac*, maladie pouvant se localiser au pylore, et prépare ainsi la voie aux travaux de Brinton. Cet auteur insiste sur l'intégrité constante de la muqueuse, sur les différences profondes qui existent entre le cancer et la linite et propose « de désigner l'inflammation du réseau filamenteux de tissu cellulaire qui engaine les vaisseaux par le terme de *linitis* tiré du grec *linon* : *rete ex lino factum* ». A peu près à la même époque paraissaient quelques observations allemandes : celles de Gluuge, Brandt, de Snellen, mais la plupart des pathologistes, et en particulier Niemeyer et Leube, rangent la linite dans la gastrite chronique. En France, Trousseau lui consacre une de ses cliniques, Guichard étudie les rétrécissements non cancéreux du pylore, Lebert donne à la linite localisée le nom d'*hypertrophie sténosante du pylore*. Henriot, Baltet, Marignac publient de nouveaux cas. La question reste stationnaire jusqu'en 1882, année au cours de laquelle paraît l'important travail de Hanot et Gombault sur la *gastrite chronique avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique et rétropéritonite calleuse*, maladie caractérisée par des lésions scléreuses, et nullement cancéreuses de l'estomac et des régions voisines : duodénum, arrière-cavité des épiploons, foie (Dubujadoux). Depuis cette époque, il faut surtout citer le travail de G. Meyer, qui distingue : *a.* la sclérose atrophiante des glandes; *b.* la sclérose sous-muqueuse; *c.* la sclérose combinée, à la fois parenchymateuse et interstitielle; — la thèse de M. Garret, inspirée par M. Bard, qui considère l'affection comme un cancer conjonctif sous-muqueux; — le mémoire de Tilger sur l'*hypertrophie sténosante du pylore*. M. Bouveret attribue la sclérose sous-muqueuse à une oblitération étendue des lymphatiques de l'estomac, Bret et Paviot reprennent les idées de Bard, Ascoli envisage la linite comme un véritable syndrome comprenant : 1° des cas de gastrite chronique; 2° des cas où la gastrite est secondaire à une péritonite chronique localisée; 3° des cas où la linite est secondaire à une gastrite purulente et constitue alors un véritable tissu de cicatrice; 4° des cas où la néoplasie fibreuse est vraiment primitive. En 1895, Petibon insiste à nouveau sur les rapports de la linitis et du cancer et attribue, dans quelques cas, le développement excessif du tissu conjonctif à l'irritation produite par le cancer. Il existe en effet des cas où les deux affections coïncident (cas de Olivier et Halipré, de Lyonnet, de Verhaeghe); il en existe d'autres où le cancer est infiltré à tout l'estomac et simule la linite : tel le cas de M. Cunéo. En 1898, M. Gérard Marchant et Dumoulin décrivent les tumeurs inflammatoires de l'estomac, M. Frénoy étudie les *faux* cancers de l'estomac. Enfin M. Brissaud consacre une clinique à la maladie de Brinton, qu'il rapproche de l'hypertrophie congénitale du pylore.

Les *lésions* de la linite peuvent être généralisées à tout l'estomac et même étendues aux régions voisines ou, au contraire, se localiser à telle ou telle région, de préférence l'orifice pylorique. Dans le premier cas, l'organe est petit, ratatiné, profondément caché sous le foie où il est fixé par des adhérences et la rétraction de ces ligaments. Dès l'ouverture de la cavité péritonéale, on est frappé par la coloration spéciale de l'estomac qui présente une teinte grisâtre, d'une opacité particulière. La densité de l'organe est accrue : il présente une consistance dure, comme cartilagineuse; mis sur une table, il ne s'affaisse pas, mais conserve sa forme, qui est celle d'un ovoïde irrégulier. Sa capacité, très variable, peut être réduite à 150 ou 200 centimètres cubes. A la section, on note la dureté des parois qui résistent et crient sous le scalpel; après section, elles restent séparées, maintenant béante la cavité stomacale. Leur épaisseur, très variable, est souvent six à huit fois plus grande qu'à l'état normal : dans plusieurs observations on retrouve les dimensions de 2 centimètres à 2 centim. 5 pour toutes les tuniques réunies. L'hypertrophie n'est jamais répartie d'une façon uniforme, mais elle augmente progressivement à mesure qu'on se rapproche du pylore. « Sur la surface de section, on apprécie assez bien les caractères du tissu pathologique : c'est un tissu fibreux blanc nacré ou grisâtre; suivant qu'il est plus ou moins dense, il rappelle le tissu tendineux ou le tissu cellulaire sous-cutané des œdèmes chroniques » (Bouveret).

La muqueuse est pâle et anémiée, tantôt lisse, tantôt rugueuse. Les plis normaux persistent; on a même cité des saillies dépendant de l'hypertrophie inégale de la couche sous-jacente. Sa consistance peut être augmentée, de même son adhérence : il est impossible de séparer la muqueuse des plans profonds auxquels elle est réunie par de véritables travées conjonctives. Mais elle n'est que faiblement épaissie, le plus souvent même elle est absolument normale à ce point de vue.

La sous-muqueuse est celle des tuniques de l'estomac qui présente le maximum d'hypertrophie : elle peut acquérir un volume de dix à vingt fois supérieur à son volume normal. A l'œil nu, on la reconnaît facilement à son aspect blanc et nacré. De sa face profonde partent de nombreux tractus qui pénètrent dans la musculaire et vont rejoindre le tissu sous-séreux : ces tractus forment ainsi de véritables mailles dans lesquelles sont logées les fibres musculaires, c'est à

(1) Th. de Paris, 1902

cette disposition en réseau que Brinton a donné le nom de *linitis*.

La musculaire est hypertrophiée, mais moins que la précédente et que la couche celluleuse sous-péritonéale, dont les lésions sont d'ailleurs des plus variables. Le péritoine est tantôt sain, tantôt très altéré et considérablement épaissi.

A côté de cette forme type se placent de nombreuses variétés. Parfois l'estomac est légèrement dilaté par suite de la dégénérescence de la tunique musculaire ou de la sténose pylorique; dans d'autres cas, il est au contraire très atrophié. Les lésions, au lieu d'être généralisées, peuvent se localiser en un point quelconque des parois, à la grosse tubérosité et surtout au pylore (Haberston, Tilger et Boas, etc.). La partie hypertrophiée se présente, du côté de l'estomac, sous forme d'un entonnoir largement ouvert; du côté de l'intestin, l'épaississement s'arrête brusquement; le calibre du canal pylorique peut être rétréci au point d'amener un obstacle même au passage des liquides.

Dans les formes généralisées, tous les organes voisins peuvent être envahis. L'épiploon gastro-hépatique, le grand épiploon, le ligament gastro-splénique sont les sièges d'une inflammation chronique très intense; ils sont épaissis, indurés, rétractés; ils englobent l'estomac dans une véritable masse fibreuse dont on ne le libère que difficilement à l'aide du scalpel. Le foie, le pancréas, la rate peuvent présenter un épaississement plus ou moins considérable de leur capsule, et, dans des cas plus avancés, des lésions de sclérose et d'atrophie. Enfin nombre d'auteurs signalent des lésions de l'intestin : épaississement des parois, diminution de calibre pouvant aller jusqu'à l'oblitération complète : ces lésions portent surtout sur le côlon transverse, mais elles peuvent frapper des régions plus éloignées, le cæcum par exemple.

L'examen microscopique confirme les données de l'examen macroscopique. La séreuse péritonéale peut être détruite dans une plus ou moins grande étendue, son épithélium est alors remplacé par quelques rares cellules irrégulières. Dans les couches sous-péritonéale et sous-muqueuse, le tissu cellulaire est remplacé par des nouveaux tissus, fibreux, denses et volumineux, dirigés dans tous les sens, d'aspect ondulé, formant parfois de véritables tourbillons. Ce tissu adulte ou en voie de prolifération présente parfois une grande abondance de petites cellules arrondies, diffuses ou disposées en amas irréguliers.

Les lésions de la muqueuse sont celles de la gastrite chronique : prolifération du tissu conjonctif interstitiel, allongement et étirement des glandes, atrophie de celles-ci dans les cas les plus graves. La couche profonde de la muqueuse présente parfois une structure fibreuse manifestement plus vieille que la couche superficielle. Les amas lymphoïdes de la muscularis mucosæ sont souvent hypertrophiés. Enfin, dans plusieurs observations, on a noté l'existence de traînées de cellules épithélioïdes dont l'interprétation est très discutée : cellules cancéreuses pour les uns, éléments lymphatiques pour les autres.

Quelle est la *nature* de cette singulière affection? Nous avons vu dans l'historique que tous les auteurs ont été frappés de la ressemblance extérieure qu'elle présente avec le cancer squirrheux de l'estomac, mais que la plupart d'entre eux en font une maladie distincte, autonome, caractérisée surtout par l'épaississement de la couche cellulaire. Handfield Jones admet une lésion primitive, essentielle des tissus sous-jacents à la muqueuse, Wilks attribue au processus scléreux une origine péritonéale, Haberston pense que la dégénérescence fibroïde de la sous-muqueuse est consécutive à l'inflammation chronique de la muqueuse, Hanot et Gombault ne se croient pas autorisés à employer un autre nom que celui de la gastrite chronique. Garret et Bard, Bret et Paviot proclament au contraire la matière cancéreuse de l'affection : pour les premiers, la linite, constituée par des éléments analogues à ceux que l'on observe dans les sarcomes fusiformes, n'est autre qu'un cancer conjonctif sous-muqueux; pour les seconds, la linite « n'est autre qu'un cancer épithélial et infiltré de l'estomac, dans lequel le stroma très prédominant a réduit les cellules cancéreuses à n'être plus que des fuseaux proto-plasmiques minces, moulés sur les éléments connectifs jeunes du stroma ». Ces conclusions sont critiquées par Bouveret qui, se fondant sur l'absence d'éléments épithéliaux vrais et l'intégrité des ganglions lymphatiques, se rattache à la théorie inflammatoire. La cause de la maladie de Brinton, « il faut la chercher dans une oblitération plus ou moins étendue des voies lymphatiques : c'est avec l'œdème chronique et induré du tissu cellulaire sous-cutané que la sclérose hypertrophique sous-muqueuse présente le plus d'analogie. » Pour M. Huchard, enfin, les lésions de l'estomac doivent être mises sur le compte de l'artério-sclérose et sont de nature artérielle, au même titre que les autres lésions athéromateuses.

Les *causes* de la linite sont encore peu connues. L'alcoolisme est fréquemment invoqué, peut-être à tort. On a encore incriminé le traumatisme et toutes les causes de gastrite chronique. En réalité, nous ne savons rien de l'étiologie de la maladie de Brinton et nous ne sommes guère fixés que sur sa plus grande fréquence entre trente à quarante ans; quant au sexe, son influence paraît nulle.

Il est assez difficile d'établir une *symptomatologie* de la linite, étant donné la diversité des observations et, parfois, le peu de renseignements cliniques qu'elles contiennent. L'évolution de la maladie est longue. A la première phase, il n'existe que des troubles digestifs vagues : difficultés de la digestion, pesanteurs après les repas, variations de l'appétit, qui est souvent conservé, vomissements pituiteux, douleurs peu accusées. Ces troubles peuvent durer très longtemps, un an ou plusieurs années, subir une évolution progressive et continue ou, au contraire, présenter des accalmies plus ou moins longues. Plus tard, les symptômes digestifs s'accentuent, on note même parfois quelques hématuries, d'ailleurs peu abondantes. Les douleurs sont spontanées et souvent exagérées par la pression. Trousseau insistait sur la fraîcheur remarquable du teint qu'avait gardée son malade; souvent aussi l'aspect général est des plus cachectiques et ressemble étrangement à l'aspect des cancéreux.

Le système ganglionnaire est le plus souvent intact. La région abdominale est un peu rétractée, et, à la palpation, on perçoit une résistance spéciale, une sorte d'empâtement diffus de toute la région épigastrique, ou une tumeur dure, oblongue, dirigée transversalement, plus ou moins bien limitée; d'autres fois, cette exploration reste obscure et ne donne aucun résultat. La mobilité de la tumeur est très variable, parfois nulle.

Plus tard, les lésions de l'estomac s'étant étendues de proche en proche et ayant gagné l'intestin et les épiploons, apparaissent des signes nouveaux au premier rang desquels il faut citer l'ascite, la constipation et quelquefois même l'obstruction intestinale. Les vomissements augmentent de fréquence, la cachexie devient extrême, les œdèmes des

jambes, puis l'anasarque généralisés s'installent, précédant de peu la mort.

La localisation de la tumeur à une région quelconque de l'estomac modifie naturellement cette symptomatologie; le plus souvent, ce qu'on observe alors, c'est la sténose pylorique bénigne prolongée avec ses vomissements tardifs et abondants, avec ses ondulations thoraciques et tous les signes, en un mot, qui caractérisent la dilatation de l'estomac. L'examen de la sécrétion gastrique n'a donné jusqu'ici que des résultats contradictoires.

Livrée à elle-même, la linite aurait une *évolution* progressive et fatale; encore observe-t-on dans sa durée de grandes variations, de vingt mois (Bouveret) à quinze ans. La mort peut être hâtée par une complication telle que l'occlusion intestinale.

Le *diagnostic* est rarement porté pendant la vie : il peut être soupçonné cependant en présence des éléments suivants : longue durée de la maladie, lenteur de la cachexie, constatation d'une tumeur oblongue, cylindrique, régulière dans la région épigastrique; l'absence d'hématémèses et de melæna; la conservation relative de la fraîcheur du teint, l'absence de ganglions devront aussi être prises en considération, mais l'affection est loin de se présenter toujours avec l'aspect classique et l'on peut avoir à diagnostiquer le linitis avec le cancer; mais là, il s'agit d'un malade plus âgé, l'évolution est plus rapide, le système ganglionnaire plus envahi, les noyaux secondaires plus fréquents, les hématémèses plus abondantes, la teinte jaune-paille plus caractéristique; avec la cirrhose, la péritonite chronique, la péritonite tuberculeuse, etc., etc.

Lorsque la maladie se localise au pylore, c'est le diagnostic étiologique des sténoses du pylore qui se pose alors et il faudra éliminer les autres causes de sténose : tumeurs (cancer, adénomes, myxomes), rétrécissements cicatriciels, syphilitiques, brides péritonéales, ulcère de l'estomac simple ou compliqué de cancer, etc., etc., avant d'affirmer la linite.

Le *traitement* chirurgical est seul capable de donner quelques résultats dans les cas de linite localisée à l'orifice pylorique et s'adressera, suivant le cas, à la pylorectomie ou à la gastro-entérostomie. Existe-t-il des adhérences entre le pylore et les organes voisins, ou bien l'estomac est-il envahi dans toute son étendue, la gastro-entérostomie sera seule applicable; le pylore est-il tout envahi, libre de toutes adhérences, on devra recourir à la pylorectomie, si l'état du malade le permet. L. B.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'emploi du chlorure de calcium dans le traitement de la métrite hémorragique.

Le chlorure de calcium est hémostatique à un double point de vue : il augmente la plasticité du sang et en active la coagulation, il exerce une action vaso-constrictive. On peut l'employer dans toutes sortes d'hémorragies, et M. Georges Gross (1) rappelle ses nombreux avantages : son absorption se fait bien et rapidement; l'élimination étant complète, l'accumulation dans le sang n'est pas à craindre. La voie digestive est supérieure à l'administration sous-cutanée qui peut produire des escares assez étendues.

Au point de vue prescription, M. Gross adopte les formules suivantes dues à M. Bertignon :

Potion.

Chlorure de calcium cristallisé.	4 à 6 grammes.
Sirop de menthe..................	30 —
Eau distillée......................	90 —

A prendre dans les vingt-quatre heures.

Lavement.

Chlorure de calcium	10 grammes.
Eau distillée stérilisée	200 —

Faire précéder d'un lavement chaud évacuateur.

Le chlorure de calcium a trouvé son indication dans les hémorragies de toutes sortes et dans toutes les maladies présentant le symptôme ou la complication hémorragie : hémophilie, hématémèses, hématuries, entérorragies, urticaires, purpuras, varices hémorragiques, scorbut, hémorragies nasales, maladie de Werlhoff, hémoptysies. Les hémorragies de l'estomac et du tube digestif supérieur, notamment, qui ne sont jamais justiciables du traitement par le sérum gélatiné, s'arrêtent très bien sous l'influence du chlorure de calcium.

Déjà employé en gynécologie par Bowreman-Jesset, P. Carnot, etc., le chlorure de calcium donne d'excellents résultats dans la métrite hémorragique : il arrête rapidement l'hémorragie, l'empêche de se reproduire et permet ainsi à la malade de recouvrer ses forces. Ce traitement très simple et sans aucun inconvénient pourra donc être avantageusement essayé avant de recourir aux interventions plus sérieuses d'ordre chirurgical.

(1) *Revue méd. de l'Est*, 15 mai 1902.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — Un concours pour la nomination de quatorze élèves internes et d'un certain nombre d'internes provisoires aura lieu le lundi 6 octobre, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le concours pour la nomination des élèves externes est fixé au 20 octobre. Le nombre des élèves à nommer sera fixé au moment du concours.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale des hospices : pour l'internat, avant le samedi 20 septembre, à quatre heures; pour l'externat, avant le samedi 4 octobre, à quatre heures.

Guerre. — Par décision ministérielle du 22 août 1902, M. Roux, médecin-major de deuxième classe au 2e d'infanterie, est désigné pour être employé aux troupes de l'armée de terre détachées au Tonkin et en Annam.

— Par décision ministérielle du 27 août 1902, les officiers du corps de santé des troupes coloniales dont les noms suivent ont été désignés pour servir :

En Cochinchine. — M. le médecin principal de deuxième classe Henry.

Au Soudan français. — 2e tirailleurs sénégalais : MM. les médecins-majors de première classe de Biran; de deuxième classe Damiens. — Escadron de saphis soudanais : M. le médecin aide-major de première classe stagiaire Peyrot.

A Madagascar. — M. le médecin-major de deuxième classe Castueil.

A Anjouan (hors cadre). — M. le médecin aide-major de première classe Doreau.

A la Martinique. — M. le médecin aide-major de première classe stagiaire Dufougeré.

En France. — Au 3e d'infanterie coloniale à Rochefort : M. le médecin aide-major de première classe Chagnolleau. — Au

4e d'infanterie coloniale à Toulon : M. le médecin aide-major de première classe Prouvost.

— M. le médecin-inspecteur de première classe des colonies Kermorgant est nommé médecin-inspecteur des troupes coloniales.

Congrès de Rome. — Les congressistes sont invités aux fêtes qui seront célébrées, à Salsomaggiore, près Parme, le 11 septembre prochain, en l'honneur de feu le professeur Porro. Les voyageurs qui vont à Rome, par la voie Gênes-Pise, s'arrêteront à Spezzia ; les voyageurs qui s'y rendent par la voie du Gothard-Milan-Parme, s'arrêteront à Borgosandonnino. Dans ces deux stations, les congressistes se présenteront au guichet de la gare, et recevront, à titre gratuit, un billet pour Salsomaggiore. A leur arrivée dans cette ville, ils trouveront un délégué du Comité d'organisation, porteur d'un insigne, qui les dirigera vers un hôtel où ils seront reçus, toujours à titre gratuit. Le départ aura lieu le 12 au matin, à sept heures.

MM. les professeurs Pinard et Pozzi sont délégués officiellement par le gouvernement de la République.

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-quatrième semaine, 818 décès,** au lieu de 833 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 919.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 17; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins (23) est inférieur à celui de la semaine précédente (31) et surtout à la moyenne (83).

La variole a causé 1 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente et un peu inférieur à la moyenne 2; le nombre des cas nouveaux est de 11 au lieu de 6 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 12.

La rougeole a causé 1 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 13; la scarlatine 2 chiffre lissement cérébral, 31 ; les maladies organiques du cœur, 39;

identique à la moyenne, au lieu de 1 pendant la semaine précédente; la coqueluche, 6 décès, au lieu de 9 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 7; la diphtérie, 10 décès, au lieu de 5 pendant la précédente semaine et de la moyenne 4; pour cette dernière affection le nombre des cas nouveaux est 69, au lieu de 88 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 40; les chiffres des quatre dernières semaines sont les plus faibles qu'on ait observés depuis le commencement de l'année.

La diarrhée infantile a causé 95 décès de 0 à 1 an, au lieu de 65; ce chiffre quoiqu'il soit inférieur à la moyenne (133), dépasse celui des semaines précédentes (65 et 67); on ne saurait trop veiller à la parfaite pureté du lait et à l'extrême propreté des vases qui le contiennent.

En outre, 23 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 78 décès, au lieu de 76 pendant la semaine précédente et au lieu de 94, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 13 décès (au lieu de la moyenne 6); bronchite chronique, 6 (au lieu de la moyenne 13); pneumonie, 14 (au lieu de la moyenne 22); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 45 (au lieu de la moyenne 53), dont 13 sont dus à la congestion pulmonaire et 25 à la broncho-pneumonie. En outre 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 181 décès ; la méningite tuberculeuse, 14; la méningite simple, 21; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès; l'apoplexie et le ramolle cancer a fait périr 49 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 8 décès; la cirrhose du foie, 15; la néphrite, 22; enfin, 28 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Nº 99. — JEUDI 4 SEPTEMBRE 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 4 SEPTEMBRE 1902. — Nº 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

LES FORMES RARES DE LA TÉTANIE INFANTILE

D'après M. SAINT-ANGE ROGER (1).

La tétanie infantile était jadis fréquente dans les hôpitaux parisiens, et Dance, Tonnellé, Guersant et Beaudelocque, Rilliet et Barthez lui ont consacré d'intéressants travaux; en 1852, Lucien Corvisart étudiait dans sa thèse la contracture des extrémités et employait pour la première fois le mot de tétanie que Trousseau vulgarise dans ses leçons cliniques.

A partir de 1865, la tétanie paraît diminuer de fréquence, si bien qu'à Paris « on peut parcourir pendant plusieurs mois tous les services, tant d'adultes que d'enfants, des hôpitaux parisiens, sans en trouver aucun cas, et on n'observe plus d'épidémie comme autrefois. Il est difficile de trouver la cause de cette rareté actuelle, mais c'est un fait indubitable » (Louis Guinon).

En Allemagne, en Autriche, en Italie, au contraire, la tétanie paraît fréquente. Les nombreux cas observés par Escherich et J. Loos, les cinq cas de Kalischer, les soixante observations de Cassel, les travaux de Ganghofner, de Kassovitz témoignent encore de cette fréquence. Cerverato remarque que cette maladie, qui a presque disparu à Paris, sévit par épidémies à Heidelberg, Breslau, Vienne, Leipzig, Padoue. Cependant Marfan signale la réapparition de la tétanie à Paris même, et il semble qu'elle affecte chez nous des aspects atypiques qui en rendent le diagnostic difficile et en restreignent d'autant le champ d'étude. C'est de ces formes rares que M. Saint-Ange Roger s'occupe surtout dans sa thèse.

Les formes *frustes* sont caractérisées par le cantonnement des contractures dans une région insolite. Il n'est pour ainsi dire pas une région du corps qui ne puisse être atteinte : les muscles de la face, du cou, du tronc, de l'abdomen peuvent être pris, de même les muscles lisses. Tantôt la tétanie frappe un seul groupe musculaire, tantôt elle se limite à un seul muscle.

(1) Th. de Paris, 1902.

Au visage, tous les muscles peuvent être contracturés : la physionomie devient alors immobile; si quelques muscles seuls sont intéressés, le facies devient grimaçant, tordu par un rictus singulier qui rappelle les rires sardoniques. Les muscles du visage le plus souvent pris sont les muscles massétérins : il en résulte du trismus; la bouche est fermée, les arcades dentaires étroitement serrées l'une contre l'autre; la langue peut être également contracturée, soit seule, soit en même temps que les masséters; la contracture de l'orbiculaire des lèvres donne à la physionomie une expression de bouderie toute particulière; leur projection en avant rappelle le bec de carpe suivant la comparaison d'Escherich. Les muscles de l'œil sont aussi très souvent intéressés (Marotte); la musculature extrinsèque semble plus fréquemment atteinte, on note alors du strabisme, le plus souvent intermittent, de la déviation conjuguée des yeux, du nystagmus, accompagné ou non de spasme des paupières.

Au cou, on a signalé la limitation de la contracture aux muscles de la nuque ou de la région sous-hyoïdienne. L'atteinte des muscles du larynx détermine le laryngospasme, qui est souvent la seule manifestation appréciable de la tétanie (Kassovitz, Escherich et Loos). La contracture des muscles du pharynx donne lieu à une dysphagie plus ou moins prononcée.

Du côté des membres, la tétanie peut être cantonnée à la partie supérieure d'un bras, au moignon de l'épaule, à la main seule, à plusieurs doigts de la main, à un seul doigt, la pouce en général.

A la hanche, elle a pu simuler une coxalgie quand la marche de l'affection est chronique (Béchard).

Massei a signalé la tétanie des muscles abdominaux : les muscles grands droits de l'abdomen, violemment contractés, font alors relief sous les téguments.

La colonne vertébrale peut, sous l'influence de la contracture des muscles des gouttières, devenir rigide et même donner au corps l'attitude de l'opisthotonos. Souvent cette raideur coexiste avec celle de la nuque et le petit malade se meut d'une seule pièce, comme si la tête reposait sur une tige rigide.

On a cité également la limitation de la tétanie à un seul muscle, au sterno-mastoïdien (Trousseau), au splénius, aux trapèzes (Escherich), au grand pectoral (Marotte), au biceps, au long supinateur.

Parmi les muscles lisses qui peuvent être atteints, on cite les muscles iriens, les muscles de l'œsophage, de la vessie d'où une rétention d'urine plus ou moins opiniâtre (Trous-

seau, Peche, Oddo, Escherich, Hegerbech-Burckardt).

C'est dans ces formes frustes de la tétanie, qui peuvent être confondues avec tant d'affections, qu'il est utile de recourir aux signes qui peuvent éclairer la nature de ces spasmes et conduire au diagnostic : ce sont le phénomène de Trousseau, le signe du facial, le signe d'Erb, le laryngospasme.

Le *phénomène de Trousseau* consiste dans la provocation artificielle de convulsions par la pression sur les gros troncs nerveux et les gros vaisseaux du bras : il fut découvert, par hasard, par son auteur. « Assistant, dit-il, à une saignée du bras que je faisais pratiquer à l'hôpital Neker chez une femme atteinte de contractures, je vis, aussitôt que la constriction fut opérée avec la bande, un accès se produire dans la main correspondante... Ce phénomène, intéressant en lui-même, n'est pas sans utilité pratique : il peut fournir un élément de diagnostic et jamais, dans aucune autre affection convulsive, nous ne produirons des effets de ce genre par des moyens analogues. » La contracture se développe au-dessous de la constriction, mais elle peut prendre presque aussitôt les parties symétriques du membre opposé; et alors elle se généralise plus ou moins complètement (L. Guinon). Elle a été attribuée à l'ischémie (Hoffmann) ou à la compression nerveuse (Burckardt et Loos), cette dernière opinion étant plus couramment admise aujourd'hui.

Le *signe du facial*, dit encore signe de Weiss ou de Chvosteck, consiste dans l'hyperexcitabilité du facial et de ses branches pour les excitations mécaniques. Pour l'obtenir, il suffit de percuter très légèrement avec la pulpe de l'index, ou mieux encore avec le marteau à percussion, sur le trajet des filets du facial au niveau de la tempe ou de la région zygomatique. On observe alors des spasmes rapides se succédant dans les muscles de la face correspondant aux rameaux nerveux excités. M. Oddo fait remarquer, avec raison, que ce signe, comme le phénomène de Trousseau, n'est qu'un cas particulier de l'hyperexcitabilité mécanique généralisée qui accompagne la tétanie, puisqu'on observe la même hyperexcitabilité sur le nerf cubital, le radial, le médian, le péronier, le circonflexe (Hayem). Si ce phénomène est particulièrement facile à rechercher au niveau du facial, c'est parce que les branches de ce nerf sont superficielles et reposent sur un plan résistant et aussi parce que le facial est un des nerfs dont l'excitabilité électrique est des plus développées.

On a noté aussi l'hyperexcitabilité mécanique des muscles et des nerfs sensitifs.

Le *signe de Erb* n'est autre que l'augmentation de l'électricité galvanique et faradique de tous les nerfs moteurs et de leurs muscles, à l'exception du facial. Plus sensibles pour les nerfs et pour les courants galvaniques, cette hyperexcitabilité se recherche surtout au niveau du cubital. Les réflexes tendineux sont tantôt exagérés, tantôt normaux.

Lorsque, chez un petit malade, on ne constate que du laryngospasme, doit-on, dans tous les cas, porter le diagnostic de tétanie? Oui, pour Kassovitz, Escherich et Loos, dont l'opinion est peut-être un peu exagérée.

Quelle est la valeur séméiologique de ces différents signes? Le signe de Trousseau manque souvent, mais, quand il existe, il est pathognomonique (Hamer). Le signe du facial est inconstant : on peut de plus l'observer dans toutes sortes d'affections différentes de la tétanie : hystérie, épilepsie, neurasthénie, somnambulisme, chorée, paralysies diphtériques ou typhiques. Cependant, Loos l'a trouvé dans tous ses malades. Oddo considère qu'il existe souvent même dans la tétanie latente. M. Jacksch dit que ce signe a persisté souvent alors que tous « les autres signes de la tétanie ont disparu, et permet ainsi de faire, avec l'aide des commémoratifs, le diagnostic rétrospectif de la maladie ».

Quant au signe de Erb, sa valeur, regardée comme douteuse par Romme, est considérée comme excellente par Hauser, Ludwig, Mams, Thiemich, Escherich. Pour tous ces auteurs, les modifications des réflexes tendineux n'ont aucune valeur. Le laryngospasme en a-t-il une plus grande? C'est là un symptôme capital pour Kassovitz, Escherich et Loos, Causel et Henhrer; cependant Hauser pense que la plupart des cas de laryngospasme n'ont aucune relation avec la tétanie, Oddo remarque que le laryngospasme peut manquer chez les petits tétaniques. Quoi qu'il en soit, la recherche de ces différents signes évitera de méconnaître des formes frustes systématiques de la tétanie, formes d'autant plus rares qu'elles passent souvent inaperçues.

A côté de ces formes frustes, il en est d'autres qui prêtent également à l'erreur : ce sont celles qui, par leur intensité et leur généralisation, simulent à s'y méprendre le tétanos. Déjà entrevu par Trousseau et Baginski, ce type a été isolé par Escherich sous le nom de *pseudo tétanos* : il a été retrouvé par Cataneo, Guinon, Kühn, Brunet, etc.

Ce groupe est essentiellement caractérisé par des contractions tétaniques persistantes, intéressant principalement les muscles du tronc et respectant relativement au contraire les muscles des extrémités. La durée totale des accidents varie de trois à six semaines; la terminaison la plus fréquente est la guérison, mais une crise de laryngospasme ou une broncho-pneumonie peuvent survenir et emporter l'enfant. Le pronostic, étant donné la rareté des complications, est le plus souvent favorable ; quant au diagnostic, il se fondera sur le début de l'affection, le plus souvent brusque, sur la marche de la contracture qui envahit progressivement les muscles du tronc, de la nuque, des mâchoires et respecte relativement les membres et surtout les bras, sur la violence des accès, l'aspect singulier de la physionomie, l'intégrité de la température et de l'intelligence; enfin l'évolution même des symptômes et la terminaison par la guérison viendront confirmer, un peu tard peut-être, un diagnostic hésitant. Les signes de Chvosteek, de Trousseau et de Erb ne seront pas ici d'un grand secours, car ils manquent ou sont difficiles à rechercher.

La tétanie à forme pseudo-tétanos peut être confondue non seulement avec le tétanos, mais encore avec la méningite tuberculeuse (Boix). Mais cette dernière affection s'observe surtout entre trois et cinq ans, son début est généralement insidieux, les contractures qu'elle présente revêtent un aspect un peu particulier, on note de la céphalalgie, des vomissements, de la constipation, de l'inégalité pupillaire; le pouls est lent et irrégulier, le rythme respiratoire est troublé, il y a de la fièvre, des troubles intellectuels, le cysto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien révèle une lymphocytose marquée.

La méningite cérébro-spinale peut aussi simuler la tétanie à forme pseudo-tétanos (L. Guinon, Ombrédanne, Babinski, Peyrot, Leroux et Viollet), mais elle possède un signe qui fait défaut dans la tétanie, le signe de Kernig; le cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien indique une réaction inflammatoire des méninges. Enfin, dans quelques cas exceptionnels, on aura à différencier la tétanie des contractures survenant au cours de certaines affections céré-

brales : congestions, hémorragies, tumeurs ; de la maladie de Little, de la sclérose cérébrale infantile et des contractures symptomatiques de certaines intoxications telles que le strychnisme.

Le plus souvent la véritable difficulté consiste à différencier la tétanie de l'hystérie et du tétanos. L'hystérie peut si bien simuler la tétanie que MM. Raymond et Zaldivar ont voulu faire de la tétanie une affection hystérique. Le diagnostic se basera alors sur l'étude des antécédents et l'examen attentif des symptômes : il peut être impossible dans certains cas : Schlesinger indique cependant un signe différentiel, l'augmentation de l'excitabilité galvanique, qui existe seulement dans la tétanie.

Pour distinguer la tétanie du tétanos, on s'enquerra des antécédents, — la tétanie survenant chez des sujets prédisposés ; — du début de la contracture, début qui se caractérise généralement dans le pseudo-tétanos par une sensation de raideur dans les membres inférieurs ; de son intensité, plus grande dans le tétanos ; de l'évolution et de la terminaison de la maladie. On n'oubliera pas non plus d'examiner soigneusement tout le corps du petit malade : on évitera ainsi de laisser inaperçue une plaie récente ou en voie de cicatrisation dont la constatation peut avoir une grande valeur.

Chez le *nouveau-né*, il existe aussi des tétanies à forme de pseudo-tétanos. Le groupe des tétanos des nouveau-nés renferme en effet des manifestations morbides très différentes : *a.* des cas de tétanos vrai, tétanos chirurgical, provoqués par la circoncision, par une ligature septique du cordon ombilical ; *b.* des pseudo-tétanos apparaissant chez les athrepsiques, et liés à l'état urémique : « presque toujours le tétanos du nouveau-né n'est qu'une variété de la forme convulsive ou éclamptique de l'encéphalopathie urémique » (Parrot) ; *c.* des pseudo-tétanos observés à la suite de certains accouchements difficiles et peut-être explicables par la compression de la moelle allongée provenant du chevauchement de l'occipital sur les pariétaux au moment de l'accouchement (Sims, Wilhite, Hartigan) ou par les tiraillements de la moelle (Soltmann) ; *d.* des états tétanoïdes d'origine infectieuse (Guide) ; *e.* des tétanies à forme de pseudo-tétanos (Guinon).

Il est vrai que Hénoch, Strümpell et Oddo nient l'existence de cas de tétanie chez de tout jeunes nourrissons, et la tétanie infantile, de même que celles des autres périodes de la vie, doivent être considérées comme la même manifestation clinique.

La tétanie du nouveau-né présente tous les symptômes du tétanos vrai, et même, contrairement à l'opinion de M. Oddo, elle peut se caractériser par le trismus le plus net, bien que, le plus souvent, ce trismus soit moins accusé que dans le tétanos. Mais elle ne progresse pas d'une façon continue ; on note des rémissions, puis les accès paroxystiques s'espacent ; enfin les contractions disparaissent progressivement. La durée moyenne est de dix à vingt jours environ.

Comment différencier cette forme du tétanos ? En se basant sur l'apparition plus tardive du trismus et de sa moindre intensité dans la tétanie, sur l'évolution discontinue de la maladie, sur ses terminaisons, en cherchant au niveau de l'ombilic le bacille de Nicolaïer.

Le tétanie des nouveau-nés peut être encore simulée par d'autres affections : l'éclampsie, le sclérème, les hémorragies méningées et rachidiennes.

L'éclampsie des nouveau-nés est généralement précédée par une période prodromique qui manque dans le pseudo-tétanos ; elle s'accompagne de convulsions caractéristiques, mais on peut aussi observer des convulsions dans la tétanie et parfois le diagnostic est des plus difficiles entre ces deux affections. Lorsque le sclérème est généralisé, que les membres restent dans l'extension, que le corps est raide, « on comprend qu'un certain nombre d'observateurs, depuis Ladmann, cité par Denis, jusqu'à nos jours, aient cru avoir affaire à l'affection que l'on a appelée mal de mâchoire, trismus des nouveau-nés » (Parrot). Mais le sclérème débute par les membres inférieurs, il s'étend lentement et progressivement, il s'observe surtout chez les enfants mal venus. Quant aux hémorragies méningées, elles peuvent donner lieu à des contractures, mais celles-ci surviennent ordinairement au moment de la production de l'hémorragie, l'enfant est plongé dans un coma qui facilitera le diagnostic.

Il y a quelque temps, Hochsinger a consacré un intéressant travail à la myotonie des nourrissons et à ses rapports avec la tétanie. Cette myotonie consiste en contractures permanentes, non douloureuses, non accompagnées d hyperexcitabilité muco-musculaire ; elle survient chez les nourrissons âgés de quelques mois, gravement malades, mais non rachitiques, et représente « la plus haute tension d'une hypertonie musculaire du nouveau-né, hypertonie qui existe aussi à l'état physiologique ».

Cette myotonie physiologique peut, sous l'influence de désordres variables (affections gastro-intestinales, syphilis congénitale, dermatoses, infections, etc.), s'exagérer et devenir pathologique. Dans cette dernière, Hochsinger distingue trois degrés : dans le premier, le poing se ferme quand on comprime le sillon bicipital interne ; dans le second, il y a des contractures symétriques et permanentes en flexion des mains et des pieds ; enfin la troisième se caractérise par la contracture des muscles du dos et de la face, et peut simuler complètement le tétanos.

En somme, pour Hochsinger l'hypertonie physiologique des nouveau-nés peut devenir pathologique et affecter alors, dans son expression la plus grave, l'aspect d'un pseudo-tétanos. Quels sont les rapports de cette forme avec la tétanie ? Pour Hochsinger, il existe des formes de transition entre les deux affections, mais celles-ci sont différentes au fond ; pour M. Saint-Ange Roger, au contraire, on ne peut trouver aucune différence fondamentale entre elles, et la myotonie tétanoïde n'est peut-être, dans un grand nombre de cas, qu'une tétanie à forme de pseudo-tétanos.

L. B.

ESSAI SUR LA CLASSIFICATION EN PSYCHIATRIE (1)

Par MM. Rémond (de Metz),
Professeur à la Faculté de médecine de Toulouse,
et Lucien Lagriffe,
Ancien interne des hôpitaux de Toulouse.

La manie et la mélancolie peuvent guérir et guérissent même le plus souvent ; le trouble cellulaire n'est donc pas irrémédiable. C'est donc qu'il est peu accusé, ce qui explique pourquoi nous ne le voyons pas. La profondeur et la généralisation des altérations cellulaires dans le délire aigu rendent compte ici de la rareté de la guérison. Voilà la raison pour laquelle nous disons que la manie, la mélancolie, les délires aigus traduisent une insuffisance cellulaire progressive ;

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1902, nº 98, p. 973.

elles sont comme les poussées d'albuminurie chez les individus qui ne sont pas encore des néphritiques, comme la glycosurie temporaire chez le malade qui n'est encore ni diabétique, ni hépatique. La menace d'insuffisance est une propriété héréditaire ou acquise, il faut être un cérébral pour faire du délire, comme pour faire de la folie.

1° Polio-encéphalites (maladies de la cellule cérébrale) :

A. Traduisant une *insuffisance cellulaire passagère*............	MÉLANCOLIE, MANIE, DÉLIRES AIGUS (cauchemars, subdélire, délire des pyrexies, délire aigu, délires des intoxications, y compris la psychose polynévritique et la confusion hallucinatoire).
B. Traduisant un état tel que la cellule est constamment en imminence d'insuffisance et présente de l'*insuffisance périodique*.............	FOLIES PÉRIODIQUES, FOLIES CIRCULAIRES, FOLIES DES NÉVROSES constitutionnelles (neurasthénie, hystérie, épilepsie), FOLIE DES DÉGÉNÉRÉS.
C. Ayant déterminé une *insuffisance définitive* (naturellem[t] cette insuffisance pourra n'intéresser qu'une partie du cerveau).	INCOMPLETS ou dégénérés (invertis sexuels, impulsifs, obsédés, etc.), IMBÉCILES, IDIOTS.
2° Leuco-encéphalites (maladies des prolongements de la cellule)..	DÉLIRE CHRONIQUE.
3° Encéphalites totales...	PARALYSIE GÉNÉRALE, DÉMENCE (précoce, sénile ou terminale).

C'est pourquoi nous pourrions encore simplifier en évitant le groupe B; mais nous le conservons néanmoins parce qu'il représente un état encore plus avancé, quoique non différent, car il peut succéder au groupe A. Les exemples sont fréquents de sujets n'ayant eu qu'un accès de manie ou de mélancolie sans qu'il soit possible de déceler les raisons d'une prédisposition héréditaire; mais chez ces malades la faiblesse cellulaire peut être acquise et l'accès qui décèle cette faiblesse montre qu'une prédisposition autrefois absente existe maintenant.

La forme de passage entre les deux groupes est justement constituée par le délire des maladies infectieuses qui est dans la grosse majorité des cas un délire à répétition, le malade qui y est sujet délirant ordinairement à l'occasiou de toute infection.

Dans le groupe C, l'insuffisance cellulaire est définitive, mais partielle, et la raison qui fait que les uns sont des idiots, les autres des imbéciles, les derniers enfin des lacunaires, des incomplets, est due certainement beaucoup moins à la période d'évolution où cette insuffisance définitive s'est déclarée, qui permet aux unes d'être congénitales, aux autres d'être acquises, qu'au nombre de cellules atteintes. Cela explique pourquoi les résultats obtenus dans le traitement médico-pédagogique par M. Bourneville sont si différents et non toujours complets.

Nous trouvons là toute une gamme : ce sont d'abord les incomplets, c'est-à-dire les lacunaires, ceux pour le compte desquels il serait bon de remettre à la mode le mot de monomaniaque et que l'école italienne avec Lombroso réunit dans le groupe des mattoïdes. Le trouble psychique, chez eux, n'est pas total, il est partiel et peut marcher de pair avec une grande élévation de la pensée, on pardonne alors des faiblesses qu'ils rachètent par le talent; ils sont la démonstration vivante des accointances du génie et de la folie; invertis sexuels, impulsifs, obsédés, ce sont les dégénérés dans toute l'acception du terme.

Enlevez-leur ce talent, augmentez le nombre des groupes cellulaires atteints, vous verrez apparaître successivement des naïfs, des faibles d'esprit, des imbéciles et des idiots.

II

Notre second groupe, les leuco-encéphalites, demande de moins brèves explications. Nous nommons ainsi les maladies des fibres nerveuses.

Il est d'abord de toute évidence que la paranoia (délire chronique, délire systématisé progressif), est une maladie progressive, en ce sens qu'elle s'installe plus lentement que la manie ou la mélancolie, et qu'elle a une allure, une fixité qui en font une véritable maladie systématisée.

Il y a dans le délire chronique deux ordres de phénomènes, les uns essentiellement fixes, plutôt objectifs, qui caractérisent la maladie, les autres essentiellement subjectifs, variables et personnels; ce sont les interprétations délirantes dont les modalités sont adéquates au caractère, à l'instruction de l'individu qui ne peut interpréter qu'avec ce qu'il a déjà dans ses cellules; aussi le délire empruntant sa couleur au milieu social et à l'éducation a-t-il pu ainsi être subdivisé autrefois en autant de maladies distinctes : possession, démonomanie, théomanie, etc. Quant aux phénomènes fixes, ce sont les hallucinations dont le caractère principal est d'être : 1° auditives; 2° progressives. Mais l'hallucination ne s'installe pas d'emblée, elle est précédée d'une période d'incubation caractérisée par des souffrances vagues. Nous n'avons pas le désir de décrire ici cette maladie, mais nous voulons revenir sur certains de ces points pour préciser notre pensée; d'ailleurs pour ne pas nous laisser entraîner à calquer en quelque sorte la symptomatologie sur les lésions que nous croyons pouvoir deviner, nous allons emprunter à la remarquable monographie de MM. Magnan et Sérieux (1), les principaux points de leur description. Dans la première période, période d'inquiétude ou mieux d'*incubation*, « le malade éprouve un malaise général, un mécontentement qu'il ne peut s'expliquer, il dort mal, il perd l'appétit. » Un tel mode de début n'est pas spécial au délire systématisé progressif, nous le rencontrons aussi dans la mélancolie et dans les états particuliers qui sont la réaction des nerveux aux grands chagrins, aux émotions morales profondes, cas dans lesquels un tel malaise ne peut reposer en l'air, et doit certainement traduire une disposition morbide de l'organisme; la maladie est d'autant plus organique, que sa particularité la plus remarquable est de se développer chez des individus dont on note « l'intégrité de l'état mental antérieur ». La maladie survient tard, entre trente-cinq et quarante-cinq ans, et « l'affection ne rétrocède jamais, elle poursuit sa marche fatale jusqu'à la mort du malade ».

Eh bien! dès l'abord nous pouvons dire qu'une affection

(1) MAGNAN et SÉRIEUX. *Le délire chronique.*

qui se présente toujours semblable à elle-même, dont l'évolution est fatale, qui ne rétrocède jamais, qu'une telle maladie ne peut être qu'une maladie organique, surtout lorsque cette maladie aboutit fatalement à la démence dont nous connaissons le substratum anatomique, expression de l'usure; le cerveau s'use comme le foie ou le rein, mais comme pour ces derniers son usure est précoce ou est tardive. Ici dès le début la maladie apparaît comme très générale. Tout le système sensitif est touché; les troubles cénesthésiques sont tels que des sensations devenues anormales soit dans leur quantité, soit dans leur qualité, émergent dans la conscience, sont aperçus, font que la conscience est agrandie et que toutes les images venant s'y projeter, s'y synthétiser, s'y réunir, le malade rapporte forcément tout à lui. C'est à ce moment qu'apparaissent les illusions. C'est ce qui a fait penser à certains auteurs, comme Lasègue, que l'hallucination était alors conséquence de la tension de l'esprit, tension qui retentit sur le centre cortical auditif. Mais chacun comprend ce que peut avoir de chancelant une telle explication : pourquoi en effet cette tension ne retentirait-elle pas sur un autre centre sensoriel, et non toujours sur le même? Pourquoi n'y aurait-il pas d'hallucinations dans tous les cas de dépression mélancolique? Pourquoi l'hallucination serait-elle toujours progressive? La tension n'existe pas dans l'esprit, elle existe dans le cerveau, et ce qui montre bien que le malade ne crée pas des hallucinations, par une tension d'esprit, c'est que « quand la maladie progresse le centre cortical s'émancipe », le sujet « pensant à autre chose est interpellé par ses ennemis ». Ce que Magnan et Sérieux mettent sur le compte d' « un long apprentissage », nous le mettons sur le compte de l'évolution progressive d'un processus morbide. S'il s'agissait vraiment d'un apprentissage on trouverait bien parfois de mauvais apprentis, ce qui n'est pas, et si l'on voit des hallucinés qui ne deviennent pas des délirants chroniques, en revanche il n'est pas de délirant chronique qui échappe aux hallucinations. Est-il vraiment nécessaire d'insister, lorsqu'il ne fait de doute pour personne que l'automatisme n'existe pas, que l'hallucination est due à une *excitation matérielle* se produisant en un point où il est anormal qu'elle se produise; au point de vue objectif, l'hallucination n'est pas sans objet, elle n'est vraiment hallucinatoire qu'au point de vue subjectif.

Par conséquent l'élément nécessaire du délire chronique, au sens de Magnan qui est le nôtre, est l'hallucination progressive de l'ouïe; c'est donc de ce côté que nous devons diriger nos investigations en nous demandant quel en est le mécanisme. De toutes les théories indiquées : théorie psychique avec Esquirol, Falret, Delasiauve; théorie périphérique avec Ball et Régis; théorie psycho-physiologique avec Baillarger et Ritti, une seule est encore debout, cette dernière. Elle seule demeure parce que son éclectisme lui permet de s'adapter à tous les cas. Sa largeur prouve justement qu'une explication unique demeure impossible et que l'histoire de l'hallucination doit passer par les mêmes phases qui ont marqué l'histoire de tous les signes morbides, qu'il y a en somme plusieurs sortes d'hallucinations de signification et d'origine diverses.

Nous avons à diverses reprises fortement insisté en qualifiant l'hallucination du délire chronique de progressive, en disant que cette hallucination était d'abord élémentaire et ne devenait verbale qu'ultérieurement. Ce sont les caractères qui la distinguent des hallucinations auditives que l'on rencontre au cours des autres maladies, hallucinations qui sont d'emblée verbales, ou qui restent d'une manière indéfinie à l'état d'hallucinations élémentaires.

Or à ces caractères cliniques doivent correspondre et correspondent en effet des caractères anatomiques différents. Nous savons que les hallucinations d'origine périphérique sont des hallucinations élémentaires, ce sont celles qui se produisent au cours des otites, à la suite des oblitérations du conduit auditif externe. Nous savons d'autre part que le délire chronique est toujours indépendant de lésions otiques. Au cours des méningites, de la manie, de la mélancolie, maladies dont les éléments psychiques sont surtout en connexion avec un trouble circulatoire, nous voyons l'hallucination être d'emblée verbale. Là c'est surtout la partie la plus superficielle, l'écorce qui souffre. Le trouble circulatoire agissant sur la méninge donne très facilement lieu à l'hallucination : la plupart des phénomènes auditifs liés aux apparitions mitraculeuses, sont dus aux troubles circulatoires déterminés par les jeûnes et les macérations rituelles et les grands mouvements d'exaltation religieuse qui n'ont pas été sans être suivis de révélation confessionnelle n'ont pu avoir un tel résultat que grâce aux durs exercices qui les accompagnèrent.

Nous avons observé un malade, étudiant en philosophie, habitué à s'analyser lui-même, qui avait présenté de la confusion hallucinatoire et qui était capable par un jeûne de deux jours au plus de se procurer des hallucinations auditives complètes.

Nous ne croyons pas nécessaire de rappeler ici la topographie de la voie auditive centrale. Parmi les syndromes bulbaires nous n'avons vu signaler de troubles de l'audition que dans un cas de thrombose de l'artère basilaire, encore ces troubles n'étaient-ils pas des hallucinations. Les altérations de la capsule interne ne donnent pas lieu non plus à des hallucinations.

Il faut donc chercher plus loin, dans le cerveau, et peut-être fallait-il déjà le supposer : sur le nombre des malades psychiques que nous avons pu observer (400), le délire chronique n'a figuré que très rarement; mais, d'après ce que nous avons pu remarquer, soit dans nos observations, soit dans celles des auteurs, nous notons que les hallucinations dites psychiques s'observent presque exclusivement chez les malades plus intelligents. Chez les moins bien doués en effet, le persécuteur est tout près, il parle réellement à haute voix; les autres se rendent nettement compte de la particularité du phénomène dont ils souffrent, certains disent nettement qu'ils ont ou qu'on leur donne des hallucinations, d'autres sont en communication avec les persécuteurs par des procédés bizarres, mais tous ceux-là, lorsque leur déchéance intellectuelle n'est pas encore trop accusée, savent que la majeure partie des faits morbides se passe dans leur cerveau : on leur parle intérieurement dans leur cerveau, on pense pour eux; un de nos malades disait qu'il entendait mentalement grâce à l'hypnotisme.

L'un de nous (1) a observé en 1899 un malade atteint d'un abcès du lobe temporal droit, abcès intéressant T^1, T^2 et T^3, et malade ayant présenté des hallucinations progressives de l'ouïe qui cessèrent un mois avant la terminaison fatale. L'abcès avait respecté l'écorce cérébrale, c'étaient donc les fibres qui auraient été lésées, interrompues.

Nous avons donc rencontré des hallucinations de l'ouïe

(1) L. Lagriffe. Abcès du lobe temporal droit, *Arch. de neurol.*, n° 64, 1901.

dans l'excitation de l'écorce et dans l'excitation des fibres du centre semi-ovale.

Dans le premier cas les hallucinations sont d'emblée verbales, dans le deuxième, les hallucinations sont progressives. Or l'un de nous dans un travail récent a dit : « Je crois pour ma part que les prolongements protoplasmiques doivent être considérés comme des organes de diffusion permettant à l'ébranlement moléculaire qui arrive à une cellule de se communiquer à plusieurs autres élements nerveux au lieu de rester cantonné dans un ou deux éléments (1). »

Aujourd'hui une telle opinion nous permet de mieux comprendre la différence du mécanisme de ces diverses hallucinations. Dans l'excitation purement corticale ce sont surtout les prolongements protoplasmiques qui sont excités; comme les prolongements protoplasmiques sont des organes de diffusion, d'association, l'excitation même limitée aura sa répercussion sur plusieurs neurones, et le résultat de cette excitation même si limitée sera bien plus parfait. D'ailleurs l'excitation corticale dans les cas d'hallucinations étant presque toujours, pour ne pas dire toujours, du ressort d'un trouble circulatoire, n'est point limitée à un point, mais généralisée; de même si cette excitation est d'emblée trop forte si elle est telle qu'il y ait sidération de la cellule comme dans la paralysie générale qui évolue si rapidement, on constate la rareté des hallucinations.

Au contraire dans le cas où l'hallucination est progressive nous sommes conduits à penser que l'excitation se produit au niveau des cylindraxes, dans le centre semi-ovale, que cette excitation est limitée, que d'ailleurs généralisée dès le début elle ne donnerait lieu qu'à une sorte de sensation chaotique dans laquelle le malade n'arriverait qu'ultérieurement à déceler un sens. Mais il n'est point besoin pour le cas particulier de concevoir cette confusion hallucinatoire; il nous suffit de penser à des excitations d'abord minimes, pas suffisamment fortes pour dépasser au début le corps du neurone et pour arriver assez puissantes encore au niveau des prolongements de diffusion. Ce n'est qu'ultérieurement soit par leur croissance soit par leur sommation que ces excitations arrivent à se diffuser et que l'hallucination verbale prend naissance.

Nous envisageons par conséquent la possibilité d'une altération anatomique du centre semi-ovale dans la paranoia, altération progressive, sans rémission. La suite de la maladie justifie nos hypothèses ou du moins cadre parfaitement avec elles : la phase mégalomaniaque, qui très vraisemblablement doit être considérée comme le début de la démence, avec les altérations scléreuses généralisées qui ne sont que l'extension et la généralisation d'un processus morbide ayant débuté il y a longtemps en un point limité. La maladie ne peut durer d'ailleurs aussi longtemps que parce que l'excitation n'atteint pas directement la cellule, la cellule ne résisterait pas des années; nous en savons des exemples : la mélancolie par exemple ne guérit pas lorsqu'elle dure trop longtemps et verse alors rapidement dans la démence.

Seul exemple d'une maladie psychique se perpétuant pendant des années sans rétrocession, avec seulement possibilité de cristallisation, le délire des dégénérés ayant des rémissions très nettes, la paranoia a en somme les mêmes destinées que les leucomyélites et nous ne saurions mieux faire que de la comparer au tabès. L'ataxie locomotrice n'a pas pour nous comme équivalent cérébral la paralysie générale, mais le délire chronique, les deux maladies nous apparaissent comme étant surtout des maladies de la substance blanche, leur caractère commun étant une longue évolution et, pouvons-nous le dire, la guérison impossible, parce que le tabès lui aussi se cristallise, mais ne rétrocède jamais; ceux qui guérissent sont des pseudo-tabes et le pseudo-tabes est au tabes véritable ce que le délire du dégénéré est au délire chronique.

Maintenant si les raisons énumérées plus haut nous ont conduits à regarder le délire chronique comme une maladie de la substance blanche, elles ne nous font pas regarder le processus comme restant exclusivement cantonné là puisque nous savons que la démence constitue le terme fatal de la maladie; mais justement parce que la maladie est progressive nous disons que le délire chronique est une maladie qui débutant par la fibre nerveuse n'atteint qu'ultérieurement la cellule. Cela nous permet de distinguer la paranoia d'une autre maladie dans laquelle l'aboutissant démentiel est aussi inévitable, nous voulons parler de la paralysie générale.

III

Nous avons en effet placé la paralysie générale dans le groupe des encéphalites totales, avec la démence, parce que, dans ces deux affections, la marche est si rapide que déjà au moment où la maladie commence à peine à s'imposer au médecin fibres et cellules sont prises. Il importe d'ailleurs de remarquer que nous ne plaçons à cet endroit la démence que par acquit de conscience, parce que la démence n'est pas une maladie, mais un aboutissant de la maladie; son importance l'exige en partie et justifierait dans une certaine mesure une description à part comme il est advenu pour l'asystolie dans les maladies du cœur. D'ailleurs nous pouvons, si on le désire, fractionner ce chapitre, n'y inscrire que deux formes dans lesquelles la démence constitue en quelque sorte toute la maladie et ne noter là que la démence précoce et la démence sénile.

Comme nous le disions à la fin du paragraphe précédent, au contraire de ce que nous croyons être dans la paranoia, dans la paralysie générale, la maladie est d'abord une maladie de la cellule, du corps du neurone, et ici nous ne sommes plus dans le domaine de l'hypothèse, et notre assertion repose sur des faits précis comme ceux d'Anglade, d'Azoulay et de Klippel. D'ailleurs, le nom scientifique même de la paralysie générale est déjà un signe que la péri-méningo-encéphalite chronique diffuse, est considérée, depuis l'époque où elle fut nettement cataloguée, comme une maladie atteignant tout le cerveau; il n'est pas besoin pour nous d'insister sur ce point.

Quant à la démence sénile, elle est passible des mêmes observations, sauf en ce sens qu'elle débute aussi bien par les fibres que par les cellules, que le processus y est lent, plus lent parce qu'il est sous la dépendance de l'artério-sclérose.

IV

Comme nous le disions au début, notre classification, si elle a le tort de reposer sur un certain nombre d'hypothèses, a néanmoins le mérite d'avoir été dominée par la préoccupation constante de respecter les types cliniques acquis et de reposer sur une base simple. Mais en résumé, sauf en ce qui a trait à la paranoia, nous n'avons peut-être pas le droit de nous accuser nous-mêmes d'avoir fait trop d'hypothèses;

(1) L. Lagriffe. *Pathologie générale de la cellule nerveuse*, p. 33.

ce que nous disons sur le délire chronique demande une plus ample justification, nous allons maintenant faire tous nos efforts pour la fournir; nous n'ignorons pas que l'induction est une méthode un peu trop métaphysique, mais nous n'avons pour le moment rien de mieux à offrir, et nous pensons avoir fait œuvre utile en simplifiant la classification des maladies mentales, croyant l'avoir rendue plus forte parce que plus vulgaire : avec elle, momentanément peut-être, nous jugeons que les débutants se rebuteront moins et qu'ils ne seront plus tentés de croire que la psychiatrie est l'arche sacro-sainte dans laquelle ne peuvent avoir accès que les initiés.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par le repos absolu de l'estomac.

M. le docteur Gros (de Marseille) rappelle, dans la *Province médicale*, que diverses observations ont montré les bons effets qu'on pouvait obtenir dans certains cas d'intolérance stomacale par la suppression absolue de l'alimentation buccale remplacée par l'alimentation rectale, méthode préconisée par M. le docteur Tournier (de Lyon); à ces faits qu'il a signalés dans sa thèse, il en ajoute un nouveau relatif à une femme qui, arrivée au troisième mois de la grossesse, souffrait de vomissements incessants, que rien ne pouvait calmer. Après une journée où elle avait vomi plus de vingt fois, l'alimentation fut supprimée à moitié puis remplacée par cinq lavements alimentaires ainsi composés :

Bouillon................	150 grammes
Jaune d'œuf	n° 4
Chlorure de sodium......	1 gramme
Laudanum................	IV gouttes

Les vomissements continuant le lendemain, l'alimentation fut entièrement suspendue. Les vomissements disparurent alors complètement, et le quatrième jour, les lavements furent supprimés, tandis qu'on reprit l'alimentation progressive par de petites doses de lait. Les vomissements ne reparurent plus.

Il est à remarquer que, dans cette méthode, l'alimentation mixte ne donne pas de bons résultats. Il faut supprimer entièrement l'alimentation buccale. D'ailleurs, des malades ont été nourris exclusivement par le rectum durant six, sept jours et même quinze jours, sans perte notable du poids et des forces.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Asiles publics d'aliénés. — M. le docteur Ameline est nommé médecin-adjoint à la colonie familiale de Dun-sur-Auron.

M. le docteur Bonne, médecin-adjoint à l'asile d'Auxerre, est nommé à l'asile de Braqueville.

M. Houeix de la Brousse est nommé médecin-adjoint du quartier des aliénés de l'hospice de Nantes.

M. le docteur Mignot, chef de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé médecin-adjoint à l'asile d'aliénés d'Auxerre.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Édouard Leconte, médecin de la marine en retraite.

Du météorisme dans les affections chroniques de l'intestin : De la distension douloureuse du ligament calcanéo-cuboïdien inférieur, par le docteur W.-Ch. Mezger, lauréat de la Faculté de médecine de Paris. In-8°. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 100. — SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1902. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Les fermentations gastriques (1).

Par M. le docteur A. COYON,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

II

Recherchons maintenant quelles sont les causes qui permettent l'apparition des fermentations, c'est-à-dire qui permettent aux microorganismes de développer leurs propriétés.

Précisons bien les données : pour qu'une fermentation se produise, il faut plusieurs conditions : d'abord qu'il y ait des microorganismes et des matériaux sur lesquels ceux-ci puissent agir. Or, la présence d'une matière de ce genre est due essentiellement à la rétention des aliments au sein de l'estomac, mais ce serait une erreur de croire qu'étant donné la coïncidence dans l'estomac de microorganismes et d'aliments retenus même plus longtemps qu'il ne convient, une fermentation doive nécessairement suivre. Il ne faut pas oublier, en effet, que les microorganismes présentent des affinités électives pour certains corps et dans certaines conditions déterminées, les uns, par exemple, n'agiront que sur les matières albuminoïdes en milieu alcalin, d'autres n'agiront que sur les hydrates de carbone et cette fois en milieu acide. Il demeure entendu d'ailleurs que ces propositions ne présentent en quelque sorte qu'une valeur schématique, et que les microorganismes dans leur apparition, dans leur évolution, dans leur action, d'un mot dans leur personnalité si nous osions dire, sont soumis à des influences infiniment variées.

Nous avons donc à nous demander d'une part quelles sont les causes de la rétention, de la stagnation des aliments dans l'estomac, d'autre part quelles sont les causes qui font varier la nature et l'intensité des fermentations microbiennes, et, pour être complet, à dire un mot des classifications qu'on retrouve dans les travaux de pathologie gastrique des cliniciens qui, les premiers, les ont entrevues.

On peut distinguer deux groupes essentiels de cause de stagnation de rétention. Dans le premier la rétention est sous la dépendance d'une lésion organique; citons parmi les plus fréquemment rencontrées les sténoses du pylore; dont les causes étant très connues il nous paraît inutile d'y insister ici. Dans le second groupe beaucoup plus discuté la rétention ou plutôt la stagnation des aliments paraît se rattacher, soit à un spasme pylorique, soit à une insuffisance motrice, soit à une atonie des parois de l'estomac; l'insuffisance motrice, synonyme d'insuffisance des mouvements péristaltiques, ne devant pas être confondue avec l'atonie.

Le spasme pylorique ou sténose spasmodique du pylore est due à deux causes totalement différentes; dans l'une ce spasme sera sous la dépendance d'une érosion, d'une éraillure de la muqueuse pylorique, dans l'autre il n'y a pas de lésion il s'agit simplement d'une contracture d'ordre nerveux, l'excitation nerveuse ayant son point de départ dans l'hyperacidité du suc gastrique.

L'atonie des parois stomacales, due à un défaut d'élasticité et de tonus des parois stomacales, est le résultat soit de maladies générales dans lesquelles la motricité de l'estomac est atteinte : dyspepsies hyposthéniques consécutives à la fièvre typhoïde, etc., soit de lésions d'ordre congénital, véritable myasthénie gastrique congénitale.

L'atonie et l'insuffisance motrice, souvent confondues en France, seraient aussi le résultat d'une action du système nerveux : dyspepsie nervo-motrice de G. Sée et de Mathieu qui survient à la suite de régime alimentaire défectueux, de surmenage physique ou intellectuel, de soucis, de chagrin, d'excès de toute nature.

Mais la stagnation ou la rétention des aliments ne sauraient guère engendrer seules la fermentation, la présence des microorganismes est absolument nécessaire; cette présence elle-même ne suffit pas, car comme tout être vivant le microorganisme est soumis à des lois qui font naître son action et qui la dirigent. La nature du milieu, la composition des corps qui séjournent, la variété même des associations que les microorganismes sont susceptibles de contracter et qui transforment en quelque sorte leur individualité, sont autant de facteurs qui interviennent dans le développement de la fermentation.

Le milieu dans lequel les microorganismes agissent est

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 97, p. 961.

l'estomac, or le suc gastrique peut être acide ou alcalin et selon qu'il présentera plus ou moins d'acidité, telles espèces et non telles autres pourront s'y développer et agir. Ainsi dans les dyspepsies hyperchlorhydriques ce qui prédomine parfois ce sont les levures.

Les aliments présentent des propriétés chimiques différentes qui permettent ou non aux diverses espèces microbiennes d'évoluer et d'agir. Le lait, qui semble la nourriture tout indiquée des affections gastriques, peut dans certains cas produire une aggravation des symptômes, c'est qu'alors des espèces déterminées de microorganismes sont intervenues. Certains aliments par leur constitution donnent lieu à la production de gaz, tels les farineux, les pâtisseries, que l'on désignait autrefois sous le nom de venteux. Les sels pris en trop grande abondance favorisent selon Bial le développement des levures. Il n'est pas jusqu'à la façon dont sont mastiqués et broyés les aliments qui, entravant l'action du suc gastrique, n'exerce une inflnence indirecte sur le développement des microorganismes.

Reste la question des associations microbiennes, question fort obscure, à peine connue. Le peu que nous en savons nous permet toutefois de rappeler qu'il convient de distinguer des microorganismes que l'on pourrait appeler endogènes, lesquels végètent pour ainsi dire à l'état permanent dans un estomac donné, et des microorganismes étrangers, pour ainsi dire exogènes, qui y sont apportés selon les circonstances et qui s'associent aux précédents. Nous pourrions citer l'influence du régime alimentaire, la flore de l'estomac chez un homme qui se soumet au régime végétarien ne sera pas la même que la flore microbienne de l'estomac d'un homme soumis au régime lacté. Nous pourrions d'autre part citer l'invasion dans l'estomac de germes venus d'une collection purulente, d'un abcès voisin : tel le cas de l'abcès latent de l'amygdale, de l'abcès rétro-pharyngien déversant ses microorganismes et leurs produits dans l'estomac.

Enfin il faut tenir compte d'un fait capital, à savoir si les fermentations sont survenues comme manifestation secondaire, surajoutée dans un estomac déjà troublé dans son fonctionnement, comme la majeure partie des fermentations qui viennent compliquer une dyspepsie antérieure ou si au contraire la fermentation est primitive. La fermentation peut en effet se développer chez des sujets n'ayant jamais présenté aucun trouble gastrique, chez lesquels les fonctions digestives évoluaient normalement jusque-là. Ces fermentations, nous dit M. Al. Robin, se montreraient chez les gros mangeurs, chez les gens de bourse ou d'affaires qui mangent hâtivement, chez les médecins dont les repas sont d'une irrégularité professionnelle. Mais ces causes permettent la mise en activité des micro-organismes par le mécanisme de la stagnation.

Rappelons que les fermentations gastriques déjà entrevues par les anciens avaient été par eux détachées du groupe des dyspepsies et décrites sous le nom de dyspepsie flatulente, or on sait aujourd'hui que la flatulence est une des manifestations des fermentations et qu'elle doit son nom à la production exagérée de gaz. Quelques auteurs avaient même distingué parmi les dyspepsies flatulentes cette forme spéciale de dyspepsie où les gaz s'accompagnent d'une odeur fétide et ils l'appelaient dyspepsie nidoreuse. Vers le milieu du XIX[e] siècle Chomel crée une classification des dyspepsies dans laquelle nous devons relever, à côté de la dyspepsie flatulente, la dyspepsie acide, terme vague sous lequel il englobe la dyspepsie hyperchlorhydrique et la dyspepsie avec acides de fermentations prononcés. Plus tard, Gubler décrivit la forme putride de la dyspepsie, qui n'est aussi qu'une des manières d'être de la fermentation gastrique.

Quelque obscure qu'apparaisse en théorie cette question des fermentations, quelque complexes que soient les phénomènes de la fermentation étudiée dans les causes et dans les influences qui la font varier, elle se traduit en clinique par un certain nombre de faits très précis et très simples dont la connaissance n'exige pas nécessairement du clinicien l'énorme dépense de temps et les expériences multiples que nécessitent toujours tes travaux de laboratoire.

Si les anciens n'avaient pas eu la notion des fermentations, ce qu'ils ont dit des symptômes est souvent très juste et en étudiant pour notre propre compte la symptomatologie des fermentations nous retrouverons les signes qu'ils ont donnés comme pathognomoniques de dyspepsies par eux classées.

En clinique les fermentations gastriques se présentent de deux façons distinctes. Dans un certain nombre de cas, où la fermentation est un fait constant, depuis longtemps connue, elle n'occasionne aucun trouble particulier du côté de l'estomac, elle est reléguée au second plan, n'étant qu'un épiphénomène. Tels les cas d'ectasie gastrique suite de néoplasme pylorique, suite de dilatation, où la rétention est des plus marquée. Dans un grand nombre d'autres cas, la fermentation, qui parfois ne semble cependant pas très prononcée, se manifeste par un ensemble de symptômes que nous allons décrire. Ces symptômes se rapportent également aux fermentations secondaires et aux fermentations primitives. Toutefois dans les fermentations secondaires il importe de noter un enchevêtrement des caractères communs aux troubles gastriques qui ont précédé et des caractères propres à la fermentation.

Les phénomènes qui se manifestent d'abord, n'ont pas pour cause immédiate la fermentation, mais ils sont plutôt sous la dépendance des troubles fonctionnels qui déterminent la fermentation, c'est-à-dire la rétention ou la stagnation.

C'est peu après le repas qu'apparaissent les premiers symptômes, le malade éprouve une pesanteur, une dépression physique et intellectuelle qui va jusqu'à la somnolence. Le moral est troublé et le sujet présente un état de découragement ou d'irritabilité qui s'accompagne de lourdeur douloureuse dans la tête, de battements même et de sensation d'étouffement. La face parfois se congestionne, la peau est rouge, brûlante, surtout chez les femmes qui font usage du corset. Enfin une sensation de plénitude, un gonflement marqué de la région épigastrique accompagné d'oppression, d'essoufflement, oblige le malade à desserrer ses vêtements. Bientôt éclate la crise de flatulence, surviennent des éructations qui suivant les circonstances seront plus ou moins abondantes, la quantité de gaz éructés atteignant parfois des proportions énormes; ces gaz tantôt sont insipides, tantôt au contraire fétides, et leur odeur varie d'après la direction de la fermentation. Lorsque les gaz ne sont pas éructés, il se produit du météorisme, et l'on voit survenir une distension gazeuse de l'estomac. Cette distension gastrique s'accompagne de dyspnée, d'étouffements, de palpitations et de phénomènes douloureux très marqués produits par les tiraillements exercés sur les filets du plexus nerveux ganglionnaire; ces symptômes ne cessent que par une véritable explosion de gaz. La crise de flatulence

plus ou moins accentuée suivant les sujets peut être remplacée par d'autres phénomènes, les aliments de saveur acide sont ramenés par des mouvements antipéristaltiques jusque dans la bouche, et le malade les rejette.

Arrivée à ce point la crise, ou bien s'atténue et cesse d'elle-même, ou ne se termine qu'après des vomissements ordinairement très acides, d'odeur aigre. Mais souvent la crise une fois terminée, après une accalmie de quelques heures et sans qu'il y ait de flatulence marquée, le malade est pris de phénomènes spasmodiques : bâillements, hoquet avec sensation de brûlures très vives à l'estomac; le patient est à ce moment particulièrement souffrant, un pyrosis très douloureux, plus douloureux que le pyrosis de l'hyperchlorhydrie, se manifeste. Cette sensation de brûlure due aux acides de fermentation irritant la muqueuse gastrique s'accompagne parfois de renvois acides, produisant une sensation vive de cuisson, le long de l'œsophage. Dès que l'estomac s'est évacué soit par la voie pylorique, soit à la suite de vomissement, tout phénomène douloureux cesse. Ces phénomènes douloureux, qui sont sous la dépendance du système nerveux, varient par suite avec chaque individu et on ne peut établir aucun rapport entre leur intensité et l'intensité des fermentations. Lorsque la crise a été très prononcée, il reste un état nauséeux accompagné de maux de tête, qui reprend un caractère aigu si les malades absorbent quelque nourriture, car alors les phénomènes de fermentation présentent un nouveau développement plus intense encore. Cet état s'atténue jusqu'à disparition si, la crise n'ayant été qu'accidentelle, le malade s'abstient pendant un temps suffisant de nourriture.

Voilà ce qu'éprouve le malade, voyons ce que constate le clinicien. La fermentation se révèle par une fétidité plus ou moins marquée de l'haleine, plus fréquente, plus intense dans les cas de constipation et généralement quand les fonctions intestinales sont irrégulières. Le matin le malade accuse un goût désagréable dans la bouche. La langue est saburrale, recouverte d'un enduit blanc jaunâtre plus épais au milieu que sur les bords.

L'examen de l'estomac présente un intérêt particulier; ce qu'il s'agit de savoir avant tout dans un cas donné, c'est si l'on se trouve en présence de phénomènes de fermentation et dans l'affirmative s'il est possible de reconnaître la cause de cette fermentation.

La fermentation étant conséquence de la stagnation et de la rétention des aliments, à quels signes reconnaître cette stagnation, cette rétention?

Il est clair que pour procéder scientifiquement à un examen de l'estomac il faut recourir aux procédés de laboratoire, c'est-à-dire à l'examen chimique du contenu de l'estomac dans les cas de fermentation. Toutefois il est des cas où la simple inspection du malade permet au clinicien de se prononcer : point n'est besoin de recourir à des procédés compliqués pour reconnaître une rétention prolongée chez un homme de cinquante à soixante ans, présentant une tumeur dans la région pylorique et vomissant des aliments ingérés quelquefois plusieurs jours auparavant. Mais même dans des cas où le diagnostic est moins sûr, la palpation, la percussion fournissent des présomptions qui ne sont pas à dédaigner.

La simple inspection de la région épigastrique peut révéler un bombement de l'épigastre et un soulèvement des fausses côtes rejetées en dehors.

Une percussion méthodique permet de délimiter l'estomac, et cette percussion pratiquée le matin à jeun ou plusieurs heures après le repas rend compte du degré de distension.

La palpation révèle le clapotage, qui doit être recherché soigneusement et n'acquiert de valeur pour la connaissance des fermentations que dans des conditions déterminées, car le moment où il est perçu a une importance capitale, soit qu'il se rencontre le matin à jeun ou plusieurs heures (quatre ou cinq) après le repas alors que l'estomac doit avoir évacué son contenu, mais il n'est pas toujours un indice de fermentation, car un estomac peut retarder son évacuation sans qu'il y ait fermentation. Dans les cas de distension manifeste on recherchera la succussion. La palpation pourra permettre encore de percevoir soit une région douloureuse, soit la présence d'une tumeur.

On recherchera la tension intermittente de l'épigastre, décrite par Bouveret (de Lyon) et regardée par cet auteur comme un signe très précoce de sténose du pylore organique ou spasmodique. Voici en quoi consiste ce symptôme. « Le malade étant couché en résolution complète, observez attentivement son épigastre; cette région est asymétrique; elle est plus saillante à gauche qu'à droite. C'est la partie tout à fait supérieure de l'épigastre qui présente cette asymétrie; la limite inférieure de la tuméfaction est toujours bien au-dessus de l'ombilic. Si, après avoir regardé l'épigastre, on palpe doucement, modérément avec la pulpe des doigts on éprouve une sensation de résistance, de tension qui contraste avec la dépressibilité des autres régions de l'abdomen; il semble que la main déprime un ballon de caoutchouc modérément gonflé. Cette tuméfaction est sonore et la sonorité varie suivant le degré de tension de la paroi épigastrique. Pendant qu'on l'observe elle s'affaisse plus ou moins brusquement et aussitôt se rétablit la symétrie des deux moitiés droite et gauche de l'épigastre. Puis apparaît un nouveau soulèvement peu de temps après suivi d'un nouvel affaissement. Ces alternatives se continuent quelquefois pendant dix à quinze minutes, toujours dès les premières heures qui suivent l'ingestion des aliments. Ce symptôme apparaît bien avant le phénomène de l'ondulation épigastrique qui est un signe de la sténose pylorique déjà à un stade plus marqué.

Cet examen de l'estomac si important doit être complété par l'examen du tractus intestinal, par l'examen de l'état général du malade qui doit toujours être fait avec le plus grand soin.

L'insuffisance de motricité, cause première de bien des fermentations, n'est pas exclusivement limitée à ce premier segment du tube digestif qu'est l'estomac. Elle peut s'étendre à tout le tractus gastro-intestinal et dans la majorité des cas séparer la fermentation gastrique de la fermentation intestinale est difficile. Outre que les produits qu'ils ont sécrétés ont été déversés dans l'intestin, les microorganismes de l'estomac trouvent dans ce milieu des conditions favorables de végétation, ils vont y pulluler, exalter leurs propriétés biochimiques et des fermentations intestinales anormales viendront s'ajouter aux fermentations gastriques. C'est alors qu'apparaîtront des désordres intestinaux gênants pour le malade, se traduisant par des borborygmes, du tympanisme, des émissions de gaz plus ou moins fétides, de la diarrhée ou le plus souvent de la constipation. Wasbutzki a bien montré le rôle des fermentations stomacales sur les putréfactions intestinales.

L'état général est très variable, le retentissement des

fermentations sur la santé des malades est subordonné aux fonctions intestinales; tant que l'intestin suffit à suppléer l'estomac, ce qui arrive fréquemment, l'état général reste bon, le malade présente les attributs de la santé, ce n'est que lorsque la stase gastrique s'accentue, surtout si la compensation intestinale est insuffisante, que l'on voit l'état général se prendre, par suite de l'insuffisance de l'assimilation.

Mais quelle que soit l'importance des résultats que l'on peut obtenir par les procédés cliniques on pourra et on devra même recourir dans certains cas à l'examen du chimisme gastrique.

L'exploration gastrique par la sonde apportera des renseignements de deux ordres. D'une part, l'exploration de l'estomac le matin à jeun montrera si l'estomac est vide ou si au contraire il contient un liquide résiduel. L'examen de ce liquide résiduel permettra de reconnaître si la stase, la rétention n'est pas accompagnée du petit ou du grand syndrome de Reichmann, c'est-à-dire si au résidu formé par les ingesta ne se joint pas un liquide de sécrétion gastrique ainsi que l'a montré M. Mathieu. D'autre part l'examen chimique, soit du liquide résiduel s'il est en assez grande abondance, soit d'un repas épreuve, montrera les altérations existantes et la présence ou l'absence des produits de fermentation. On pourra, en même temps que le repas d'épreuve, employer divers procédés indiqués par les auteurs pour confirmer ou voir s'il y a retard dans l'évacuation gastrique — tel le procédé de Ewald et Liewin, ou mieux celui de Mathieu et Hallot.

Dans les cas où l'on voudra procéder à un examen bactériologique, il faudra, après avoir fait soigneusement laver la bouche du malade à l'aide d'une solution antiseptique, se servir d'un tube stérilisé au préalable pour retirer le repas d'épreuve qui sera recueilli dans un récipient également stérilisé.

Si se plaçant dans le domaine de la chimie pure, pour apprécier l'analyse chimique du suc gastrique en ce qui concerne la recherche de l'acide chlorhydrique et des autres éléments, les chimistes ont pu avec quelque apparence de raison critiquer la valeur des procédés employés par les cliniciens, force nous est de reconnaître que jusqu'ici les critiques appliquées aux procédés de recherche des produits de fermentations sont encore plus justifiées. Nous ne possédons pas actuellement de méthode sûre et pratique pour la recherche des produits de fermentation, ceci nous est expliqué et par la complexité du milieu et par le peu de travaux orientés de ce côté.

Cependant il existe un certain nombre de réactions qui, en clinique et surtout étant employées comparativement, peuvent donner quelques indications, mais il faut le reconnaître, le nombre en est restreint, car, dès que l'on veut pousser l'examen, on se trouve en présence de procédés plus complexes et impossibles à employer par les cliniciens.

Le dosage des acides de fermentation est obtenu en retranchant de l'acidité totale et l'acide chlorhydrique libre et l'acide chlorhydrique combiné que l'on a dosés séparément.

L'acide lactique et l'acide butyrique seront reconnus à l'aide du réactif d'Uffelmann. L'acide lactique donne en présence du réactif d'Uffelmann une coloration jaune d'or.

Mais la méthode qui permet vraiment de déceler la présence de ces corps et de les différencier, c'est la méthode des distillations fractionnées, dont le premier résultat est l'élimination immédiate d'une foule de produits qui ne font qu'embarrasser l'expérimentateur : albuminoïdes, sucres, acide chlorhydrique. Nous ne voulons pas ici entrer dans la description de ce procédé et nous renvoyons les lecteurs que cette technique spéciale intéresserait, au traité de notre maître M. Al. Robin : *Les maladies de l'estomac*, 1er fascicule, 2e édition.

La recherche des ammoniaques peut se faire d'une façon très simple. On introduit dans un tube à essai 5 centimètres cubes de suc gastrique filtré auxquels on ajoute de la magnésie fraîchement calcinée pour saturer l'acide chlorhydrique. On chauffe lentement et on présente à l'ouverture du tube un papier de tournesol sensible et légèrement humide. La présence d'ammoniaque fera virer au bleu le papier de tournesol; l'odeur qui se dégagera permettra de reconnaître si l'on se trouve en présence d'ammoniaque ou d'ammoniaques composés. Mais ici encore pour le dosage et la différenciation de ces ammoniaques il faudra avoir recours à la distillation à l'aide de l'appareil de Schlessing, et employer la technique par nous décrite dans notre thèse.

La délimination des gaz eux-mêmes pourra être faite en se servant de l'appareil de Vauthey.

Strauss a conseillé la détermination du poids spécifique du suc gastrique pour savoir s'il y avait ou non fermentation. A l'état normal, après un repas d'épreuve, le poids spécifique varie de 1010 à 1020. Comme les fermentations font disparaître beaucoup de matières sucrées, la densité du liquide doit s'abaisser, et Strauss conclut qu'avec un poids de 1010 il y a fermentation.

Les urines, au cours des affections des voies digestives, présentent un certain nombre de modifications dont quelques-unes se rencontrent surtout au cours des fermentations gastriques ou gastro-intestinales. La présence de l'indican et des sulfo-conjugués est l'un des symptômes les plus caractéristiques des fermentations gastriques. Notons que c'est surtout dans le cours de fermentations survenant chez des ana ou chez des hypochlorhydriques que l'on rencontre les sulfo-conjugués. En outre, chaque fois qu'au cours des fermentations le foie est touché, on note dans les urines la présence d'urobiline, de pigment rouge brun de Richer, Winter. On peut, en outre, retrouver dans l'urine les produits des fermentations; c'est ainsi que Talma a signalé l'acide succinique, Vergely l'acétone et l'acide oxybutyrique.

A côté des perturbations qu'elles occasionnent dans la composition du suc gastrique, à côté des troubles locaux qu'elles déterminent, les fermentations peuvent être suivies de complications locales et retentir aussi sur les organes voisins et sur l'état général.

L'acidité due aux acides de fermentation peut à la longue déterminer des altérations plus ou moins profondes de la muqueuse. Pour Talma cette acidité, par l'intermédiaire des contractions qu'elle détermine sur l'estomac, peut être cause d'ulcérations et de perforations, et sur l'ulcus produit par la fermentation peut se greffer le cancer.

M. Robin a attiré l'attention sur les complications fébriles. Chez ces malades, sans cause appréciable surviennent, pendant un jour ou deux, de petites poussées fébriles, irrégulières, transitoires, se traduisant par un peu de malaise général, de sensations de chaleur. M. Robin rapproche de ces formes la fièvre de digestion décrite chez les enfants par M. Comby. Ce qui tend à prouver l'exactitude de ces

faits, c'est que cette fièvre ne cède à aucun des traitements spéciaux érigés pour la combattre ; seul le traitement de la dyspepsie, en enlevant les symptômes gastriques, la fait disparaître.

Le retentissement des fermentations gastriques sur le foie nous est expliqué par le rôle physiologique dévolu à cette glande. Les travaux de Deguéret, de Hanot et de Boix ont attiré l'attention sur le foie des dyspeptiques, et il semblerait que ce fût surtout au cours des dyspepsies de fermentation que se rencontre le foie dyspeptique. Rappelons que ce foie est caractérisé à une première période par de la congestion, à laquelle peut succéder la cirrhose.

Boix réussit d'ailleurs à prouver la valeur de ces assertions en reproduisant expérimentalement chez l'animal, à l'aide des acides lactique, butyrique, valérianique, acétique, de l'aldéhyde et de l'acétone, des lésions hépatiques et en particulier des cirrhoses atrophiques. Tout dernièrement, M. Grasset est venu apporter la confirmation clinique. Mais tel n'est pas l'avis de M. Robin, pour qui les complications hépatiques ne seraient pas sous la dépendance des fermentations.

L'action des fermentations sur la cellule hépatique pourrait se traduire encore par la présence d'une glycosurie, et il y aurait lieu de se demander si, suivant les idées de Rolla, de Bouchardat, de Cantani, certains diabètes n'ont pas une origine purement gastrique. Mais ici encore, dit M. Al. Robin, la glycosurie dyspeptique, rare au cours des fermentations, se rencontre au contraire plus fréquemment dans les dyspepsies hypersthéniques.

Le rein pourrait être touché par les produits de fermentation; les travaux de MM. Gaucher, Gouget, Claude ont montré les lésions rénales produites par les corps que nous retrouverons dans l'estomac à la suite des fermentations. Et cependant les altérations rénales semblent peu fréquentes.

C'est du côté de l'appareil cutané que les fermentations gastriques semblent retentir surtout. On connaissait depuis longtemps l'influence de l'alimentation et des troubles gastro-intestinaux sur la production et l'évolution de certaines dermatoses. MM. Al. Robin et Leredde ont repris cette étude et ont montré que, dans un grand nombre des dermatoses, eczéma, acné, prurigo, lichen, on retrouvait à l'origine des fermentations gastriques, lesquelles passaient parfois inaperçues, ne déterminant aucun symptôme. Le traitement seul de ces fermentations latentes comme des fermentations reconnues amène une amélioration rapide et une disparition des troubles cutanés, ce sont les acides gras et en particulier l'acide butyrique qui devraient être surtout incriminés.

Les affections du système nerveux semblent être aussi réveillées et exacerbées par les fermentations gastriques. M. Maurice de Fleury a attiré l'attention de ce côté.

On remarquera qu'en ce qui concerne les complications des fermentations et surtout la pathogénie de ces complications l'accord est loin d'être fait.

Si dans les cas de fermentations gastriques prononcées les fermentations sont faciles à reconnaître, révélées qu'elles sont par les signes d'une rétention marquée, d'une distension et d'une dilatation gastrique; il n'en est plus de même dans les formes où la rétention des aliments est peu marquée, et où les fermentations ne se traduisent pas par des symptômes proportionnés à leur intensité. Dans ce cas, l'examen doit être minutieux. On recherchera tout d'abord les signes de rétention, de stagnation gastrique, puis les signes qui permettent de penser qu'on se trouve en présence de fermentations, et de distinguer les symptômes des fermentations gastriques, des symptômes communs à toute dyspepsie, et des symptômes propres à la dyspepsie hypersthénique avec hyperchlorhydrie qui s'accompagne si souvent de fermentation.

Mais, nous le répétons, c'est surtout la rétention, la stagnation alimentaire qu'il faudra rechercher. La rétention peut être sous la dépendance d'une sténose pylorique, et le diagnostic de cette sténose qui est, en général, facile, peut présenter de grandes difficultés, la sténose pylorique comportant des formes frustes et anormales. C'est dans les cas douteux que l'on pourra recourir au tube de Faucher, voir s'il existe du liquide résiduel dans l'estomac le matin à jeun ou, retirer et examiner un repas d'épreuve et rechercher les produits de fermentation.

Dans les cas de dyspepsie flatulente, il importe de savoir si l'on a affaire à des gaz de fermentation ou, au contraire, si l'on ne se trouve pas en présence d'un malade ayant de l'aérophagie. Trop souvent en effet, on a traité, pour une dyspepsie flatulente ou pour de l'atonie gastrique avec fermentations, des cas d'aérophagie. Parfois la confusion est d'autant plus facile que le symptôme flatulent est surajouté à la déglutition de l'air; il s'agit alors d'aérophages dont l'estomac plus ou moins atone est le siège de fermentations actives se traduisant par des éructations fétides. Mais dans la dyspepsie flatulente, les gaz prennent naissance dans l'estomac, on n'a que des éructations simples, souvent fétides, et non pas ces mouvements de déglutition si caractéristiques de l'aérophagie, accompagnés de petits bruits pharyngés et que suit bientôt une bruyante expulsion d'air sans odeur. Dans ces derniers temps, MM. Lyonnet et Vincens, Bouveret, Mathieu et Follet, Soupault ont attiré l'attention sur ce symptôme.

Pour la dyspepsie flatulente nidoreuse, il faudra aussi se souvenir que, dans certains cas rapportés par Leven, les gaz émis venaient de l'intestin, par insuffisance d'occlusion pylorique.

La fermentation étant reconnue, il importe de savoir si elle est primitive ou secondaire, et dans ce cas d'en rechercher la cause.

Secondaire, la fermentation peut succéder soit à une sténose pylorique, soit à une dyspepsie hypersthénique. Si le sujet étant intelligent peut relater la chronologie de ses accidents et tels qu'ils se sont succédé, le diagnostic pourra être fait, mais dans des cas douteux, si l'on ne peut avoir recours au repas d'épreuve, le régime approprié — suppression des hydrates de carbone et du pain — qui produit en général une amélioration rapide mettra sur la voie du diagnostic.

Dans les fermentations primitives, nous dit M. Robin, les symptômes apparaissent dans l'ordre chronologique suivant. Pendant un certain temps on ne note que la présence d'acides organiques qui se traduisent par du pyrosis et des renvois acides; puis, à une deuxième période apparaît l'hyperchlorhydrie; enfin plus tard, les fermentations gazeuses. Dans les dyspepsies secondaires à l'hypersthénie avec hyperchlorhydrie, on note au contraire, pendant un temps plus ou moins long et bien avant que les fermentations ne se soient développées, les troubles de l'hypersthénie, puis arrivent les éructations gazeuses d'odeur rappelant celle de l'acide acétique ou butyrique; enfin, en

troisième lieu, les acides de fermentation qui se traduisent par du pyrosis.

La fermentation et sa cause étant reconnaissables, en est-il de même de la forme de cette fermentation et peut-on en tirer quelque indication clinique?

Voici ce que les faits nous ont appris :

La fermentation lactique est moins fréquente avec excès qu'avec diminution ou absence d'acide chlorhydrique;

La fermentation acétique est plus fréquente avec excès d'acide chlorhydrique;

La fermentation butyrique est plus fréquente avec absence d'acide chlorhydrique.

Au point de vue de l'importance relative des fermentations acides, la statistique nous a fourni les résultats suivants :

Fermentation lactique	50 p. 100
— butyrique	21 —
— acétique	29 —

Dans tous les cas, on trouve à côté de l'acide qui prédomine d'autres acides en petites quantités.

Si maintenant nous cherchons la fréquence des associations, nons trouvons pour 100 cas :

Acide lactique seul	58
— lactique et butyrique	28
— butyrique seul	8
— butyrique et acétique	2
— acétique seul	4

Quant au rapport qui existe entre tel ou tel acide et tel ou tel trouble du chimisme gastrique, dans ses fermentations secondaires aux dyspepsies, nous trouvons :

	Hypersthénie avec hyperchlorhydrie.	Hyposthénie avec hypochlorhydrie.
Acide lactique	40 p. 100	80 p. 100
— acétique	22,5 —	5 —
— butyrique	16 —	25 —

Voici pour les acides.

En ce qui concerne les autres produits, leur interprétation, leur signification et leur valeur n'ont pas encore été suffisamment étudiées jusqu'ici pour pouvoir fournir des renseignements précis.

Peut-on établir un rapport entre l'un des produits de la fermentation et telle ou telle espèce microbienne?

Quelle est la valeur de certaines associations microbiennes?

Force nous est encore ici d'avouer que nos connaissances bactériologiques sont peu étendues.

Si la nature du milieu fermentescible peut jouer un rôle important daus la production de tel ou tel corps, il n'en est pas moins vrai que telle ou telle espèce microbienne joue elle aussi un rôle bien précis en vertu même de son individualité.

Supposons que la production de l'indol soit le résultat de l'action d'une seule espèce microbienne sur les matières albuminoïdes : le jour où, dans le suc gastrique, on noterait la présence exclusive de l'indol, on serait en droit d'affirmer réciproquement la présence du microbe en question. D'autre part, l'idéal en pratique serait d'obtenir dans la symptomatologie cette même précision, il faudrait en un mot, et ce serait l'application pure et simple de la méthode expérimentale en matière clinique, obtenir des symptômes répondant à cette double condition d'être toujours donnés quand la fermentation elle-même est donnée, et de n'être donnés que dans ce cas.

Quant au rôle des associations microbiennes, nous ne possédons aucun document en ce qui concerne l'estomac. Les sarcines qui, en culture pure, n'ont qu'un pouvoir de fermentation très limité, peuvent-elles acquérir par leur association avec d'autres germes des propriétés plus actives?

A défaut d'une méthode qui permet d'établir un rapport nécessaire entre la présence de microbes déterminés ou d'associations microbiennes déterminées et l'apparition des fermentations gastriques, Ehret a indiqué le procédé suivant dont l'apparente rigueur mathématique ne semble pas à l'abri de toute objection.

Ehret, considérant que, par suite du grand nombre de microorganismes qui existent dans l'estomac, il est actuellement impossible de reconnaître le rôle dévolu à chaque espèce dans les fermentations, propose de recourir en clinique à la culture sur plaques; il admet qu'on peut conclure à l'existence de fermentations pathologiques, quand on obtient d'une manière constante par l'ensemencement d'une petite parcelle du contenu stomacal au moins cent colonies d'une même espèce ou d'un petit nombre d'espèces différentes. Et il arrive à classer ainsi les fermentations en quatre groupes d'après l'espèce microbienne prédominante.

Fermentation par bactéries courtes. Ces bactéries comprenant des cocci, les bacilles acétique, butyrique, lactique, souvent accompagnés de levures.

Fermentation par sarcines. A côté de ces sarcines il existe des cocci, des levures, des bacilles.

Fermentation par bactéries longues.

Fermentation par levures.

Ce que nous savons et très hypothétiquement, c'est que dans les hyperchlorhydries il y aurait prédominance de levures, ce qui n'a nullement lieu de nous étonner puisque nous savons déjà que les levures trouvent dans les milieux acides un excellent terrain de culture. Il peut en être de même pour certaines autres espèces microbiennes.

Le pronostic des fermentations est par lui-même bénin. Dans les cas de sténose pylorique les troubles produits par les fermentations sont rejetés au second plan, effacés par les autres symptômes, qui eux retentissent surtout sur l'état général. Dans les fermentations primitives ou secondaires aux dyspepsies, pendant longtemps il n'existe que des troubles fonctionnels, qui cèdent rapidement à un régime et à un traitement appropriés.

Trois points sont à discuter dans le traitement des fermentations :

Tout d'abord faire disparaître les symptômes par lesquels elles se traduisent;

Détruire les agents microbiens ou annihiler l'action de ces agents;

Supprimer la cause qui permet aux agents microbiens de se développer. C'est-à-dire supprimer la rétention, la stagnation cause principale.

Pour voir cesser rapidement les symptômes occasionnés par les fermentations, la mise en vigueur d'un régime sévère est de toute nécessité. Dans l'étude des microorganismes nous avons vu le rôle dévolu aux aliments, d'où la nécessité de surveiller l'alimentation, de régler la quantité des aliments ingérés, et par suite d'exiger du malade des repas fréquents mais peu abondants, de recommander de bien mastiquer, de n'absorber que des aliments finement divisés, facilement soumis à l'action de l'acide chlo-

rhydrique. On devra interdire les aliments facilement fermentescibles et, en première ligne, les hydrates de carbone, les féculents, les pâtes, les pâtisseries, le pain excellent agent de fermentation, et n'ordonner que des aliments très cuits pour diminuer l'apport de nouveaux germes.

L'eau filtrée sera la boisson ordonnée de préférence; on pourra tolérer les eaux de Vittel, Alet, Evian; les infusions chaudes procurent souvent un grand soulagement.

A moins d'indications spéciales, le régime lacté, qui dans certaines dyspepsies donne d'excellents résultats, devra être rejeté.

A côté du régime, il faudra recourir à un traitement propre aux divers symptômes.

Contre le pyrosis, les renvois acides, on essaiera de saturer l'acidité à l'aide de poudres inertes telles que le carbonate de chaux, la magnésie, le sous-nitrate de bismuth, le bicarbonate de soude à petite dose.

On s'efforcera de diminuer les gaz par l'emploi de poudres absorbantes; mais il faut bien la reconnaître, cette médication est de peu d'efficacité et c'est surtout dans le traitement des deux autres causes que réside la vraie thérapeutique.

La lutte contre les agents microbiens peut se réaliser soit en employant des antiseptiques chargés de les détruire, soit en employant des agents qui débarasseront l'estomac mécaniquement, c'est-à-dire le lavage de l'estomac, les purgatifs ou les vomitifs.

Les agents mécaniques ont en faveur de leur emploi le peu de danger qu'ils comportent, à condition toutefois de n'être ni répétés trop souvent, ni donnés à des doses trop fortes. L'ipéca à la dose de 1gr50 en trois paquets, pris à un quart d'heure d'intervalle; le soufre sublimé et lavé en électuaire avec du miel donnent dans les fermentations d'excellents résultats.

Le lavage de l'estomac à l'aide de liquides antiseptiques : eau salicylée, ne doit être employé que dans les cas de rétention très prononcée, dans les stases gastriques suite de sténose organique, et il ne doit pas être répété souvent, c'est un moyen d'exception et non un traitement quotidien.

Quant aux antiseptiques ils seront prescrits avec modération. L'idéal serait de détruire les microorganismes, mais trop souvent, les cellules de l'organisme sont altérées, avant que les agents microbiens ne soient même influencés, et la nécessité dans l'estomac de ne pas agir sur les ferments digestifs rend leur emploi très délicat. Aussi voyons-nous M. Al. Robin, se basant sur les expériences d'Effront, donner la préférence à des corps qui, sans action sur les ferments, empêchent le développement des microorganismes : le fluorure d'ammonium, le soufre iodé, l'érythrol.

Le fluorure d'ammonium sera prescrit à la dose de 0gr10 à 0gr25 centigrammes dans 300 centimètres cubes d'eau, dont on ordonnera une cuiller à soupe un quart d'heure après chaque repas.

Mais comme les aliments, l'air et la salive déglutis apportent à chaque instant de nouveaux agents dont la destruction au fur et à mesure de leur arrivée est impossible, il importe de traiter la cause qui, chez les malades, favorise le développement de ces germes. C'est-à-dire qu'il faudra instituer le traitement de la sténose organique lorsque celle-ci est le point de départ de la rétention, de la stagnation. Si la fermentation est secondaire à une dyspepsie hypersthénique avec hyperchlorhydrie, le traitement de l'hyperchlorhydrie fera disparaître la stagnation en ne produisant plus le spasme du pylore. Si la rétention des aliments est le résultat d'une insuffisance de la motilité, d'une atonie gastro-intestinale, il faudra agir contre cette atonie musculaire, ou sur le système nerveux, par l'emploi d'agents physiques : massage, douche, électricité, boissons chaudes, et par l'emploi de médicaments stimulants, excitants : amers, strychnine, ipéca.

Enfin il ne faudra pas oublier, dans la majorité des cas, de traiter l'intestin et de lutter contre la constipation, c'est-à-dire contre la rétention intestinale.

Conclusions. — S'il nous a paru nécessaire d'attirer un peu longuement peut-être l'attention des cliniciens sur cette question encore si obscure des fermentations gastriques, c'est qu'il nous semble, après la lecture des travaux si nombreux et si remarquables qui ont été publiés de nos jours sur les dyspepsies, que le rôle des fermentations dans la genèse de certaines dyspepsies est vraiment un peu trop négligé. Loin de nous certes la prétention d'ériger en principe que toute dyspepsie est d'ordre microbien. Mais ce que nous affirmons, c'est qu'il est des dyspepsies de fermentation. Le dernier mot n'est certes pas dit sur ce sujet fécond : ce que nous savons est bien peu de chose, mais nous savons du moins dans quelle direction devraient se poursuivre les recherches.

MÉDECINE PRATIQUE

Ration et régime alimentaires de l'arthritique.

Par le docteur PASCAULT (de Villerville).

D'après l'auteur la cause première de l'arthritisme est la suralimentation qui, mettant les individus dans l'obligation de brûler *plus qu'ils ne peuvent*, les use prématurément, les fait vieux avant l'âge.

Nous nous suralimentons sans le savoir et dès notre plus tendre jeunesse notre estomac est habitué à une nourriture excitante *qui maintient l'appétit sans cesse en éveil*. Pour enrayer ces abus qui semblent nous être devenus nécessaires, la première condition est de supprimer les aliments excitants : viande, alcools et condiments. La deuxième condition est d'apprendre à devenir sobre, c'est-à-dire *à ne manger ni trop ni trop peu*. Pour cela nous ne pouvons nous guider sur nos sensations puisque ce sont elles qui nous ont mené à la suralimentation. Il faut prendre le parti de ne pas écouter notre appétit et de nous entretenir à une ration alimentaire proportionnelle à notre poids, à notre âge, notre tempérament, notre genre de vie, donner, en un mot, à l'organisme ce qu'il lui faut mais rien que ce qu'il lui faut. Ces calculs sont nécessaires, car la suralimentation est constante, *même chez les personnes* d'appétit ordinaire.

Résumé des conclusions. — 1° Le corps humain peut être assimilé à un moteur dont les organes sont formés de matière azotée (albumine). Ce moteur utilise comme combustible les substances hydrocarbonées (amidon, sucre) et des graisses. Mais il n'entre en activité qu'en présence des sels minéraux (phosphates et chlorures, sels de soude, chaux, magnésie, potasse, fer, etc.);

2° La valeur des aliments dépend, *non de leur nature* (pain, viande, etc.), mais des principes azotés, hydrocarbonés, gras ou salins que renferme chacun d'eux; c'est eux qu'il faut calculer pour établir la ration alimentaire. *Or, les principes combustibles et minéraux tirent presque exclusivement leur origine des aliments constituant le régime végétarien.*

3° Les matières azotées sont toujours en quantité plus que suffisante, *même dans une nourriture strictement végéta-*

rienne, car il n'y a à remplacer que celles que nous perdons par usure de la machine humaine et cette usure est extrêmement lente;

4° Il n'en est pas de même des combustibles, car notre machine brûle à feu continu. Subviendront à cette dépense : le sucre, *les fruits*, *véritables aliments de force*, immédiatement utilisables et dont on n'use pas assez; puis l'amidon, le pain, enfin les graisses.

5° Les sels minéraux doivent varier suivant le tempérament des individus. Ceux que l'on trouve en abondance dans les légumes verts et les fruits en font pour l'arthritique de véritables aliments médicaments. Les légumes verts étant peu azotés remédient à la cause première de l'arthritisme, à la suralimentation azotée.

6° *L'alcool n'est pas un aliment.* Si la viande est un aliment excitant qui use et un toxique contre lequel l'arthritique est sans défense, l'alcool est à un degré encore plus marqué, un excitant et un poison, *avec un régime végétarien on perd l'habitude et le besoin de s'alcooliser*.

7° *Il faut apprendre à mastiquer les aliments.* La mastication méthodique est avec le régime végétarien le véritable remède de la suralimentation, des dyspepsies et de l'arthritisme qui en dérive.

8° Nombre des repas. Comment on doit les espacer? Comment devra être composé le menu de chacun d'eux; le dessert et les aliments sucrés loin d'être des accessoires doivent être considérés *comme des plats de résistance*.

L'importance de la sobriété au repas du soir, principalement pour l'arthritique qui s'intoxique pendant son sommeil.

REVUE DES THÈSES

Étude critique sur le tic convulsif et son traitement gymnastique (méthode de Brissaud et méthode de Pitres), par le docteur René Cruchet. (Th. de Bordeaux, 1902.)

Conformément aux idées de son maître, le professeur Pitres, M. Cruchet ne comprend sous le nom de tic que le tic *convulsif*. Ce tic peut être fonctionnel ou matériel. D'une manière générale, il consiste en un mouvement ou un groupe de mouvements reproduisant cliniquement un acte physiologique déterminé.

Après l'avoir bien isolé, en temps que *symptôme*, d'états moteurs voisins, tels que le tremblement, la chorée, l'athétose, l'auteur recherche quelles sont les petites modifications secondaires permettant de faire une différence entre les tics convulsifs soit matériels, soit psycho-mentaux; or il constate que « le tic convulsif *matériel* est un mouvement ou un groupe de mouvements *rythmiques*, *inconscients*, *non modifiés par le sommeil ou la volonté*, reproduisant cloniquement un état physiologique déterminé »; et que « le tic convulsif *psycho-mental* est, au contraire, un mouvement ou un groupe de mouvements *arythmiques*, *conscients*, *modifiés par le sommeil et la volonté*, reproduisant cloniquement un acte physiologique déterminé ».

Après avoir montré que le tic convulsif matériel peut se rencontrer au cours de nombreuses affections, M. Cruchet l'étudie en particulier dans l'épilepsie, la paralysie générale et la paralysie faciale; passant ensuite au tic convulsif psycho-mental, il le considère successivement dans l'hystérie, la myoclonie, la maladie de Gilles de la Tourette, l'idiotie (purement psychique), la neurasthénie, le tic convulsif idiopathique.

Au point de vue de la physiologie pathologique, se basant sur les recherches et expériences de différents observateurs, il pense que le tic convulsif matériel peut être d'origine périphérique, bulbo-spinale, sous-corticale et corticale; mais il croit aussi que le tic convulsif fonctionnel peut être d'origine bulbo-médullaire, mais qu'il est surtout d'origine cérébrale, corticale ou sous-corticale (d'où son nom de psycho-mental), et adopte en définitive la classification de Grasset.

La deuxième partie de cet ouvrage comprend le pronostic et le traitement du tic convulsif, et presque exclusivement du tic convulsif psycho-mental.

Après avoir indiqué la sévérité du pronostic jusqu'à ces dernières années, M. Cruchet étudie d'abord la méthode d'immobilisation du professeur Brissaud : il en expose la technique, en explique l'action par rééducation de la volonté, en fait la critique, en montre les difficultés et insiste sur la rareté des guérisons définitives.

Il expose ensuite la méthode de son maître, le professeur Pitres, qui, le premier, eut l'idée de traiter les tics par la gymnastique respiratoire. Après en avoir donné la pathogénie, il en décrit la technique. Voici celle, après divers tâtonnements, à laquelle il s'est lui-même arrêté : « Le sujet tiqueur est placé droit, la tête fixe, le dos contre un mur, les talons joints, les mains appliquées tout d'abord contre les cuisses. Pendant deux à trois minutes, il récite à haute voix une fable quelconque, en faisant fréquemment et régulièrement, tous les deux ou trois vers par exemple, une inspiration lente et profonde, suivie d'une expiration prolongée. Les deux ou trois minutes consécutives sont consacrées à des inspirations et expirations, également longues et profondes, avec élévation lente des bras dans l'inspiration, leur abaissement lent dans l'expiration. Les premiers jours, on répétera ces exercices toutes les trois heures en moyenne, puis on espacera les intervalles en augmentant peu à peu la durée de chaque séance : on arrivera ainsi à faire des séances de douze à quinze minutes, rarement plus, trois à quatre fois par jour. On continuera ainsi pendant un temps variable selon les sujets, et on suivra alors, en sens inverse, les étapes parcourues. Revenu au point de départ, on en réduit le temps peu à peu et, progressivement, on finira par les supprimer complètement. »

Sur 7 tiqueurs traités par ce procédé, 1 n'est pas revenu après la première séance, 4 ont été guéris, 2 sont très améliorés. Et l'auteur conclut ainsi : « Cette méthode nous paraît simple, pratique, rationnelle : nous lui donnons la préférence sur toutes les autres méthodes. »

Cette question des tics a été l'objet de longues discussions au Congrès de neurologie de 1902. Le nombre des malades atteints de tics est en effet considérable; ils étaient autrefois abandonnés à eux-mêmes; nous possédons maintenant deux méthodes de traitement indiquées l'une par le professeur Brissaud, l'autre par le professeur Pitres; ainsi apparaît le grand intérêt du livre de M. Cruchet, qui nous expose la méthode de son maître, le professeur Pitres.

R. CESTAN.

Contribution à l'étude du drainage dans la laparotomie, par M. le docteur Paul Pamard. (Th. de Paris, 1902.)

Pendant les quinze dernières années, qui ont vu évoluer si rapidement la chirurgie abdominale, il a été soulevé bien des discussions à propos du drainage du péritoine, de ses indications et de la méthode à employer. Mikulicz en Allemagne s'est fait le grand apôtre du drainage et en particulier du drainage capillaire, il en a démontré les avantages pratiques, tandis que les travaux de laboratoire en montraient les avantages théoriques.

Son procédé adopté en France par Pozzi dès 1888 et depuis par de nombreux chirurgiens a subi peu à peu des modifications dictées par l'expérience chirurgicale et en rapport avec les travaux publiés sur les méthodes et les agents des pansements.

Ayant été à même de voir pratiquer, de pratiquer lui-même et d'apprécier les résultats que donne la technique actuellement suivie dans son service par M. Walther, que

l'expérience de dix années de pratique hospitalière l'a peu à peu amené à préférer à toute autre, il a paru intéressant à M. Paul Pamard d'exposer cette façon de procéder, en l'accompagnant d'une rapide étude critique de la question du drainage péritonéal.

Les faits qu'il a réunis montrent d'une part les moyens dont dispose la séreuse péritonéale livrée à ses propres forces, pour lui permettre de résister aux infections venues du dedans, comme à celles venues du dehors; d'autre part, quelle est la valeur exacte, les uns par rapport aux autres d'abord, par rapport au péritoine ensuite, des divers moyens que l'expérience des chirurgiens, contrôlée par les travaux de laboratoire, met à notre disposition pour faciliter à un péritoine lésé ou infecté les moyens de se défendre victorieusement, soit qu'ils viennent en aide à sa grande puissance de résorption, soit qu'ils rendent plus facile l'écoulement des liquides dont la stagnation dans la cavité risquerait de provoquer une infection ou de la propager.

L'auteur montre dans un premier chapitre d'étude physique du péritoine combien grand était le degré de résistance de cet organe, combien grand également son ponvoir de résorption pour la sérosité, le sang, les substances solubles et même les corps étrangers en suspension (à condition que leur volume ne dépasse pas celui d'un globule blanc). Il montre le rôle que jouent dans ce phénomène les voies lymphatiques et sanguines et la part qui revint à chacune d'elles dans la résorption, enfin que cette résorption est soumise aux lois physiques de l'osmose et de l'isotonie.

D'où il conclut qu'il est inutile, pour le moins indifférent et souvent dangereux, de laver et de brosser le péritoine; que les injections intra-péritonéales de sérum physiologiques sont insuffisantes en teneur de sel et que ce n'est pas 0,65-0,75 p. 100, mais bien 1 p. 100 qui serait la véritable solution isotonique; que le péritoine peut être une voie excellente d'absorption médicamenteuse (intoxication par les mèches iodoformées), et enfin que le procédé qui conseille de péritonéaliser les surfaces ne saurait être qu'une très bonne pratique chirurgicale.

Dans un deuxième chapitre, étudiant comparativement les divers modes de pansement et appréciant leur valeur par comparaison et par rapport aux dernières données de l'expérience et de la science (expérience de Préobrajenski à l'Institut Pasteur), M. Pamard arrive aux conclusions suivantes :

Le drainage du péritoine n'est pas une pratique dangereuse.

Le drainage par mèches est bien supérieur au drainage par tubes en ce qui concerne le péritoine.

Le drainage de Mikulicz proprement dit, qui consiste à bourrer une portion de péritoine de mèches stérilisées ou iodoformées, est susceptible d'être heureusement modifié, notamment par le procédé qui consiste à introduire dans le milieu des mèches de gaze un ou plusieurs gros tubes de drainage. Ce dernier procédé, de la tente et du drain, M. Pamard décrit avec soin la technique, paraît réunir le plus grand nombre d'avantages et offrir le minimum d'inconvénients; il est de plus celui qui se conforme le mieux aux résultats des travaux récemment publiés sur les pansements et les objets de pansement.

L'auteur termine cette étude par un examen des cas où le drainage paraît indispensable, prudent ou inutile.

Le drainage est indispensable lorsqu'il existe dans la cavité péritonéale une surface susceptible de fournir des liquides dont la résorption serait nuisible.

Le drainage est prudent :

Lorsqu'on redoute, après la fermeture de la plaie, la continuation d'un suintement de sang;

Lorsqu'il y a eu suture d'un organe creux et que cette suture est douteuse.

Lorsqu'il existe de larges surfaces cruentées (décollement d'adhérences);

Enfin lorsqu'il y a crainte d'infection (aides douteux, stérilisation imparfaite).

Tenir compte également de la valeur de la résistance du sujet (cachexie, obésité, etc.), de la gravité et de la durée de l'intervention.

En somme, lorsqu'un chirurgien est sûr de la stérilisation de ses objets de pansement, il peut drainer sans la moindre crainte, pendant trois, quatre et même cinq jours après l'opération (c'est le temps à peu près que met le péritoine à établir de solides barrières (de fausses membranes, tandis que les mèches ne s'infectent pas avant ce délai).

Durant ce laps de temps, on a toute chance de favoriser la sortie de substances nocives entraînées par l'abondante sécrétion de sérosité; on n'a au contraire aucune chance de faire pénétrer dans la cavité péritonéale quoi que ce soit venant de l'extérieur, le courant des liquides s'établissant immédiatement de la profondeur vers la périphérie, de la plaie vers l'extérieur; du liquide, vers la surface d'évaporation.

Tels sont les quelques points du drainage péritonéal étudiés dans ce travail qui est un excellent exposé pratique d'un procédé connu, peu réglé jusqu'à présent, qui gagnerait à l'être conformément aux lois de la physiologie et de la physique.

De la polyarthrite aiguë tuberculeuse à allures cliniques rhumatismales (pseudo-rhumatisme tuberculeux aigu), par M. le docteur Henri Gaillard. (Th. de Paris, 1902.)

Comme tous les microbes, suivant son degré de virulence ou suivant les conditions de résistance du sujet infecté, le bacille de Koch peut déterminer dans l'organisme des réactions défensives et des lésions fort diverses, allant en série depuis la tolérance complète jusqu'aux lésions diffuses aiguës en passant par tous les intermédiaires.

Au niveau des articulations, il semble qu'à côté des arthropathies chroniques étiquetées : polyarthrite tuberculeuse déformante et de la variété de pseudo-rhumatisme tuberculeux aigu devenant à une époque plus ou moins éloignée de son début mono-articulaire, il y a place pour une modalité particulière de manifestations articulaires tuberculeuses aiguës offrant avec le rhumatisme articulaire aigu vrai, une ressemblance assez grande pour être confondues avec lui.

Ces arthropathies aiguës tuberculeuses à allures rhumatismales peuvent être classées cliniquement à l'heure actuelle en un certain nombre de types qui sont :

1. Type granulie généralisée (Obs. Laveran).
2. Arthropathies aiguës, à allures rhumatismales et tuberculose généralisée des séreuses (Obs. Bezançon).
3. Arthropathies aiguës à allures rhumatismales et tuberculose d'une séreuse.
4. Arthropathies aiguës à allures rhumatismales et tuberculose viscérale, ganglionnaire ou cutanée, etc., mais non séreuse.

La pathogénie de cette affection n'est pas encore au point, mais à la suite de faits expérimentaux tels que ceux de MM. J. Courmont et Dor et en raisonnant par analogie avec d'autres maladies infectieuses telles que la blennorragie, en s'appuyant sur la pathogénie même d'autres manifestations tuberculeuses comme la pleuro-tuberculose de M. Landouzy, on a le droit de supposer qu'il s'agit dans certains cas de polyarthrite aiguë mobile et curable, d'une localisation articulaire du bacille de Koch.

Cette question ne pourra être définitivement tranchée que lorsqu'on aura soumis ces cas au contrôle des diverses méthodes de diagnostic fournies par le laboratoire.

Ces arthropathies aiguës peuvent apparaître dans le cours d'autres lésions tuberculeuses avérées.

Elles peuvent être également la manifestation première de la tuberculose.

En un mot, M. H. Gaillard pense qu'il existe des polyarthrites aiguës d'origine tuberculeuse, simulant le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu et pouvant être la détermination initiale de la tuberculose, comme il existe une pleuro-tuberculose primitive.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

M. Dussauze. Contribution à l'étude du traitement des septicémies gazeuses par l'eau oxygénée. — M. Lemaitre. Essai sur les causes morales des maladies. — Mlle Humbert. Contribution à l'étude des accidents saturnins chez les électriciens. — M. Colombet. De la médication arsénio-phosphatée organique, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique. — M. Lansezeur. Etude démographique et sanitaire de la ville de Rennes, 1832 à 1900. — M. Vignon. Contribution à l'étude des intoxications alimentaires produites par les poissons. — M. Inglessi. L'hystérectomie vaginale sans pinces. — Mlle Drzewina. Contribution à l'étude des pseudo-contractures dans les atrophies musculaires progressives. — M. Jamet. Des hallucinations dans la paralysie générale. — M. Bendelac. Des tares observées chez les rejetons des mères tuberculeuses. — M. Tregouet. De l'allaitement pendant les suites de couches pathologiques et dans quelques autres états infectieux. — M. Van Vyve. Le fer dans le sang des nouveau-nés. — M. Cardot. Etude clinique sur l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur. — M. Debusschere. De la fracture transversale sus-malléolaire du tibia. — M. Dethan. Contribution à l'étude de l'ostéosarcome du radius. — M. Guy. Pseudo-kystes traumatiques de l'arrière-cavité des épiploons d'origine pancréatique. — M. Mousson-Lanauze. A propos de la loi sur les accidents du travail. Le médecin et l'incapacité permanente partielle. — M. Pellissier. La peste au Frioul. Lazaret de Marseille en 1900-1901. — M. Mortier. Etude sur les calculs de l'urètre pré-membraneux. — M. Blanquinque. Essai sur le choix de l'intervention dans le traitement des abcès chauds de la prostate. — M. Montier. Contribution au diagnostic de la forme pulmonaire de la fièvre typhoïde. — M. Dupe. De l'alimentation des diabétiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décision ministérielle du 3 septembre 1902, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés ou nommés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Billet, désigné pour l'état-major du gouvernement militaire et la place de Paris (médecin-chef); Fluteau, nommé adjoint au directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris; Duchêne, nommé directeur du service de santé de la division d'occupation de Tunisie.

MM. les médecins-majors de première classe Petit, désigné pour le 24e d'artillerie; Lapeyre, pour le 53e d'infanterie; Pech, pour le 12e d'infanterie;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Tredos, désigné pour le 128e d'infanterie; Jannot, pour le 10e cuirassiers; Tricot, pour le 47e d'infanterie; de Viville, pour l'école d'application de cavalerie; Castaing, pour le 115e d'infanterie; Chabrut, pour la légion de la garde républicaine; Merciolle, pour le 119e d'infanterie; Levêque, pour le 30e bataillon de chasseurs à pied.

MM. les médecins aides-majors de première classe Ardoin, désigné pour le 80e d'infanterie; Faideau, pour l'hôpital militaire de Briançon; Navas, pour le 42e d'infanterie; Rigourd, pour le 128e d'infanterie; Hurel, maintenu au 8e cuirassiers; Legendre, désigné pour le 3e tirailleurs algériens; Antoine, pour le 4e dragons; Guyard, pour le 4e zouaves.

Concours pour l'admission en 1902 à l'emploi de médecin stagiaire à l'École d'application du service de santé militaire. — Conformément à l'article 4 de la loi du 14 décembre 1888, un concours s'ouvrira le 15 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'École d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine à l'emploi de médecin stagiaire.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées : 1° être nés ou naturalisés Français; 2° avoir eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1902; 3° avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée; cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin-major de deuxième classe au moins (1); 4° souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir seront : 1° une composition écrite sur un sujet de pathologie générale; 2° examen de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale; 3° une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter; 4° interrogation sur l'hygiène.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (direction du service de santé, bureau du personnel et de la mobilisation), avant le 1er décembre prochain.

Ces pièces sont :

Avant d'entrer à l'école : 1° acte de naissance, établi dans les formes prescrites par la loi; 2° diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves); 3° certificat d'aptitude au service militaire, établi l'année du concours; 4° certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire; 5° indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la commission de médecin stagiaire.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Aussitôt après l'admission à l'école : l'engagement spécial prévu par le décret du 5 juin 1899 de servir pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de la nomination au grade de médecin aide-major de deuxième classe.

Les médecins stagiaires reçoivent, au moment de leur nomination, un brevet les liant au service dans les conditions du § 1er de l'article 30 de la loi du 15 juin 1889.

Les médecins stagiaires sont rétribués, pendant leur séjour à l'École d'application du service de santé militaire, sur le pied de 3 096 fr. par an; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une première mise d'équipement reversible au Trésor en cas de licenciement, démission, non-obtention du grade de médecin aide-major ou non-accomplissement des six années effectives de service à partir de la nomination à ce dernier grade.

Les médecins stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés médecins aides-majors de deuxième classe. Ceux qui n'auront pas satisfait auxdits examens seront licenciés.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-cinquième semaine, 767 décès, au lieu de 818 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 919. Ce chiffre est le plus faible qui ait été observé depuis le commencement de l'année.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 17; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins (28) est analogue à

(1) Instruction du 31 janvier 1902 sur l'aptitude physique au service militaire.

celui de la semaine précédente (23) et très inférieur à la moyenne (83).

La variole n'a pas causé de décès; le nombre des cas nouveaux est de 4, chiffre sensiblement inférieur à celui de la semaine précédente (11) et à la moyenne (12).

La rougeole a causé 2 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 13; la scarlatine 1, au lieu la moyenne 2; la coqueluche, 9 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 7; la diphtérie, 8 décès, au lieu de 10 pendant la précédente semaine et de la moyenne 4; pour cette dernière affection le nombre des cas nouveaux est de 54, au lieu de 69 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 40; ce chiffre est le plus faible qu'on ait constaté depuis le commencement de l'année.

La diarrhée infantile a causé 92 décès de 0 à 1 an; ce chiffre, quoique inférieur à celui de la semaineprécédente (95) et surtout à la moyenne (133), reste encore supérieur à celui des semaines antérieures (65 et 67); on ne saurait trop veiller à la parfaite pureté du lait servi aux enfants et à l'extrême propreté des vases qui le contiennent.

En outre, 22 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 65 décès, au lieu de 78 pendant la semaine précédente et au lieu de 94, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (chiffre identique à la moyenne); bronchite chronique, 6 (au lieu de la moyenne 13); pneumonie, 20 (au lieu de la moyenne 22); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 36 (au lieu de la moyenne 53), dont 11 sont dus à la congestion pulmonaire et 17 à la broncho-pneumonie. Aucun décès n'a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 175 décès; la méningite tuberculeuse, 8; la méningite simple, 22; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 21 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 39; les maladies organiques du cœur, 47; le cancer a fait périr 61 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès; la cirrhose du foie, 10; la néphrite, 23; enfin, 23 vieillards sont morts de débilité sénile.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution à l'étude de l'acidité urinaire chez l'homme sain et les malades, par le docteur Jean Nicolaïdi, ancien externe des hôpitaux, médaille de bronze de l'Assistance publique. Gr. in-8° de 324 p. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Nouveau procédé d'analyse chimique de l'eau, par MM. le docteur Pignet, médecin-major de première classe, et E. Hue, pharmacien de première classe. In-16. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Recherches sur l'influence des bains chlorurés sodiques sur la leucocytose, par le docteur André Claisse, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. — Paris, G. Steinheil.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17

N° 101. — MARDI 9 SEPTEMBRE 1902 — 75e ANNÉE. — MARDI 9 SEPTEMBRE 1902. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DE L'INCISION ESTHÉTIQUE RÉTRO-AURICULAIRE

POUR LE TRAITEMENT DE QUELQUES LÉSIONS CERVICALES OU PAROTIDIENNES

Par H. MORESTIN, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Quelle que soit la région considérée, une cicatrice est presque toujours une tare, une marque laide et disgracieuse, un souvenir pénible et choquant de l'opération subie. Si cette appréhension nous paraît légitime, d'une manière générale, à plus forte raison doit-on tenir compte des craintes qu'inspire une cicatrice placée sur une région constamment découverte et attirant forcément l'attention. Point n'est besoin d'insister sur les multiples inconvénients, les ennuis de toutes sortes, les petites humiliations souvent répétées et même les conséquences sérieuses qui peuvent en résulter pour une jeune femme ou une jeune fille. Il est très certain que l'existence d'une cicatrice apparente même de faible étendue cause alors un préjudice considérable. Éviter cette marque permanente, toujours gênante à porter, c'est vraiment alléger le pronostic de l'opération. Il est donc opportun, chaque fois qu'il s'agit chez un sujet jeune et féminin de pratiquer une opération sur la face ou le cou, de se demander si, à l'aide d'un artifice quelconque, on ne pourrait joindre au succès opératoire le succès esthétique, en conservant la forme extérieure dans son intégrité parfaite. Dans un très grand nombre de cas on pourra en effet épargner aux malades ce grave ennui. Beaucoup d'interventions qui seraient à la vérité plus simplement et plus aisément conduites par une plaie tégumentaire pourront être pratiquées en se servant des cavités naturelles et surtout de la bouche.

Les lésions occupant la région parotidienne et la partie supérieure du cou sont celles qui au premier abord se prêtent le moins à ces tentatives de chirurgie esthétique.

Nous croyons pourtant que dans beaucoup de circonstances on peut utiliser une incision dissimulée occupant le fond du sillon rétro-auriculaire. C'est une voie détournée et qui sans aucun doute ne permet d'aborder les lésions qu'avec un peu de peine. Les indications de cette manière de faire sont donc forcément restreintes. Il n'en reste pas moins toutefois que c'est là une précieuse ressource à laquelle on est heureux de pouvoir s'adresser chez certains sujets.

Pour arriver à établir dans quelles circonstances cette méthode nous paraît trouver son application, et dans quelles limites on peut l'utiliser, nous allons examiner quelques observations, peu nombreuses il est vrai, mais suffisantes pour servir de base à la discussion.

Je rappellerai en premier lieu l'histoire d'une jeune fille, que j'ai présentée à la Société de chirurgie le 27 novembre 1901, en déposant uue note intitulée : « Comment on peut ouvrir et drainer une collection parotidienne, sans laisser trace apparente de l'intervention. » Il s'agissait d'une jolie et gracieuse personne, chez laquelle, à la suite d'une fièvre éruptive, était survenu, dans la région parotidienne droite, un abcès qui me parut être la conséquence d'une adénite suppurée préauriculaire, la conjonctive ayant été la porte d'entrée de l'infection. Inciser les téguments au niveau de la tuméfaction était le parti qui semblait s'imposer. A la vérité, on pouvait tenter de faire une incision toute petite, une ponction au bistouri, juste suffisante pour introduire un drain. C'était encore le cas d'essayer le traitement proposé il y a quelques années pour certains abcès chauds, ponction aspiratrice suivie d'injection antiseptique laissée dans la cavité de l'abcès. Cette dernière méthode est aléatoire, et pour l'incision, en la supposant réduite à sa plus simple expression, il était impossible d'éluder la cicatrice qui en serait la conséquence. Quelque soin que l'on pût apporter dans les pansements, elle serait certainement très visible et très désagréable à porter. La malade et les siens furent délivrés d'une pénible appréhension, quand je leur exprimai mon espoir d'arriver au foyer de l'abcès « par derrière l'oreille ». Je fis dans le sillon rétro-auriculaire une incision de cinq à six centimètres, décollai le pavillon, l'écartai fortement, et par-dessus le conduit auditif, effondrai la paroi de l'abcès qui était assez superficiel et dont le point le plus saillant était à la hauteur du tragus. Le pus s'écoula par le trajet ainsi creusé, que j'élargis avec une pince, et où je glissai un drain, sans réunir la plaie extérieure. Les injections faites par ce drain amenèrent la rapide détersion de la poche, dont la cicatrisation fut bientôt obtenue. Tout cela remonte aujourd'hui à plus de trois ans, et la guérison ne s'est point démentie. L'audition est parfaite. L'oreille autrefois décollée est dans une situation exactement symétrique à celle du côté opposé. Il faut y regarder de bien près pour apercevoir la trace de l'incision

occupant exactement le fond du sillon rétro-auriculaire; et rien, absolument, ne vient contrarier la finesse et la régularité des traits.

L'acte opératoire était ici relativement simple, puisqu'il suffisait d'atteindre, d'ouvrir la collection et d'instituer un drainage. La sonde cannelée, poussée vers le siège de l'abcès, après décollement du pavillon de l'oreille, devait presque fatalement en faire céder la paroi, sans que cet instrument mousse pût inspirer aucune crainte au sujet des organes vulnérables contenus dans la loge parotidienne. L'observation est donc assez démonstrative en ce qui concerne certaines collections purulentes, chaudes et tièdes. Mais, ne pouvait-on utiliser la même voie pour l'ablation des tumeurs solides ou liquides de la région parotidienne? J'ai fait avec succès deux tentatives de ce genre.

Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une de ces tumeurs cliniquement bien connues, couramment désignées actuellement sous le nom de tumeurs mixtes. La malade, Mme Julienne H..., âgée de vingt-neuf ans, a été opérée à l'hôpital Saint-Louis le 7 juin 1902. Elle avait constaté, il y a cinq ans, au cours d'une grossesse, une induration anormale au-dessous de l'oreille gauche. Cette masse dure augmenta graduellement sans déterminer aucune souffrance et sans qu'aucun traitement ait été suivi, la malade étant partagée entre l'ennui de voir grossir sa tumeur et la crainte d'en subir l'ablation au prix d'une cicatrice visible. Mme H... est en effet de figure fraîche et avenante et cette appréhension est après tout légitime. Sa tumeur arrondie, mobile, bien circonscrite et de consistance dure, chondroïde, occupe la partie inférieure de la région parotidienne du côté gauche, reposant sur le bord antérieur et la face externe du sterno-cléido-mastoïdien, son extrémité inférieure débordant en bas l'angle de la mâchoire, la supérieure arrivant au niveau de l'insertion du lobule de l'oreille; son volume est comparable à celui d'une grosse noix. Les caractères de la tumeur montrent qu'il s'agit, sinon d'une production bénigne du moins d'un de ces néoplasmes composés fréquents dans la parotide, encore encapsulé et à son stade bénin.

Je pensai qu'on pouvait tenter de l'extirper par une incision rétro-auriculaire dont la cicatrice resterait invisible. Une circonstance paraissait tout d'abord défavorable à la réalisation de ce projet. L'oreille était fort petite et l'on pouvait craindre que l'incision nécessaire ne dût être prolongée au-dessous du lobule. Heureusement il n'y eut pas lieu de dépasser les limites du pavillon. L'incision suivit très exactement le fond du sillon auriculo-mastoïdien depuis la partie supérieure du pavillon jusqu'à la partie inférieure où le lobule devient flottant. Le pavillon fut décollé, détaché jusqu'au conduit auditif et récliné en avant, la lèvre postérieure de l'incision fut elle-même libérée sur une étendue de deux centimètres, puis les téguments furent disséqués de haut en bas de proche en proche, jusqu'au-dessous des limites de la tumeur.

Ce décollement fut pratiqué avec le bistouri glissé à plat et avec les ciseaux en rasant la face profonde de la peau. Je tamponnai pendant quelques instants le trajet creusé pour arrêter un suintement sanguin, assez abondant, puis fixant la tumeur de la main gauche à travers les téguments et la repoussant en haut vers l'oreille, je portai à son contact une curette qui effondra la mince couche de tissu parotidien qui la couvrait encore et pénétra au centre de la masse. Le tissu de la tumeur n'était pas trop résistant, il se laissait morceler par la curette. Au fur et à mesure les fragments ramenés par celle-ci étaient extraits.

Au bout d'un instant la curette évoluait dans une cavité formée par la coque de la tumeur évidée; à la faveur de la réduction de volume obtenue par cet évidement, cette partie corticale de ce néoplasme put être amenée jusqu'à la plaie après avoir été saisie par les pinces de Kocher. Je pus alors de visu libérer et disséquer cette coque dont l'extirpation fut faite ainsi de la manière la plus complète. J'établis un drain pénétrant dans la loge qu'occupait la tumeur, appliquai quelques points de suture et plaçai un pansement compressif. Les suites furent d'une extrême simplicité, le drain fut ôté le deuxième jour, les fils le cinquième et la malade put sortir guérie le 14 juin. Depuis nous l'avons vue très souvent, le résultat est absolument parfait; l'examen le plus minutieux ne permet pas de voir la plus légère différence entre le côté droit et le côté gauche; le pavillon de l'oreille a repris très exactement sa place; la cicatrice dissimulée dans le fond du sillon rétro-auriculaire est rigoureusement invisible; et la malade enchantée nous dit en plaisantant qu'elle ne se rappelle plus de quel côté était son mal.

L'observation suivante concerne également une tumeur occupant la région parotidienne, mais cette fois il s'agit d'un kyste.

La malade, Mme D..., a été opérée le 5 juillet à l'hôpital Saint-Louis. La tumeur qui évoluait depuis cinq ans déjà avait augmenté au cours d'une grossesse récente. Elle occupait la région parotidienne droite, soulevant et déplaçant légèrement le lobule de l'oreille. La peau soulevée par cette masse arrondie offrait une teinte légèrement bleuâtre. La palpation montrait qu'il s'agissait d'une masse molle arrondie, fluctuante, peu tendue, non réductible, assez bien limitée, indolente à la pression. Il n'existait aucun trouble fonctionnel du côté des voies salivaires, aucune gêne. Seule la difformité était choquante; la tumeur formait en effet une saillie comparable à un petit œuf, descendant en bas jusqu'à l'angle de la mâchoire, couvrant la partie supérieure du sterno-mastoïdien et la face externe de la mastoïde. Le diagnostic ne pouvant guère être longuement discuté, tous les symptômes relevés par l'examen de la malade devant faire considérer cette tumeur comme un kyste dont l'origine aux dépens de la glande parotide elle-même paraissait vraisemblable. J'opérai donc cette femme le 5 juillet; je n'eus pas besoin de recourir à l'anesthésie générale et me bornai à l'infiltration cocaïnique locale. Je fis dans le sillon rétro-auriculaire une incision de 3 centimètres, dont l'extrémité basse répondait au pôle supérieur de la tumeur fluctuante (voir la fig.). Ayant légèrement décollé les deux lèvres de la plaie et récliné en avant le pavillon, je pénétrai dans la parotide, me guidant sur la saillie du kyste. La couche glandulaire étalée à sa surface était mince, son épaisseur n'atteignait même pas 1 millimètre. La paroi du kyste se montra entre les lèvres de la courte incision pratiquée à travers le tissu parotidien. A l'aide d'une seringue de Pravaz, j'ôtai de la poche 5 ou 6 centimètres cubes de liquide clair, transparent, comparable à de l'eau très légèrement trouble. Le reste du liquide s'écoula après l'ouverture de la poche. Celle-ci était mince et fragile. Elle se laissa pourtant peu à peu disséquer, attirer, isoler, par une série de manœuvres comparables à celles que nécessite la préparation d'un sac de hernie congénitale chez un tout jeune enfant. Je pus enlever le kyste dans sa totalité, non sans peine à la vérité, mais aussi sans

difficulté bien considérable et même sans lenteur et surtout sans qu'à aucun moment soit survenu rien de dangereux ou d'imprévu. Tout au contraire les choses se sont passées avec sûreté et méthode, et j'ai eu d'un bout à l'autre l'impression



de sécurité complète ; l'action du bistouri et des ciseaux ne pouvait être offensive pour les organes vulnérables de la loge parotidienne, ces instruments étant maintenus en contact immédiat avec la poche et celle-ci, bien qu'ayant une résistance très faible, se laissant attirer et disséquer. Un peu de compression par tamponnement arrêta le suintement hémorragique. Je plaçai un drain dans l'excavation laissée par l'extirpation de la tumeur, et réunis la plaie par cinq points de suture à la soie très fine. La malade put quitter le jour même l'hôpital Saint-Louis, où elle revint deux jours après pour qu'on ôtât le drain, et au bout d'une semaine pour être débarrassée des fils. A ce moment sa guérison était complète, la réunion primitive ayant été obtenue très exactement. La malade a été revue depuis, et ici encore il n'est pas possible de retrouver la plus légère trace apparente de la maladie ni de l'opération; le côté droit et le gauche sont identiques. La nature de ce kyste est intéressante, et j'en ai fait l'objet d'une communication à la Société anatomique le 5 juillet 1902. Il s'agissait peut-être d'un branchiome kystique, peut être d'un kyste développé aux dépens de bourgeons parotidiens aberrants, les caractères de l'épithélium ne permettant guère de le rattacher à une transformation de l'épithélium des acini ou des canaux excréteurs de la parotide à droite. Quoi qu'il en soit de son origine, il est certain que les circonstances anatomiques étaient relativement favorables. La poche, uniloculaire, offrait un point tout de suite accessible, son pôle supérieur atteignant le lobule de l'oreille. D'autre part en dépit de sa faible épaisseur, de son peu de résistance, elle put être séparée des tissus ambiants par traction, décollement et dissection. On ne saurait évidemment espérer que tous les kystes parotidiens soient de si bonne composition ; la dissection de ces kystes même à ciel ouvert étant à l'ordinaire délicate et difficile.

(A suivre.)

DE LA CONSTIPATION

D'après M. H. Surmont (1).

La constipation étant la rétention et l'accumulation des matières fécales dans le gros intestin, quel que soit leur mode d'évacuation au dehors (Soupault), on peut considérer comme faux constipés tous ceux qui, pour des raisons physiologiques, ont des selles rares ou peu abondantes, et, en particulier ceux qui, volontairement ou d'une façon habituelle, restreignent dans une proportion notable leur alimentation et par conséquent les résidus alimentaires, et réserver le nom de constipés à ceux dont les matières stagnent dans le gros intestin, quel que soit d'ailleurs l'état de ces matières. Il y a là, médicalement parlant, un point très important à mettre en lumière : c'est que l'unanimité des malades et beaucoup de médecins définissent comme constipation toute émission de matières dures : or, c'est là une erreur; si l'on se rapporte à la définition de Soupault, on peut être constipé tout en ayant la diarrhée, et à côté des faux constipés, il y a les constipés sans le savoir, que M. Surmont divise en trois catégories : *ceux qui ont des selles d'apparence normale* ; *ceux chez lesquels se succèdent des alternatives de diarrhée et de constipation*, et enfin *ceux qui ont uniquement des évacuations alvines*. Les malades de la première catégorie présentent à l'examen direct du ventre les signes évidents d'une obstruction stercorale ; ils ont cependant des selles normales : c'est qu'ils évaluent le trop plein de leur intestin par regorgement ; il est probable que, dans ce cas, il se fait au centre des amas stercoraux une sorte de canalisation qui permet à l'excédent des matières de s'évacuer petit à petit au dehors.

Les malades de la deuxième catégorie sont beaucoup plus nombreux : la plupart d'entre eux se plaignent, non de constipation, mais de diarrhée, diarrhée séparée par des périodes de constipation; chez eux, la constipation est le fait initial; les matières durcies amènent par irritation locale des crises d'hypersécrétion intestinale suivies de débâcles dans lesquelles on trouve, nageant au milieu du liquide, les amas de matières dures, point de départ des accidents.

Enfin les malades de la troisième catégorie ont des évacuations toujours liquides : chez eux, l'hypersécrétion intestinale est continue, mais, à l'examen, on trouve facilement, au milieu des matières fécales liquides, les scybales caractéristiques.

Au triple point de vue étiologique, symptomatique et thérapeutique, on doit envisager deux formes de la constipation, suivant qu'elle est passagère ou, au contraire, habituelle.

La *constipation passagère* ou *accidentelle* reconnaît deux ordres de causes. Elle peut être provoquée soit par des modifications passagères aux règles ordinaires de l'hygiène, soit par un état pathologique dont elle n'est qu'un symptôme. Les constipations du premier groupe sont importantes à connaître parce qu'elles indiquent un certain état de faiblesse de l'intestin ou de diminution de la sensibilité rectale qui constitue justement une prédisposition à la constipation habituelle. Ainsi nombre de sujets se plaignent qu'un simple déplacement (voyage en chemin de fer ou en voiture), un surcroît de fatigue, un exercice physique nouveau (bicyclette, cheval), mettent en défaut le fonctionne-

(1) *Echo méd. du Nord*, 25 mai 1902, nº 280.

ment de leur intestin. D'autres malades présentent une sensibilité extrême vis-à-vis des aliments astringents ou des boissons chaudes, en particulier du thé et de certaines boissons fermentées, le vin rouge, par exemple.

Lorsque la constipation passagère est pathologique, elle doit être traitée différemment, suivant les cas. C'est ainsi que l'on se gardera bien de provoquer l'évacuation de l'intestin dans un cas de péritonite, de peur que les contractions du tube digestif n'aident à la généralisation de l'exsudation septique ; au contraire, il y aura un grand intérêt, chez un typhoïdique, à faire éliminer, en même temps que les matières fécales, l'énorme quantité de produits toxiques qu'elles renferment.

La *constipation habituelle* est totale ou dissociée (Lasègue) : *totale* lorsque les évacuations sont à la fois rares, abondantes et formées de matières durcies ; *dissociée* lorsque les perturbations du fonctionnement de l'intestin portent seulement soit sur la fréquence, soit sur la quantité, soit sur la qualité des évacuations. Parmi les constipations dissociées, on appelle *horaires* celles qui sont caractérisées par des selles très espacées, *quantitatives* celles qui ont conservé leur fréquence habituelle, mais sont peu abondantes. Dans la constipation *qualitative*, les matières sont ou dures, ovillées, fragmentées, entourées de mucus, ou accompagnées de sable intestinal.

Espacées tous les trois ou quatre jours dans les cas moyens de constipation horaire, les évacuations deviennent d'une rareté véritablement étonnante chez certains malades, particulièrement chez les hystériques. Lasègue a rapporté des cas classiques de constipation hystérique incontestable ayant duré quatre et même six semaines.

Si les faibles degrés de constipation quantitative ont besoin d'être mis en évidence par une palpation attentive, dans les degrés extrêmes, le volume des matières retenues dans l'intestin peut acquérir des proportions extraordinaires (Lasègue). La constipation quantitative est extrêmement fréquente chez les enfants, particulièrement dans les familles aisées où on leur donne une alimentation trop riche en viandes, et insuffisamment fournie de végétaux et de fruits. Dans cette forme, les matières prennent parfois la forme de boules dures d'un volume variable, parfois petites, parfois plus volumineuses, ovillées. Quand leur consistance est très forte, on leur donne le nom de scybales. Les scybales peuvent, dans les cas anciens, acquérir une consistance pierreuse, rebondir sur le sol, et mériter alors le nom de coprolithes. Elles sont expulsées isolément ou en masses conglomérées, seules ou accompagnées de muscosités, de glaires, de sables ou de graviers intestinaux.

Le plus souvent, la constipation retentit à la longue sur l'état général de l'individu : l'appétit diminue, l'haleine devient fétide, la digestion stomacale, ainsi que toutes les sécrétions digestives, se trouve réduite ou viciée. Le foie se tuméfie, les urines contiennent de l'indican, l'appareil circulatoire est quelquefois frappé et réagit sous la forme de poussées congestives, de palpitations, etc. Quant au système nerveux, c'est lui qui est le plus atteint; presque toujours les constipés sont des névropathes, des hystériques, des neurasthéniques, des vésaniques; ils sont difficiles à vivre, difficiles à soigner, désagréables pour leur entourage. Leur état général est altéré; ils sont amaigris, fatigués, leur teint est jaunâtre, leurs yeux brillants, leur peau, sèche et écailleuse, est souvent le siège d'éruptions diverses : prurigo, urticaire, acné.

En dehors de ces troubles permanents, on peut observer dans la constipation des accidents locaux, d'origine mécanique, toxique ou réflexe. L'irritation produite par les matières donne souvent du catarrhe colique ou colo-rectal ; à un degré plus avancé, elle détermine de l'entérocolite muco-membraneuse avec expulsion de glaires et de fausses membranes et les autres caractères typiques. Les ulcérations intestinales se traduisent par l'existence, à la surface des matières fécales, de stries sanglantes, parfois même par de petites hémorragies. L'inflammation localisée de l'intestin aboutit à la typhlite ou encore à la sigmoïdite (Mayor). Quelquefois certaines parties de l'intestin, dilatées par les matières, tombent en avant sous l'influence de leur poids et déterminent des accidents d'occlusion intestinale dont le diagnostic est loin d'être toujours facile. Ces tumeurs stercorales peuvent encore faire croire, chez la femme, à des lésions de l'utérus ou des annexes; elles provoquent enfin des troubles de compression plus ou moins graves : sciatique, névralgie crurale, hémorroïdes, etc.

Les accidents d'auto-intoxication sont particulièrement fréquents chez les enfants. A cet âge il n'est pas rare de voir, sous l'influence de la rétention des matières fécales, la température s'élever et des troubles généraux graves apparaître ; les vieillards sont, eux aussi, très sensibles à l'intoxication intestinale qui se traduit par des phénomènes très analogues à ceux du petit brightisme.

Quant aux phénomènes nerveux d'ordre réflexe consécutifs à la constipation, on peut citer la céphalée, le bourdonnement d'oreilles, les migraines, les névralgies faciales, les convulsions. On a publié des observations de troubles vésaniques et même des crises épileptiques améliorés ou guéris par le traitement de la constipation. On connaît d'ailleurs la nécessité absolue de la liberté du ventre chez les malades atteints de névrose ou de psychoses, ainsi que chez ceux qui sont atteints de lésions organiques du système nerveux, d'insuffisance hépatique ou rénale.

Le diagnostic le plus difficile est celui de la cause de la constipation. Reconnaît-elle pour cause un obstacle mécanique dû à une compression extrinsèque ou intrinsèque de l'intestin, une réduction du contenu intestinal, une altération de la sécrétion biliaire, une paralysie intestinale, un spasme intestinal? Lorsqu'on a pu éliminer toutes ces causes, on se rattache à l'hypothèse de constipation essentielle, de constipation habituelle primitive, liée à la neurasthénie (Dumin, Bouveret) ou à l'arthritisme, et que l'on tend de plus en plus à rattacher à un défaut anormal de sensibilité au niveau de l'ampoule rectale.

Cliniquement, il est indiscutable qu'il existe deux variétés cliniques de constipation habituelle : une spasmodique, dans laquelle les matières sont ovillées, les boules isolées les unes des autres; dans cette forme, le ventre est plat, l'intestin est contracturé, dur, sensible ou même douloureux à la palpation ; le lavage de l'intestin est mal supporté et ne donne que de mauvais résultats; — et une forme atonique dans laquelle le ventre est distendu, météorisé. Le cæcum est encombré de matières qui sont conglomérées : il gargouille et donne à la main la sensation d'une masse mollasse, pâteuse (intestin chiffon de Langenhagen). Ici le lavement est bien toléré. Les malades chez lesquels s'observe la première forme sont le plus souvent des nerveux excitables, ceux chez lesquels on note la seconde, des déprimés, des chroniques.

Le traitement varie naturellement suivant la forme.

Dans la constipation atonique, il faut rayer du régime alimentaire tous les aliments facilement fermentescibles : gibiers, coquillages, crustacés, charcuterie, fromages, poissons conservés, conserves alimentaires. On évitera certaines légumineuses (pois, haricots, qui augmentent les gaz intestinaux) et l'on déconseillera les fruits astringents, les confitures, les sucreries, qui augmentent trop les fermentations intestinales, le vin pur, les liqueurs, le café, le thé. On prescrira au contraire les viandes de bœuf, de mouton, de veau, les volailles grillées, rôties, braisées ou bouillies, on permettra le porc rôti, le jambon, les viandes fumées, le poisson bouilli, les œufs. L'usage de lentilles non décortiquées, de choux, de choux-fleurs, de choux de Bruxelles, de purées de navets, de carottes, d'épinards, de salades cuites, facilitera la formation du bol fécal. Comme dessert, des crèmes, des flans, des biscuits, quelques fruits cuits, des oranges, des raisins, du pain d'épice, du miel. Comme boissons, du petit lait, de la bière légère, de l'eau ordinaire, que l'on peut additionner d'un tout petit peu de vin blanc.

Le traitement symptomatique proprement dit s'adresse d'abord à l'hydrothérapie : la douche froide, la compresse froide, appliquée sur le ventre le matin au réveil, l'absorption à jeun d'un grand verre d'eau froide, combattent heureusement la constipation habituelle. Le lavage « est un des meilleurs moyens d'action contre la constipation chronique, et un de ceux qui donnent les meilleurs résultats ». De même, la gymnastique suédoise et l'électricité faradique.

Parmi les agents médicamenteux, il faut essayer tout d'abord ceux qui agissent mécaniquement : la graine de psyllium, à la dose de trois cuillerées à café par jour, une à chaque repas, délayée dans un peu d'eau froide; la graine de lin mondée, qu'on prend aux mêmes doses; les huiles, huile d'amandes douces, d'olives, de ricin. Une cuillerée à café d'huile de ricin tous les soirs, deux heures après le repas, donne au bout de quelques jours de bons résultats. Si ce procédé ne réussit pas, on peut renforcer l'action du médicament par la prescription d'une seconde dose le matin à jeun.

Lorsque ces médicaments ont échoué, on peut essayer les cholagogues, qui en augmentant la production de la bile, facilitent le nettoyage de l'intestin. C'est ainsi qu'agirait le calomel à petites doses; quant aux purgatifs salins il faut s'en méfier et les réserver pour les moments où il est nécessaire de vider l'intestin après une période de constipation prolongée.

D'autres substances réveillent la contractilité de l'intestin : telles sont la nicotine, la strychnine, l'ergotine, qu'on peut utiliser pures ou associées aux purgatifs de même ordre, comme le séné et le cascara sagrada.

Le séné donne d'excellents résultats. Il fait la base de la poudre de réglisse composée du codex et de quantités de spécialités réputées. La formule suivante est donnée par M. Surmont :

Poudre fraîchement préparée de follicules de séné soigneusement lavés à l'alcool.	10 grammes
Soufre sublimé et lavé......	5 —
Poudre de fenouil.......... } *àâ*	2g50 centigr.
Poudre de réglisse......... }	
Sucre pulvérisé............	5 grammes

Une cuillerée à café tous les soirs ou tous les matins.

La dose peut d'ailleurs être augmentée. On peut aussi ajouter à la formule précédente un peu de poudre de noix vomique dans la constipation atonique, un peu de belladone dans la forme spasmodique.

Le podophyllin, l'évonymine et le cascara sont en même temps des cholagogues et des excitants de la sécrétion intestinale. On peut prescrire :

Podophyllin.....................	deux centigr.
Savon médicinal.................	un —

Pour une pilule. — Une à deux par jour.

Evonymine...................	quatre centigr.
Savon médicinal...............	Q. S.

Pour une pilule. — Une à deux par jour.

En somme, le traitement médicamenteux donne de bons résultats à condition que les médicaments soient employés à doses faibles, toniques, pour ne pas forcer la contractilité d'une musculaire déjà défaillante; de ne pas prolonger trop l'usage du même médicament, de donner la plus grande importance au traitement diététique. M. Surmont rejette formellement du traitement de la constipation chronique, l'aloès, la gomme-gutte et le jalap dont l'action est trop énergique, et la rhubarbe qui exagère la constipation après une amélioration de courte durée.

Les lavements sont d'un grand secours dans le traitement de la constipation chronique. S'ils produisent rapidement l'accoutumance, c'est que la plupart des malades augmentent graduellement la quantité de liquide absorbée chaque fois et résistent le plus longtemps possible à l'envie d'aller à la selle. Ce qui les amène à forcer progressivement la contractilité déjà faible de leur intestin. Froids ou additionnés de sel de cuisine, de cassonade ou de glycérine (1 à 2 cuillerées à soupe pour 250 grammes), les lavements rendent de grands services à condition d'être peu copieux et de n'être pas gardés trop longtemps dans l'intestin. Le moment le plus recommandable pour leur administration est l'heure qui suit le repas du matin ou du soir, alors que l'évacuation gastrique a commencé à mettre physiologiquement en branle le péristaltisme intestinal. L'action des suppositoires est en tout point analogue à celle des lavements, mais les uns comme les autres ne doivent pas être d'un usage quotidien, car ils entraînent alors l'apparition du catarrhe colique ou rectal qui oblige à en susprendre l'emploi. Ils conviennent plus particulièrement aux malades qui se plaignent de n'éprouver jamais le besoin d'aller à la garde-robe, et chez lesquels la constipation serait liée à une diminution de la sensibilité du rectum.

Les cures thermales de Châtel-Guyon, de Brides et d'Aubin interviennent à la fois par leur action sur l'état général du sujet et par leur action locale laxative ou mécanique. « Toutefois il faut savoir que les indications respectives de chaque source ne sont pas encore bien nettement établies, et que les résultats définitifs sont souvent douteux, si l'effet utile immédiat est presque toujours obtenu. »

Les cures de raisin et de petit lait ont aussi une influence heureuse incontestable dans le traitement de la constipation atonique.

La cure de la forme spasmodique est longue et difficile et repose, encore plus que l'autre, sur un régime diététique sévère.

On laissera complètement de côté tous les aliments fermentescibles ou grossiers, l'on ne permettra le bœuf et le mouton que rôti ou grillé, et l'on recommandera surtout

l'emploi de la viande blanche et des volailles rôties; on déconseillera les crucifères et les herbes cuites qui laissent de trop gros déchets alimentaires. On autorisera les potages au bouillon bien dégraissé, le tapioca, le beurre frais. L'interdiction du vin pur, des liqueurs, du café, du thé, du lait pur et complet sera absolue, la boisson la meilleure pour ces malades étant sans contredit l'eau pure. Les petits repas répétés sont préférables aux trois grands repas habituels.

La médication symptomatique doit être avant tout calmante, sédative. L'hydrothérapie est donc indiquée au premier chef, mais c'est à l'hydrothérapie tiède qu'on aura exclusivement recours, sous forme de douches et de bains courts et fréquents, suivis de frictions froides ou alcoolisées. Les cataplasmes réussissent souvent, de même que les sacs de sable ou de son. Le massage vibratoire est tout indiqué; le massage ordinaire du ventre et la gymnastique suédoise sont au contraire nuisibles; quant à l'électrothérapie, il est peut-être préférable de la proscrire, bien qu'elle ait donné quelques succès.

Des agents médicamenteux, les substances agissant mécaniquement, peuvent être prescrites de même que les laxatifs sucrés. Mais les médicaments de choix sont les antispasmodiques et particulièrement la belladone et la jusquiame. On peut prescrire ces corps selon les formules suivantes :

Extrait de belladone .... } *ââ* un centigr.
Poudre de belladone .... }

Une à quatre pilules par jour, aux repas ou le soir (Trousseau).

Extrait aqueux de jusquiame. } *ââ* quatre centigr.
Poudre aqueuse de jusquiame }

Une à cinq pilules par jour.

Les lavements qui donnent les meilleurs résultats sont incontestablement les lavements huileux, qu'on a pu considérer presque comme spécifiques de l'affection. Enfin les cures thermales de Plombières, Luxeuil, Néris exercent une action des plus favorables sur l'évolution de la constipation spasmodique.

L. B.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'éclampsie.

Jadis considérée comme une névrose, l'éclampsie est regardée aujourd'hui comme une auto-intoxication d'origine gravidique, et le traitement a bénéficié des nouvelles idées pathogéniques qu'elle a provoquées. C'est ce traitemeut qu'expose M. Maygrier dans une récente clinique (1).

Le premier symptôme de l'éclampsie étant souvent l'albuminurie, il importe de mettre au repos et de soumettre au régime lacté exclusif toute femme enceinte dont les urines sont albumineuses. Ce régime sera continué au moins huit jours : au bout de ce temps, la femme sera à l'abri de l'éclampsie (Tarnier).

Une fois l'éclampsie déclarée, il faut à la fois débarrasser l'organisme des principes toxiques qui l'encombrent, et calmer l'excitabilité des centres nerveux.

Une saignée de 300 à 500 grammes sera pratiquée. Jadis Depaul retirait jusqu'à 1 200 et 1 500 grammes de sang. Ces larges soustractions sanguines ne sont plus employées : elles diminuent par trop la résistance de la malade. M. Maygrier fait suivre la saignée d'une injection sous-cutanée équivalente du sérum présentant la formule suivante :

Chlorure de sodium	8 grammes
Eau distillée...............	1 000 —

On administrera un grand lavement suivi d'un lavement purgatif, on fera prendre 150 à 200 grammes de lait toutes les deux heures : si la malade ne peut avaler, on la gavera, et, si les dents sont serrées, on introduit la sonde par la voie nasale.

L'excitabilité des centres nerveux et l'agitation seront amendées par le chloroforme et le chloral. Mais on n'administrera pas le chloroforme à hautes doses dans la crainte d'ajouter, comme l'a dit M. Budin, une intoxication médicamenteuse à l'intoxication éclamptique : on se contentera de verser quelques gouttes sur un mouchoir au moment des périodes d'excitation. De même pour le chloral : les doses de 12 à 15 grammes recommandées jadis sont trop élevées. A prescrire des lavements :

Hydrate de chloral...........	4 grammes
Jaune d'œuf.................	n° 1
Lait.........................	200 grammes

Les Allemands recommandent la morphine : on pourra y recourir avec précaution. Quant aux bains chauds conseillés par Bar, ils excitent avantageusement la fonction rénale, mais ils sont souvent d'administration difficile.

Pendant les attaques on retiendra la femme dans son lit, on l'empêchera de se mordre la langue en appliquant une compresse au-devant des arcades dentaires. Ce sont là de petites précautions qu'il ne faut pas négliger.

Faut-il débarrasser l'utérus?

Il n'y a pas lieu de *provoquer* l'accouchement; car l'éclampsie peut persister après l'accouchement et d'autre part la grossesse peut continuer après l'éclampsie. Quelques auteurs, Halberstma en particulier, qui admet que l'éclampsie tient souvent à une compression des uretères, sont allés jusqu'à proposer et pratiquer l'opération césarienne. Cette opinion est peu soutenable. Pour se décider à intervenir, il faudrait voir survenir des accidents graves : anurie ou élévation thermique par exemple; en dehors de ces conditions il ne faut pas interrompre la grossesse et se contenter d'attendre.

Par contre, dès qu'il y a un commencement de travail, l'expectation n'est plus de mise. Si la dilatation marche lentement, élargissons-la par l'entrée des deux indicateurs dans le col, suivant le procédé de Bonnaire. Aussitôt qu'il sera possible de pénétrer dans l'utérus, délivrons la mère par le forceps, la version ou l'extraction, suivant le cas. Ici, il ne convient plus de tergiverser; autant l'on doit avoir de répugnance à intervenir pendant la grossesse, autant il faut apporter de décision et de promptitude à accélérer le travail quand il est commencé, et à terminer rapidement l'accouchement.

(1) *Journ. des pratic.*, 28 juin 1902.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie de médecine est autorisée à accepter, aux clauses et conditions imposées, la donation d'une somme de 38 000 francs, faite à son profit par M. le docteur O.-M. Lannelongue, pour les arrérages être affectés à la fondation d'un prix triennal.

Institut Pasteur municipal de Bordeaux. — M. le docteur Gabriel Ferré, professeur de clinique expérimentale à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé directeur de l'Institut Pasteur, nouvellement créé.

M. le docteur Buard est nommé chef des laboratoires de la diphtérie et de la rage.

M. le docteur Hobbs, agrégé, est nommé chef des laboratoires de la vaccine et de la tuberculose.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Delmont et Riant (de Paris); Mabboux, ancien médecin militaire.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursions en Dauphiné.* — La Compagnie P.-L.-M. offre aux touristes et aux familles qui désirent se rendre dans le Dauphiné, vers lequel les voyageurs se portent de plus en plus nombreux chaque année, diverses combinaisons de voyages circulaires à itinéraires fixes ou facultatifs permettant de visiter, à des prix réduits, les parties les plus intéressantes de cette admirable région : la Grande-Chartreuse, les gorges de la Bourne, les Grands-Goulets, les massifs d'Allevard et des Sept-Laux, la route de Briançon et les massifs du Pelvoux, etc.

La nomenclature de ces voyages, avec prix et conditions, figure dans le Livret-Guide officiel P.-L.-M., qui est mis en vente au prix de 50 centimes dans les gares de son réseau, ou envoyé contre 85 centimes en timbres poste adressés au service central de l'exploitation (publicité), 20, boulevard Diderot, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE 17

N° 102. — JEUDI 11 SEPTEMBRE 1902 — 75e ANNÉE. — JEUDI 11 SEPTEMBRE 1902. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

LES INTOXICATIONS ALIMENTAIRES PRODUITES PAR LES POISSONS

D'après M. Georges Vignon (1).

Les cas dans lesquels la chair de poisson peut devenir dangereuse et même mortelle pour l'homme sont plus fréquents qu'on ne pourrait le croire au premier abord. Au point de vue *étiologique*, on peut ranger ces cas en deux catégories, suivant que les poissons qui ont causé l'accident étaient frais ou conservés, quel que soit d'ailleurs le mode de conservation employé.

Dans la première catégorie rentrent d'abord les poissons venimeux dont l'existence est surtout bien connue depuis les études et les expériences dont ils ont été l'objet de la part de M. Rémy et des médecins japonais. On avait cru tout d'abord que la substance toxique est constamment répandue dans tout le corps de l'animal. Mais on ne tarda pas à constater que nombre de ces poissons dits vénéneux ne l'étaient ni en entier, ni toujours, que leur toxicité paraissait résider dans certains organes et variait avec les saisons, et même, d'après certains auteurs, avec les régions. Chevalier et Duchesne citent le cas de certains poissons qui, dangereux de mai à septembre, sont dépourvus de toute toxicité pendant le reste de l'année; les Japonais remarquent que les tétrodons sont souvent redoutables au printemps et que l'ingestion des viscères est indispensable pour produire des accidents toxiques; Greets et Rémy démontrent que la toxicité des poissons coïncidant avec l'époque du frai, le poison doit siéger dans les œufs; il y a d'ailleurs longtemps qu'on s'était aperçu en Europe que les œufs de poissons, même les plus communs, peuvent produire des accidents.

A côté des poissons vénéneux, il faut placer les poissons malades. On a trouvé, dans le corps de ces animaux, des larves de certaines espèces de tænias (Schokke), des grégarines (Bonnet, etc.). D'autre part, Rathke, Barbohn, etc., ont signalé des épidémies sévissant sur les silures de la Vistule et sur les perches du lac de Genève, épidémies paraissant dues à une infection bactérienne spécifique. Bien qu'aucun incident n'ait été signalé dans les populations environnantes, il faut pourtant redouter la propagation de la maladie à l'homme, et pour Brieger, il convient peut-être de voir dans l'ingestion des poissons malades, la cause des redoutables épidémies qui ravagèrent, il y a une cinquantaine d'années, la population des pêcheurs du Volga. Von Gelphe pense que certains cas de béribéri sont dus à l'absorption de certains poissons séchés; Fischer décrit chez les carpes une maladie infectieuse, due au bacillus piscidus, et transmissible aux animaux à sang chaud par les voies stomacale et sous-cutanée.

Les poissons empoisonnés peuvent aussi occasionner des accidents; le cas est des plus rares et s'observe surtout chez les poissons pris avec des appâts toxiques (coque du levant, veratrum, staphysaigre, etc.) ou putréfiés. Ces derniers ne sont dangereux que si l'on ne consomme pas immédiatement le poisson et si l'on en ingère les viscères.

Tous les procédés préconisés pour conserver le poisson ont donné des accidents, que la conserve paraisse au premier abord altérée ou qu'au contraire les recherches chimiques ou bactériologiques ne révèlent rien d'anormal. Lorsqu'il s'agit d'un des modes de conservation dans lesquels le poisson est simplement fumé ou salé, les altérations peuvent être attribuées à une préparation insuffisante ou mal conduite, à l'emploi de poissons malades ou déjà altérés. C'est peut-être, d'après von Drep, ce qui expliquerait la fréquence des empoisonnements observés en Russie avec les poissons dits de Perse. C'est également à l'insuffisance de la dessiccation qu'il faut attribuer les accidents produits par la morue et surtout par la morue verte; quant aux éléments du rouge qu'on avait songé un moment à incriminer, les nombreux travaux de Heckel, Béranger-Féraud, Le Dantec ont montré que leur action se bornait simplement à favoriser les phénomènes de putréfaction, le rouge n'ayant par lui-même aucune propriété toxique.

En ce qui concerne les conserves en boîte, leur altération se manifeste d'ordinaire par un ensemble de signes objectifs auxquel il est impossible de se tromper; ce sont le bombage du couvercle, la liquéfaction de la gélatine, la saponification des graisses, l'odeur, le goût et la texture des chairs. A côté de ces altérations, d'origine microbienne, il en est d'autres toutes différentes, soit que la conserve ne présente rien de particulier lors de son ouverture, soit que physiquement, chimiquement et bactériologiquement, on puisse découvrir la cause des accidents observés. En somme,

(1) Th. de Paris, 1902, n° 409.

il n'y a rien à redouter du poisson bien frais et suffisamment cuit, pourvu qu'il ne soit pas malade et qu'on prenne soin d'en rejeter les œufs et les viscères.

La *symptomatologie* de ces intoxications est assez difficile à décrire; on peut cependant, avec von Sobbe et Hermann, décrire trois types principaux : le type gastro-intestinal, le type nerveux ou paralytique; le type exanthématique, ce dernier étant des plus rares et ne méritant qu'une simple mention.

Le type gastro-intestinal est le plus anciennement étudié, le plus fréquent et le moins redoutable. Il s'observe à la suite d'ingestion de poissons frais, malades ou putréfiés, ou de conserves manifestement altérées, et présente tous les degrés de gravité depuis l'état gastrique le plus léger jusqu'aux manifestations typhoïdes ou cholériformes les plus graves. Souvent les accidents se bornent à de simples phénomènes de superpurgation; cette action irritante sur la muqueuse de l'intestin paraît surtout dévolue aux œufs des poissons de nos pays : brochets, barbeaux, lottes, etc., et était déjà connue des anciens qui utilisaient les œufs de barbeaux comme purgatif en médecine vétérinaire. D'autres fois, les troubles sont plus accentués et l'on se trouve en présence d'un embarras gastrique plus ou moins sérieux, caractérisé par un malaise général, des nausées, des vomissements, des coliques et de la diarrhée; ces symptômes durent peu, et, en deux ou trois jours, le malade est complètement rétabli. Enfin, dans les cas les plus graves, l'intoxication revêt l'aspect d'une maladie typhoïde avec manifestations ataxiques ou adynamiques ou présente tous les symptômes d'une attaque de choléra. Après une période d'incubation souvent courte (un quart d'heure dans un cas de Gœrtz), apparaissent des maux de tête violents, prédominants parfois à la région occipitale, une sensation de brûlure le long de l'œsophage et au creux épigastrique, puis des nausées, des vomissements d'abord alimentaires ou bilieux, puis sanguinolents. L'abdomen est douloureux, tantôt ballonné, tantôt rétracté, le malade est en proie à des coliques violentes suivies d'évacuations diarrhéiques verdâtres ou sanguinolentes. Bientôt, il tombe dans une adynamie profonde; le facies est pâle et anxieux, la peau livide, les extrêmités se couvrent d'une sueur froide, les bruits du cœur diminuent, les urines deviennent rares, enfin la mort survient plus ou moins vite, moins de vingt-quatre heures, quelquefois, après le début des accidents.

La guérison peut d'ailleurs s'observer; dans ce cas, les symptômes graves disparaissent presque subitement et le malade recouvre rapidement la santé.

C'est au cours de cette forme qu'apparaissent le plus souvent les manifestations cutanées tout à fait indépendantes de la nature du poisson ingéré; elles ne surviennent guère que vers le troisième jour et coïncident souvent avec une amélioration notable de l'état général; elles affectent les formes les plus variées : urticariennes, scarlatiniformes, rubéoliformes, papuleuses, bulbeuses et même purpuriques; elles sont ordinairement de courte durée.

Dans la forme nerveuse, les troubles gastro-intestinaux sont nuls ou peu prononcés, mais les accidents nerveux à forme paralytique dominent le tableau. La période d'incubation, assez longue, varie d'un à deux jours; elle est suivie d'une phase gastro-intestinale qui débute subitement par des nausées, des vomissements verdâtres et se caractérise par l'état saburral des voies digestives, la rougeur de la gorge et des amygdales, le ballonnement du ventre, la constipation. Il y a de la céphalalgie, la tête est brûlante, mais, à aucun moment, on ne note de fièvre. Cette phase est de courte durée, les vomissements cessent bientôt, les douleurs abdominales s'atténuent; c'est alors que les troubles nerveux font leur apparition. Le malade se plaint de vertiges, d'obscurcissement de la vue, et l'on constate bientôt l'existence de paralysies frappant surtout les nerfs craniens. Les troubles oculaires, constants et presque pathognomoniques, consistent en paralysies toujours symétriques, partielles ou complètes et frappant la musculature interne aussi bien que la musculature externe. Du côté du pharynx, du larynx, du cœur et des poumons s'observent les signes habituels de la paralysie de pneumogastrique; paralysie du voile, anesthésie pharyngo-laryngée, congestions pulmonaires, tachycardie, irrégularité du pouls, etc. Malgré la gravité de ces symptômes, l'intelligence reste intacte et le malade se rend compte, jusqu'à la fin, de la gravité de son état. C'est dans cette forme que l'on observe surtout la constipation et la rétention d'urine; par contre, les manifestations cutanées y sont rares. La progression de ces différents symptômes se fait avec une rapidité variable : en une heure ou deux dans les cas foudroyants, en deux jours dans les autres cas. Fait remarquable, on observe souvent, même dans les formes les plus graves, une amélioration notable des symptômes inquiétants, amélioration d'ailleurs passagère et sans valeur pronostique. Bien que la mort survienne dans un nombre de cas assez élevé, la guérison est la terminaison la plus habituelle des accidents; elle met des mois à s'achever et peut même se compliquer de rechutes, d'ailleurs peu graves.

Cette forme nerveuse est donc la forme la plus redoutable de l'ichthyosisme. Cependant son pronostic est très variable et l'on peut « observer toute une échelle de gravité depuis la simple diplopie avec parésie de la paupière supérieure jusqu'au ptosis complet avec paralysie du voile du palais, nécessitant l'usage de la sonde œsophagienne, ou même jusqu'aux troubles cardiaques ou respiratoires souvent précurseurs d'une mort prochaine ».

Quelle est la *pathogénie* des accidents précédemment décrits? On a incriminé successivement, comme agents toxiques, un acide provenant de l'altération des corps gras, des gaz divers, des substances telles que la leucine ou la tyrosine, des champignons divers; en réalité, l'ichtyosisme est dû aux ptomaïnes isolées par Selmi, Brouardel et Boutmy, Gautier et Etard, Brieger, et en particulier à la ptomato-atropine, avec laquelle on a pu (von Arep) reproduire expérimentalement les symptômes observés chez l'homme. Cette ptomaïne serait peut-être due à l'activité vitale de microbes spéciaux (v. Arep, Schmidt, Jakowlew) qu'Arustanoff a essayé d'isoler et d'étudier. Il existe d'ailleurs une ressemblance étroite entre l'ichtyosisme et le botulisme et l'on sait que, dans cette dernière affection, von Ermangen a découvert un micro-organisme spécial, le bacillus botulinus, dont les toxines injectées dans l'animal reproduisent les symtômes du botulisme secondaire. On peut donc admettre que l'ichtyosisme paralytique est dû à un microbe spécifique plus ou moins voisin du bacillus botulinus, et agissant par ses toxines sur le système nerveux.

Mais l'agent toxique n'est pas la seule cause dont il faille tenir compte dans la pathogénie de l'ichtyosisme : il faut encore faire jouer un certain rôle à l'individu lui-même. On sait l'extraordinaire susceptibilité que certaines personnes présentent vis-à-vis du poisson; il est probable, de plus,

qu'en dehors de ces conditions physiologiques, l'état pathologique des différentes parties du tube digestif intervient dans nombre de cas et explique pourquoi, de plusieurs personnes ayant mangé le même poisson, seules quelques-unes tombent malades et présentent des accidents plus ou moins graves.

Les *lésions anatomo-pathologiques* ne présentent rien de caractéristique dans la forme gastro-intestinale, les altérations macroscopiques ne se distinguent en rien de celles qu'on observe au cours d'inflammations banales et consistent en injection de la muqueuse gastrique, parfois semée de petits points ecchymotiques, en tuméfaction et rougeur de l'intestin grêle, en congestion du foie, de la rate, des poumons et des reins. Dans la forme paralytique, les lésions sont encore moins accentuées du côté du tube digestif, mais tous les organes sont hyperhémiés. On ne trouve d'ailleurs pas d'autres lésions que cette hyperhémie.

Le *diagnostic* est en général assez facile, surtout quand il s'agit d'une forme grave, frappant à la fois plusieurs personnes. On peut cependant, dans ces cas, songer à des affections très voisines : le choléra, la fièvre typhoïde, les intoxications. Dans le choléra, la période d'incubation est longue, le début lent et progressif; à la période algide, les crampes douloureuses, les vomissements, l'hypothermie et les phénomènes asphyxiques sont caractéristiques; la recherche du bacille du choléra dans les selles des malades fournira des éléments décisifs de diagnostic dans les cas douteux. La fièvre typhoïde a pour elle son début lent et progressif, ses phénomènes adynamiques, sa courbe thermique, son agglutination positive. Des intoxications, celle qui est la plus voisine de l'ichtyosisme est l'intoxication par la belladone, mais dans ce cas, il existe des troubles encéphaliques notables : délire, hallucinations, vertiges, la sensibilité est atteinte, le pouls est très accéléré. Le botulisme enfin est des plus difficiles à distinguer de l'ichtyosisme et ce diagnostic repose presque uniquement sur l'étude des antécédents.

Étant donné la multiplicité des formes cliniques et surtout les différences considérables qu'on peut observer dans la gravité des accidents, on conçoit que le *pronostic* soit, lui aussi, des plus variables. On ne peut, en effet, mettre en parallèle les légères indispositions observées chez certaines personnes avec les redoutables empoisonnements causés en Russie par le caviar. Car si, dans le premier cas, tout aboutit en quelques jours à la guérison complète comme dans les intoxications de Sidi-bel-Abbès et de Lorient, dans le second cas, au contraire, la mortalité serait de près de 50 p. 100 (Hermann).

En réalité, le pronostic dépend de la nature du poisson ingéré, de son degré d'altération et surtout de l'état des différents viscères du malade : foie, reins, estomac, etc.

Le *traitement* sera d'abord prophylactique. Quant au traitement symptomatique, il consiste : *a.* à évacuer l'estomac, sans employer toutefois des vomitifs qui peuvent déterminer des syncopes; *b.* à vider l'intestin de son contenu par des lavements abondants et des purgatifs choisis; *c.* à amener l'antisepsie digestive par l'administration de naphtol, de benzonaphtol, etc.; *d.* à faciliter le fonctionnement des organes éliminateurs : reins, peau; *e.* à lutter enfin contre les différents symptômes observés : adynamies, paralysies, etc., à l'aide des médications habituelles. La convalescence sera traitée par les différents moyens mis en usage dans les cas analogues : alimentation choisie, cure d'air, exercice modéré, médicaments fortifiants. L. B.

DE L'INCISION ESTHÉTIQUE RÉTRO-AURICULAIRE

POUR LE TRAITEMENT DE QUELQUES LÉSIONS CERVICALES OU PAROTIDIENNES (1)

Par H. MORESTIN, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Voici enfin un cas qui nous fournira quelques données, principalement sur le champ d'action dont on dispose par l'incision rétro-auriculaire, car il s'agit d'une poly-adénopathie occupant les régions parotidienne et sterno-mastoïdienne des deux côtés. En raison même de cette multiplicité des lésions, et de leur répartition sur des territoires très étendus, ce cas en vaut à lui seul toute une série, car il est bien évident que la démonstration est établie par chaque ganglion enlevé, et qu'en se plaçant sur le terrain technique ce qui est vrai d'un ganglion pourrait l'être, à plus forte raison, de toute tumeur enkystée, circonscrite, mobile et bénigne. La malade est une jeune femme de vingt-trois ans, élégante et gracieuse, mais chétive, de santé fragile, toussant volontiers, sans que l'auscultation ait jamais permis d'affirmer l'existence d'une tuberculose pulmonaire, de plus fatiguée par une grossesse qui a pris fin il y a huit mois par des couches pénibles. Dans les derniers temps de cette grossesse, a débuté l'affection actuelle, par une tuméfaction pré-auriculaire, bientôt suivie de l'apparition de nouvelles grosseurs au-dessous du lobule et le long du cou. C'était à vrai dire un rappel, la malade ayant eu autrefois dans l'enfance des adénopathies occupant les mêmes régions, et qui, soignées avec sollicitude, avaient disparu lentement d'une façon complète, après avoir été l'objet d'un traitement purement médical, mais longtemps prolongé.

Au moment de notre examen, le 10 juin 1902, quand la malade entra à Saint-Louis, isolement, n° 8, une série de bosselures déformaient les régions parotidienne et sterno-mastoïdienne, répondant à des ganglions volumineux. A droite il y en avait un préauriculaire, un plus bas situé sur les limites de la parotide, deux autres à la partie moyenne de la région carotidienne, enfin un dernier dans le creux sus-claviculaire. A gauche il y en avait seulement un gros à l'union des régions sous-maxillaire et carotidienne.

Tous ces ganglions, arrondis ou ovoïdes, étaient de consistance très ferme, bien circonscrits et parfaitement mobiles. En ce qui concerne ceux de la région carotidienne, ils offraient dans leur mobilité un caractère dont l'importance est toute spéciale; le cou n'étant pas fléchi, il était possible de les déplacer de haut en bas et de bas en haut. Cette mobilité dans le sens vertical s'observe seulement quand il n'y a point d'adhérence, si la tête n'est pas fléchie, au lieu que de la mobilité dans un plan transversal, on ne peut habituellement rien conclure en ce qui concerne les connexions avec les organes voisins.

Le ganglion sus-claviculaire fut ôté par une petite incision directe de 2 à 3 centimètres; l'extirpation fut très facile, et le ganglion se laissa énucléer très aisément aussitôt sa loge ouverte. C'était encore un renseignement favorable au sujet de nos tumeurs. La malade voulait bien être débarrassée de celles-ci, dont tous les traitements médicaux n'avaient pu cette fois arrêter l'accroissement, mais à

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 101, p. 1001.

la condition formellement exprimée qu'il n'y aurait pas de cicatrice visible. Autrement elle déclarait renoncer à toute tentative opératoire.

Je promis d'essayer, et me mis en devoir de le faire le 16 juin 1902. Je commençai par le côté gauche qui était le moins atteint. L'incision comme chez les précédentes malades suivit le sillon rétro-auriculaire. Je décollai le pavillon et les téguments mastoïdiens, puis je libérai peu à peu la peau de haut en bas jusqu'au niveau du ganglion tuméfié, situé, comme je l'ai dit, sur les limites de la région sous-maxillaire et carotidienne, à la hauteur de l'os hyoïde.

Jusque-là l'action avait été purement superficielle. Fixant alors le ganglion mobile, et très ferme, je détruisis doucement du bout de la sonde cannelée les tissus celluleux, ou cellulo-fibreux, qui le couvraient, puis je remplaçai la sonde par une assez forte curette, espérant, après l'avoir décollé des parois de la loge qu'il occupait, le charger et l'extraire, mais il se fragmenta, et l'instrument le ramena morceau par morceau. La loge fut bientôt complètement vide; le ganglion n'était pas suppuré, l'adénopathie appartenait à la forme lymphomateuse. La coque était d'une minceur extrême et vint par bribes sous l'action de la curette. Si des débris en sont restés, ils étaient à coup sûr dépouillés de tissu lymphoïde et réduits à l'état de toile conjonctive. Tout ce qui constitue le ganglion avait dû être détruit. La même opération fut répétée à droite; les choses furent un peu plus compliquées, puisqu'il fallut recommencer pour chaque ganglion ce que, de l'autre côté, il avait suffi de faire pour un seul, et qu'en outre je devais agir encore dans la région parotidienne. Les ganglions furent successivement fragmentés, évidés et détruits par un curetage intégral. Aucun d'eux n'était suppuré ni caséeux ; c'étaient des lymphomes. Je drainai et réunis comme précédemment. Ici encore les suites furent simples et la malade put quitter l'hôpital, opératoirement guérie, le 26 juin. N'ayant pas confiance absolue dans la solidité de cette guérison je lui ai donné le conseil, qu'elle a suivi, de quitter Paris pour aller au bord de la mer, où sa santé se maintient jusqu'à présent.

De cette observation, je ne veux tirer aucune conclusion concernant le traitement des adénites tuberculeuses du cou. D'une façon générale la conduite suivie dans le cas particulier donnerait peu de satisfaction et procurerait même quelques déboires. Avec des ganglions ramollis, suppurés, adhérents, elle serait fortement contre-indiquée.

On remarquera qu'il s'agissait d'une forme lymphomateuse, où les ganglions isolés, distincts, durs et très mobiles, étaient énucléables. C'est ce qui m'a permis de déférer au désir de la jeune femme, en tentant leur ablation sous-cutanée.

Il n'y avait ni suppuration, ni ramollissement caséeux, et dès lors le curetage intégral auquel les ganglions ont été soumis est en principe suffisant. De telles formes ne sont pas très fréquentes, et l'indication à laquelle j'ai obéi ne doit être suivie que dans des circonstances exceptionnelles. Retenons surtout ceci, c'est que l'incision rétro-auriculaire permet d'aborder des territoires bien plus étendus qu'on n'aurait pu le supposer, qu'elle donne accès non seulement vers la région parotidienne qui est dans son voisinage mais encore bien au-dessous vers la partie moyenne du cou.

On peut en somme rayonner autour de la *porte d'entrée* constituée par l'incision, sur une étendue de plusieurs centimètres; et dans cet espace exécuter nombre d'interventions.

Une manœuvre préliminaire s'impose, c'est la création d'un trajet entre la plaie rétro-auriculaire et la lésion que l'on veut aborder.

Et tout aussitôt doit-on se demander si ce travail préparatoire n'est pas à lui seul suffisamment aveugle, difficile et dangereux, pour faire renoncer à une telle manière de procéder.

Or, quelle que soit la distance à parcourir, il n'y a ni obscurité, ni difficulté, ni danger. Du point de départ au point d'arrivée le trajet doit être en effet superficiel, et pour le creuser il suffit de décoller les téguments, dont les instruments suivent constamment la face profonde. A travers la peau on perçoit avec une netteté extrême les moindres déplacements du bistouri et des ciseaux, et l'expérience aidant, on « sait très bien où l'on est ». D'ailleurs, il est permis de se renseigner encore tantôt avec le doigt, tantôt de visu en écartant les lèvres de la plaie et en posant des écarteurs, ce sont là moyens adjuvants qu'il ne faut négliger.

Si, comme il convient de le faire, on reste dans le plan sous-cutané, le décollement se poursuit plus ou moins aisément selon la densité des tractus cellulo-fibreux qui vont du derme à l'aponévrose, mais il n'y a pas là de difficulté réelle et c'est simple affaire de patience. Pour le danger, il est chimérique. En suivant la face profonde de la peau, on ne blesse que des artérioles ou veinules d'un calibre négligeable, ou dont l'hémorragie s'arrête par une compression temporaire.

Dans ma dernière observation la jugulaire externe était bien sur le trajet à parcourir, mais elle n'a causé aucun ennui car j'avais eu soin de suivre le plan profond de la peau, laissant le vaisseau contre l'aponévrose.

Chez mes quatre malades, il n'y a pas eu une seule ligature à faire, le suintement hémorragique d'abord assez abondant ayant toujours promptement cessé après un tamponnement appliqué durant quelques minutes. Et c'est ainsi que les choses se passent constamment dans les décollements que l'on pratique en d'autres régions. Indépendamment de ces craintes qui, nous venons de le voir, sont chimériques, on pourrait redouter de voir la peau détachée du plan profond compromise dans sa vitalité. L'expérience prouve qu'il n'en est rien, et les décollements pratiqués dans ces conditions ne sont jamais suivis de sphacèle.

L'innocuité de ces manœuvres permet de déclarer immédiatement que toutes les tumeurs bénignes, circonscrites, encapsulées, occupant le tissu cellulaire sous-cutané dans un territoire de plusieurs centimètres autour du pavillon de l'oreille, pourront sans difficulté excessive être extirpées par l'incision esthétique rétro-auriculaire. Ainsi les lipomes, les kystes, etc.

Mais nos observations ont trait à des cas moins simples, les lésions étant plus profondément situées. La première se rapporte à une suppuration de la région parotidienne, mais extra-parotidienne et relativement superficielle.

Dans la plupart des faits du même genre, on pourrait sans doute obtenir de même l'évacuation du pus. Il faut remarquer expressément que l'existence de la collection, son siège exact et ses limites avaient été établis avant l'intervention; de ce chef, il n'y avait donc ni hésitation, ni tâtonnements, il s'agissait d'effondrer dans une direction donnée les parties molles, pour pénétrer dans le foyer de

l'abcès et ce temps de l'opération effectué à l'aide d'un instrument mousse ne comportait ici aucun danger, ni fausse route. Dans le cas d'une suppuration parotidienne proprement dite, je ne sais si le résultat serait aussi satisfaisant. Je crois cependant que certains abcès parotidiens subaigus peuvent être évacués et drainés par cette voie. Les abcès tuberculeux, jusqu'à plus ample informé, ne nous semblent pas pouvoir être bien avantageusement traités de cette manière.

Dans le cas de suppuration collectée, sans état général alarmant, on sera sans doute autorisé à faire cette tentative.

Tout dépend donc de la gravité du cas. En présence d'une lésion très septique, devant une infection prononcée, ou bien encore si la région est tuméfiée tout entière, et si l'exploration clinique reste muette sur le siège précis de la collection purulente, ou donne à penser que la suppuration est diffuse ou en multiples foyers, il n'y aurait pas lieu évidemment de songer à un moyen détourné, et ce n'est pas de ces cas sérieux ou inquiétants qu'il est ici question.

De même nos observations concernant des tumeurs parotidiennes donnent assez bien la mesure de ce que l'on peut tenter dans cette région, une fois abandonné le plan sous-cutané. Le bistouri et les ciseaux n'ont été employés qu'avec une réserve et une prudence extrêmes, et seulement quand à la faveur d'un artifice quelconque son action a pu être contrôlée *de visu*. C'est surtout pour le kyste que nous avons pu procéder ainsi. Pour la tumeur mixte, la sonde cannelée, la curette, les instruments mousses ont servi à traverser la faible épaisseur de tissu glandulaire. J'ai dû procéder par évidement; la coque a pu ensuite être pincée, attirée et extirpée. Dans ces deux cas il a fallu en somme réduire le volume de la tumeur, par évacuation du liquide dans l'un, par évidement dans l'autre.

Ainsi dans les temps de l'opération exécutés dans la profondeur, les instruments tranchants n'ont été employés qu'avec la plus grande circonspection, et seulement quand on pouvait ne pas les quitter du regard. Dans ces conditions il n'y avait, il ne pouvait y avoir le moindre danger. Avec une tumeur dure, offrant une bonne prise à la pince à griffes, l'extraction eût été facile, mais de telles tumeurs sont rares dans la parotide. La plupart, de consistance très ferme quand on les examine cliniquement, sont en réalité d'un tissu très friable, et cèdent facilement sous la pression des instruments. Ce qui s'est passé chez ma malade, c'est ce que j'ai fait plusieurs fois de parti pris après incision directe; évidement de la tumeur à la curette, et, après cette réduction préliminaire, extirpation de la coque. On remarquera qu'il s'agissait de tumeurs occupant la partie marginale postérieure de la parotide et relativement superficielles. Ce sont à vrai dire les seules qui nous paraissent justiciables de cette voie; chez les malades opérées par nous, nous avions la certitude de ne pas aller à l'aventure. Il n'est question bien entendu que de tumeurs bénignes. Les tumeurs parotidiennes à la période où elles sont circonscrites doivent être considérées comme telles, et leur extirpation ne comporte aucune excursion hors de la loge qui les contient. Par conséquent ce qui a été fait chez ma malade H... est parfaitement suffisant, et nul n'est fondé à dire qu'elle est plus exposée à une récidive qu'après un traitement à ciel ouvert.

Dans ces limites, l'opération ne comporte rien de hasardeux. L'histoire de notre dernière malade nous conduit à des considérations identiques, en ce qui concerne la pénétration dans la profondeur de ces régions traversées par de gros vaisseaux et des nerfs importants. J'ai eu soin de dire que l'observation de ma jeune femme ne comportait aucune conclusion touchant le traitement des adénites tuberculeuses du cou d'une façon générale. Chez elle l'adénopathie était d'une forme toute spéciale, se prêtant à ce genre d'ablation. Et encore le pronostic d'avenir n'est nullement garanti. S'il survient quelque nouvelle masse cervicale, et si cette fois les ganglions s'agglomèrent, deviennent adhérents, et suppurent, nous n'en aurions pasde surprise. Accessoirement rappelons le veto formel, opposé par notre cliente à toute intervention suivie de cicatrice. Mais l'observation a une bien autre portée, comme nous le disions plus haut. C'est à tout le moins une expérience montrant que la région carotidienne est abordable par la voie rétro-auriculaire. En dehors des adénopathies, les tumeurs bénignes y sont rares. Cependant ces faits s'observent, et il est bon de savoir que le cas échéant, l'esthétique pourrait être heureusement sauvegardée.

En somme nous voyons que les manœuvres permises dans la profondeur se réduisent à un petit nombre; pour s'attaquer impunément à une tumeur que l'on ne voit pas, ou dont on aperçoit seulement une petite partie, il est nécessaire qu'elle soit bien circonscrite et isolable, et sinon superficielle, du moins abordable avec sécurité; que les manœuvres indispensables ne commandent pas l'emploi nécessaire d'instruments autres que ceux qui agissent en dissociant. L'évacuation de la collection, l'évidement par curetage se sont imposés chez nos malades; de ces artifices a dépendu la possibilité matérielle de l'opération, et à notre sens la réduction de la tumeur sera un temps nécessaire si la tumeur n'est pas assez ferme pour offrir une solide prise aux pinces à traction, suivant l'antique précepte de fractionner la difficulté pour la mieux résoudre.

Il nous semble, pour conclure, qu'il est possible, permis et sans danger, de décoller au loin les téguments et que dans une étendue de 10 centimètres environ à partir de l'incision rétro-auriculaire, le chirurgien est rigoureusement maître du tissu cellulaire sous-cutané, et que toutes les tumeurs bénignes comprises dans ce plan sont aisément atteintes et extirpées, qu'en outre certaines suppurations parotidiennes peuvent être évacuées et quelques tumeurs de la loge parotidienne ou du cou sont susceptibles d'être enlevées par cette voie. Pour qu'il n'y ait pas abus, il suffit d'apporter dans les indications un peu de bon sens et de discernement, et de remarquer que tout ceci s'adresse à une certaine catégorie de malades, qu'il s'agit d'une chirurgie d'exception, l'immense majorité de nos patients des deux sexes ne méritant pas qu'on se donne tant de peine pour leur éviter une cicatrice apparente.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la tuberculose pulmonaire par le cacodylate de strychnine.

Parmi les combinaisons de l'acide cacodylique, le cacodylate de strychnine, dont la préparation n'est pas très difficile, a été assez rarement employé. M. le docteur Eysséric l'a expérimenté chez les tuberculeux dans le service de M. le docteur Lyonnet, à Lyon, et les résultats qu'il

donne dans sa thèse (1) paraissent très favorables. Ce sel paraît agir surtout par la strychnine plus que par l'arsenic, qui est en assez faible proportion aux doses où on l'emploie; et il semble qu'il agisse principalement en stimulant l'appétit. Tous les malades soignés ainsi ont éprouvé cet effet, et tous ont très rapidement augmenté de poids.

En revanche aussi, et comme contre-épreuve, ils perdaient de leur poids très vite, dès qu'on cessait le médicament.

Voici quel en est le mode d'emploi :

Commencer par une dose de 2 milligrammes. Porter rapidement (1 et même 2 milligrammes de plus chaque jour) cette quantité à 20 milligrammes (10 chez la femme). Faire varier les doses définitives entre 20 et 30 milligrammes (10 à 20 chez la femme), selon que les effets sont ou non obtenus. Un jour de repos par semaine. La médication pourra durer sans inconvénient pendant plusieurs mois.

Quant au mode d'administration, il a paru préférable d'employer la voie sous-cutanée. Toutefois M. le professeur Galtier ne voit aucun désavantage à administrer le médicament par la bouche, la strychnine n'ayant pas d'effet défavorable sur la muqueuse gastrique.

Si l'on adopte l'injection hypodermique, employer une solution ainsi composée :

Eau distillée............	90 grammes.
Glycérine............	10 —
Cacodylate de strychnine.	1 —

Faire dissoudre le sel dans la glycérine au bain marie; puis ajouter l'eau.

Chaque seringue de Pravaz contient 1 centigramme de cacodylate de strychnine; chacune de ses divisions correspondant à un demi-milligramme.

La dose maxima a été de 35 milligrammes, sans qu'on ait vu le moindre phénomène toxique; mais les doses qui ont paru les plus favorables ont été de 20 à 30 milligrammes chez l'homme, de 10 à 20 chez la femme.

Toujours ces doses ont été bien supportées en procédant progressivement.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

M. Gueguen. De la ponction lombaire dans les traumatismes. — M. Logez. Le lymphangisme congénital et la macrocheilie. — M. Pasquereau. Contribution à l'étude de la kératite bulbeuse et de ses variétés. — M. Laborie. Contribution à l'étude de la lèpre oculaire. — M. Mamlock. Examen cytologique des urines chez les cardiaques. — M. Glatard. La diphtérie nasale. — M. Herviault. Érythèmes causés par les lavements boriqués dans la fièvre typhoïde. — M. Jullemier. Contribution à l'étude du rhumatisme scarlatineux chez l'enfant. — M. Labat. Les cystites dans la fièvre typhoïde et en particulier les cystites à bacilles d'Eberth. — M. Blanchet. Contribution à l'étude de la syphilis chez les nouveau-nés. — M. Dufour la Bastide. L'intoxication saturnine chez l'enfant. — M. Aronssohn. Contribution à l'étude du ferment glycolytique du sang. — M. Bossuat. Les helminthes dans le foie. — Mlle Volovatz. Ladrerie ou cysticercose chez l'homme. — M. Malsang. Des otorragies consécutives aux traumatismes de la tête indépendantes des fractures de la base du crâne. — M. Sévin. Fractures des phalanges et vérification au moyen de la radiographie. — M. Fouchard. Des arrachements du cuir chevelu (étude critique de 46 observations). — M. Kermarrec Contribution à l'étude des greffes de l'ovaire (greffes péritonéales et intraorganiques). — M. Janvier. Ulcérations et gangrènes provoquées de la peau chez les hystériques. — M. Kendirdjy. L'anesthésie chirurgicale par la cocaïne. Rachicocaïnisation et cocaïne localisée. — M. Vangeon. Contribution à l'étude du cacodylate de fer dans le traitement des anémies en général et en particulier de la chlorose. — M. Baty. Étude sur la calorimétrie clinique. — M. Prunet. Les paralysies radiales d'origine centrale. — M. Pozerski. De l'action favorisante du suc intestinal sur l'analyse du suc pancréatique et de la salive. — M. Germond. Contribution à l'étude des fistules congénitales du cou. — M. Bouzitat. Les injections intra-veineuses de sels mercuriels dans la syphilis. — M. Roux. De l'étiologie de l'asthme. — M. Herr. Elephantiasis nostras du membre inférieur; variété infectieuse. — M. Bremont. De la néphrite chez les chercheurs d'or à la Guyane française. — M. Barthez. De la résection dans l'ostéomyélite. — M. Guyon. Contribution à l'étude de l'électromélie. — M. Chiron du Brossay. Traitement des kératites par l'huile iodée. — M. Mathieu. Chromo-diagnostic du liquide céphalo-rachidien. — M. Poirier. Contribution à l'étude des troubles trophiques du tabes; sur une forme particulière du visage observée chez les tabétiques. — Mlle Horowitz. Contribution à l'étude des moyens de défense de l'organisme contre l'invasion microbienne sur l'oviducte de la poule et le blanc d'œuf. — M. Jossand. Contribution à l'étude du gros rein polykystique de l'adulte. — M. Le Houx. Étude sur la maladie de Roger. — M. Leport. Étude critique sur l'opération de Talma comme traitement de l'ascite. — Mme Stépanoff. Contribution à l'étude des thrombus puerpéraux. — M. Briens. Quelques considérations sur les causes invoquées pour supprimer l'allaitement au sein. — M. Lemasson. Du traitement palliatif des cancers inopérables du col de l'utérus. — M. Labussière. Étude médico-légale de la survie. — M. Levy. L'enseignement de l'hygiène individuelle dans les écoles. — M. Brouardel. Du cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les méningites et dans les pseudo-méningites de l'enfance. — M. Moreau. Contribution à l'étude du délire alcoolique (hallucination de l'eau). — M. Pamard. Contribution de l'étude du drainage dans la laparotomie. — M. Pfister. Péri-urétrite primitive sténosante et son traitement. — M. Dieu. Étude sur les angiocholécystites non suppurées. Leur traitement chirurgical. — M. Pedarré. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la perforation intestinale, survenant au cour de la fièvre typhoïde.

(1) Thèse de Lyon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Enseignement médical. — *Cours de vacances.* — Du lundi 6 au samedi 25 octobre des cours élémentaires et des démonstrations pratiques seront faits à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, Paris.

Liste des cours. — Ophtalmologie, M. Rochon-Duvignaud. — Maladies de l'estomac, M. Soupault. — Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, M. Leredde. — Oto-rhino-laryngologie, MM. Laurens et Boulay. — Maladies des voies urinaires, M. Noguès. — Massage, M. Marchais. — Electrothérapie, M. Zimmern. — Chirurgie pratique, M. Souligoux. — Maladies mentales, M. A. Marie. — Art de formuler, M. Joanin. — Gynécologie, M. Jayle.

Le programme collectif et détaillé des cours et démonstrations sera envoyé sur demande.

Chaque cours comprendra en moyenne neuf leçons. Le prix de chacun est fixé à 20 francs payables en s'inscrivant.

Le prix du cours de gynécologie est fixé à 50 francs; pour celui-ci, s'inscrire à la Faculté.

Pour les inscriptions et tous renseignements écrire au docteur Marchais, 10, rue La Bruyère, Paris IXe.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'histologie pathologique, par les professeurs Cornil et Ranvier, publié avec la collaboration des docteurs Brault et Letulle. 3e édition entièrement refondue. Tome II, avec la collaboration de MM. les docteurs G. Durante, J. Jolly, H. Dominici, A. Gombault et Cl. Philippe. 1 fort vol. gr. in-8° avec 202 gravures en noir et en couleurs dans le texte. — Prix : 25 francs. — Paris, F. Alcan.

Isolement et traitement des tuberculeux à l'hôpital (hôpital-sanatorium), rapport présenté au Congrès de Toulouse par le professeur Grasset (de Montpellier). 1 broch. — Montpellier, Imprimerie Serre et Roumégous.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17

N° 103. — SAMEDI 13 SEPTEMBRE 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 13 SEPTEMBRE 1902. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Considérations sur l'anatomie du sinus frontal; traitement chirurgical des sinusites frontales chroniques.

Par M. Pierre CAUZARD (de Paris).

Dans le traitement des sinusites frontales chroniques, deux principes doivent guider le chirurgien :

1° La connaissance de l'anatomie des sinus frontaux, de leurs rapports avec les cavités voisines, de leurs anomalies;

2° La thérapeutique générale des suppurations de cavités osseuses.

Une considération importante doit toujours le préoccuper : l'esthétique de la face.

I

Anatomie. — Nombreuses sont les variétés anatomiques que présentent l'os frontal et les deux cavités ou sinus qui s'y trouvent contenues entre la table externe et la table interne ; elles sont expliquées d'ailleurs par l'embryologie (1).

Chez l'embryon, on voit apparaître sur la paroi externe des fosses nasales plusieurs sillons, qui formeront les méats, tandis que les cornets se seront développés aux dépens des bourrelets qui séparent les sillons. De la partie antérieure du sillon supérieur, part un diverticule, le recessus frontal qui pénètre entre les deux tables du frontal et qui, par son développement, constituera le canal naso-frontal et le sinus frontal. De ce recessus, partent des sillons dits secondaires qui forment les cellules ethmoïdales antérieures ou cellules frontales, et les cellules ethmoïdales antérieures accessoires.

D'autres fois le sinus frontal est développé aux dépens d'une cellule frontale qui s'avance entre les deux lames du frontal (*mode de formation indirecte* qui d'après certains serait le plus fréquent). Si les deux modes de développement se produisent d'un même côté, il existe deux sinus frontaux de ce même côté; le même phénomène existe si le mode indirect a lieu deux fois, si deux cellules frontales s'enfoncent dans l'épaisseur de l'os. Le développement du canal naso-frontal est donc lié intimement à celui du sinus frontal et des cellules ethmoïdales antérieures. Celles-ci qui bordent et limitent le canal fronto-nasal lui donnent sa forme, sa direction, ses dimensions; et l'absence de ces cellules explique l'absence du canal que remplace alors un simple orifice.

Tel n'est pas l'avis d'Hajek; pour lui le canal naso-frontal est formé par l'accolement de la partie supérieure de la lamelle de la bulle ethmoïdale avec l'apophyse unciforme; le canal n'est pas dû aux cellules frontales, comme le prouvent des pièces où il existe d'abondantes cellules ethmoïdales antérieures sans existence simultanée d'un canal naso-frontal.

Chez le nouveau-né, les sinus frontaux sont représentés par un petit cul-de-sac peu profond, situé de chaque côté de la ligne médiane, émanant des cellules ethmoïdales antérieures; nuls et négligeables jusque vers la septième année, d'après Jacques, ils atteignent leur entier développement entre quinze et vingt ans.

Au point de vue anatomique, on peut distinguer trois genres de sinus, les petits, les moyens, les grands.

Les petits sinus, d'après Sieur et Jacob, répondent à l'angle supéro-interne de l'orbite ordinairement excavé, arrondi, où se trouve une mince lamelle osseuse appartenant au frontal *situé en arrière de l'apophyse orbitaire du maxillaire supérieur, en avant de l'os planum, et au-dessus de l'unguis*; ils peuvent être assez réduits pour ne pas dépasser en haut un plan horizontal passant par les deux trous sus-orbitaires, en avant une verticale passant par la crête de l'unguis. Ces petits sinus, de la grosseur d'un pois, sont rarement affectés de suppuration, ce ne sont pas des sinus chirurgicaux (1).

Il n'en n'est pas de même des sinus de dimensions moyennes ou des grands sinus. Les premiers, dans le sens horizontal comme dans le sens vertical, présentent normalement un diamètre de 30 millimètres, tandis que le diamètre antéro-postérieur est de 12 à 15 millimètres. Les grands sinus ont des hauteurs de 40 et 50 millimètres, atteignant quelquefois la racine des cheveux; transversalement ils s'étendent jusqu'à la fosse temporale, jusqu'à l'union de l'apophyse externe du frontal avec l'apophyse de l'os malaire (45 à 50 millimètres). Le sinus présente quatre parois :

(1) Pour de plus amples détails, se reporter au *Traitement radical des sinusites frontales chroniques*, Th. de doct., 1901.

(1) Grünwald a rencontré deux petits sinus suppurés dont la paroi supérieure faisait saillie en dehors de l'apophyse crista galli et qui perforée avait permis à l'infection de se propager aux méninges.

antérieure ou cutanée, inférieure ou naso-orbitaire, médiane ou intersinusale, postérieure ou cérébrale; et quatre angles principaux : supérieur, inférieur, externe et postérieur.

L'angle postérieur, cérébro-orbitaire, peut être remplacé par un plan, une paroi, « la paroi supplémentaire » de Mouret, quand une cellule ethmoïdo-frontale se développe dans la paroi osseuse en arrière du sinus; et l'étendue de cette paroi est proportionnelle à la grandeur de la cavité cellulaire rétro-sinusienne.

Cet angle postérieur, d'autres fois, très développé et constituant un prolongement dit orbitaire, peut dépasser les cellules frontales, rejoindre, entourer les cellules ethmoïdales postérieures, et même atteindre le sinus sphénoïdal; en ce dernier cas, cette particularité anatomique est de nature pathologique, il y a eu nécrose de parois osseuses (cas de Kipp).

Des parois du sinus, l'antérieure est la plus épaisse (4, 8, même 12 millimètres), tandis que la paroi postérieure peu épaisse dans sa partie verticale, cérébrale, l'est encore moins dans sa portion horizontale, orbitaire, où elle mesure à peine 1 millimètre. Cette paroi profonde présente des pertuis nombreux qui rendent possible, et encore assez fréquente, une phlébite, une méningite, ou un abcès du cerveau.

La paroi inférieure est orbitaire et nasale. Sa portion orbitaire, triangulaire de forme, est une lame très mince de 12 à 15 millimètres carrés, qui répond à l'angle supéro-interne de l'orbite. Elle est située entre le bord postérieur de l'apophyse du maxillaire supérieur et le bord antérieur de l'os planum au-dessus de l'unguis; elle supporte la poulie fibro-cartilagineuse du grand oblique, qui s'insère sur le périoste peu adhérent à l'os, aussi le curetage de cette région devra-t-il être fait avec minutie. La portion nasale du plancher du sinus, rarement plane, le plus souvent concave, appartient au frontal et à l'ethmoïde. Quadrilatère en général, ce plancher orbito-nasal mesure 5 à 10 millimètres de largeur sur 15 à 20 millimètres de profondeur; en avant se trouve la suture fronto-nasale; en arrières les cellules ethmoïdales antérieures; et c'est dans la partie postérieure que l'on aperçoit toujours l'orifice du canal fronto-nasal, entouré ou non de cellules frontales.

Cette paroi inférieure nasale peut ne pas exister (dans les petits sinus), ou bien elle peut présenter un prolongement vers l'épine nasale, dans les os propres du nez même; plus rare est le prolongement dit ethmoïdal, situé dans l'épaisseur de l'apophyse crista galli, que longe le sinus veineux longitudinal.

La cloison intersinusienne est médiane à sa base, mais elle est toujours déviée dans sa partie supérieure; elle existe toujours et entière et les déhiscences de la cloison en dehors de cas pathologiques sont rares; il est à retenir que la cloison, assez épaisse à sa partie inférieure, est souvent très mince à son sommet. A côté de la cloison intersinusienne, il existe d'autres petites cloisons, incomplètes, qui divisent chaque sinus en logettes; on les rencontre dans le prolongement externe ou sourcilier et à l'extrémité postérieure du prolongement orbitaire; il est utile de connaître ces cloisons qui ont pu en imposer pour la paroi cranienne du sinus, par exemple, rendant par cela même l'opération incomplète.

Sieur et Jacob appellent sinus rétrécis, les sinus dont la cavité est amoindrie, soit par l'épaississement des parois ou leur malformation, soit par l'empiètement des cavités voisines : saillies en dôme des cellules frontales; développement des culs-de-sac diverticulaires qui entourent l'orifice inférieur du conduit et peuvent dédoubler la cloison; relief de la gouttière de l'unciforme.

Les sinus frontaux communiquent naturellement avec les fosses nasales, soit par un orifice, soit par un canal. Actuellement les anatomistes admettent *un canal naso-frontal*; il est long de 10 à 12 millimètres (Schech), de 15 millimètres chez l'homme, de 10 millimètres chez la femme (Poirier); sa forme est cylindrique, légèrement aplatie dans le sens transversal, son diamètre est de 2 à 3 millimètres. Il décrit une légère courbe à concavité regardant en avant. L'orifice supérieur se trouve toujours à la partie postérieure du plancher du sinus, et le plus souvent dans l'angle interne; son orifice inférieur sera parmi ceux des cellules ethmoïdales accessoires qui entourent la partie inférieure du conduit; ces cellules ne sont souvent que de petits culs-de-sac diverticulaires entre lesquels se trouve l'orifice inférieur du canal soit en dedans, soit en dehors, soit en avant, soit en arrière d'elle. Pour Mouret, il ne saurait être question d'un canal naso-frontal, mais seulement d'une partie intra-ethmoïdale du sinus, variable dans sa situation, ses dimensions.

Cet exposé anatomique permet de se rendre compte de la difficulté du cathétérisme, et en général de la témérité de ceux qui le préconisent de façon systématique; Sieur et Jacob l'appellent avec raison, semble-t-il, le *cathétérisme forcé par effraction*, que le hasard seul peut permettre. Cet ostium frontal s'ouvre dans l'infundibulum de l'ethmoïde et comme il est souvent sur le prolongement de la gouttière de l'unciforme, il se déversera dans le sinus maxillaire; les cellules ethmoïdales antérieures s'ouvrent au même endroit, notions très importantes, qui expliquent la propagation de l'inflammation d'une de ces cavités à celles du voisinage, et doivent commander la marche de l'intervention.

Avant de terminer ces considérations anatomiques, il ne nous semble pas inutile de rappeler brièvement quelles sont les anomalies le plus souvent rencontrées; l'embryologie permet d'en supposer quelques-unes, d'en expliquer d'autres, ainsi que le développement.

Anomalies de situation. — Un sinus peut empiéter sur le côté opposé, le repousser de la ligne médiane, le recouvrir même complètement. Le sinus frontal peut n'avoir aucun rapport avec la paroi antérieure, étant logé dans l'angle supéro-interne de l'orbite (31,8 p. 100, d'après Sieur et Jacob). Le fait serait plus rare pour Luc, Mouret.

Anomalies de dimensions. — Ou bien il n'existe pas de sinus à proprement parler : on est en présence d'un cul-de-sac ou renflement, terminant une ébauche de conduit naso-frontal, due à une cellule ethmoïdale située derrière la racine du nez (Luc). Ou bien les sinus sont très développés, tels sont ceux décrits par Hartmann, « les sinus frontaux sans cellules frontales, » qui s'étendent jusqu'à l'insertion du cornet moyen dans la cavité nasale, tels sont ceux qui se développent jusqu'à l'apophyse externe en dehors, ou en arrière, par un fort prolongement orbitaire cloisonné ou non.

Anomalies de nombre. — Il peut exister deux sinus d'un même côté (Kocher, Poirier, Suarez de Mendoza, Sieur et Jacob, Beco), et le sinus supplémentaire est toujours postérieur, il est souvent plus grand que le sinus proprement dit, qu'il peut entourer, envelopper plus ou moins. Mouret croit pouvoir affirmer la présence d'un sinus supplémentaire quand l'angle cérébro-orbitaire du sinus antérieur ou prin-

cipal est transformé en une paroi plus ou moins haute, mais nettement délimitée. Peut-il ne pas y avoir de sinus? Sieur et Jacob ne le croient pas; d'après leurs recherches, le sinus frontal est toujours rencontré s'il est cherché dans l'angle cérébro-orbitaire; Luc admet que le sinus est toujours représenté par une dilatation ampullaire d'un canal naso-frontal qu'on rencontre toujours à la racine du nez. Cependant, Tillaux admet l'absence unilatérale ou bilatérale, Herbert Tilley est du même avis et cette absence est notée par plusieurs auteurs :

4 à 5 p. 100 (Bouyer);
2 fois sur 31 (Poirier);
3 fois sur 60 (Étiévant), dont 1 unilatérale;
1 fois sur 58 (Delon);
5 fois sur 23 (Alezais), dont 2 totales, 3 unilatérales;
1 fois sur 7 (Laurent);
1 fois sur 5 (Scheier);
1 fois par Moure, Mermod;
1 fois sur 80 (Mouret).

Logan Turner (d'Edimbourg) a examiné 500 crânes :

Sur 500 crânes, 357 (= 71 p. 100) avaient deux sinus frontaux.
— 80 (= 16 p. 100) n'avaient pas de sinus frontal.
— 63 (= 12,5 p. 100) av. un seul sinus frontal.

Rappelons enfin que, chez le nègre, les sinus frontaux sont très petits ou manquent (Zukerkandl, Myles).

Anomalies d'orifices. — Un grand sinus peut avoir deux orifices excréteurs (fusion probable de deux cellules); la situation de l'orifice est très variable; c'est ainsi que le sinus peut s'ouvrir non au sommet de la gouttière de l'infundibulum, mais tantôt en pleine gouttière, tantôt dans la gouttière rétro-bullaire, ou encore en avant de la gouttière de l'infundibulum, à la surface de l'apophyse unciforme. Enfin, le sinus peut s'ouvrir dans une autre cellule ethmoïdale. Il est plus important de savoir qu'on a rencontré le sinus frontal en communication directe avec le sinus maxillaire (Bryan, Luc, Furet, Onodi, Ortega, Lothrop).

L'inspection de la face peut-elle renseigner sur la capacité totale des sinus? Assurément non; les sinus à prolongement orbitaire ne peuvent, par exemple, être devinés, et les rebords sourciliers ne traduisent pas, par leur développement, la grandeur des sinus, bien au contraire. Cependant, d'après Jacques, on peut dire que le développement du sinus en hauteur s'accompagne constamment d'un certain degré de projection de la table antérieure du frontal, et que les fronts régulièrement bombés répondent aux grands sinus.

II

Exposé des procédés opératoires. — Sans faire l'histoire de la chirurgie du sinus frontal (1), nous pouvons avec intérêt en montrer l'évolution. Avant les travaux de Ziem [de Dantzig (1889)] sur les affections des sinus de la face, on ne diagnostiquait que les sinusites ouvertes en dehors, fistuleuses, ou bien l'abcès sous-cutané, sous-périosté, faisant saillie dans la région sus-orbitaire ou dans l'angle naso-orbitaire; de même qu'à l'incision de Wilde, les auristes ont préféré avec raison la trépanation de l'antre, de même les rhinologistes conseillent la trépanation du sinus, son curetage, et non la simple incision de la collection d'origine sinusienne. Certes, ceux-ci n'ont pas les premiers pratiqués la trépanation du sinus frontal, Runge l'aurait faite dès 1750. Richter, en 1773, Schütz, en 1812, trépanaient la paroi antérieure. Beer, en 1817, attaque la paroi orbitaire.

Riberi, en 1838, eut l'idée de rétablir le drainage naturel, c'est-à-dire le drainage fronto-nasal.

Si Ogston, en 1884, a pratiqué systématiquement la trépanation de la table antérieure du frontal sur la ligne médiane, le curetage des deux sinus; s'il a rétabli le drainage fronto-nasal et fermé la plaie cutanée, cette opération bien réglée est tombée dans l'oubli.

En réalité, c'est depuis 1890 que la chirurgie du sinus frontal fait des progrès, est étudiée et modifiée. On traitera des sinusites frontales chroniques suppurées de façon chirurgicale, avant qu'on ait la main forcée par une collection de pus dans la région frontale, orbitaire, ou une fistule de la même région.

Panas et Guillemain, en 1890-1891, étudient l'anatomie du sinus frontal et préconisent la voie orbitaire, qu'ils préfèrent à la trépanation de la paroi antérieure. Janssen en 1893, Sieur et Jacob en 1901, sont d'ardents défenseurs de ce manuel opératoire.

Montaz (de Grenoble), en 1890, donnait ses préférences à la voie frontale. Il essayait de régler la technique et réclamait quelque temps après, en sa faveur, la priorité de la trépanatien frontale, employée bien avant lui. Guillemain ne déconseillait pas d'attaquer le sinus par la paroi antérieure, dans certains cas. Depuis cette époque, la trépanation frontale a été pratiquée par de nombreux chirurgiens et spécialistes, par Mayo-Collier, Herbert Tilley, Dundas-Grant, Saint-Clair, Thomson, en Angleterre; par Kuhnt, Röpke, en Allemagne; en Amérique, par Bryan, Hinkel, Lothrop; par Golovine (de Moscou); en France, par Luc, Lubet-Barbon et Furet, Moure, Lermoyez, Laurens, Jacques, etc.

Actuellement, il existe deux techniques bien différentes et bien réglées pour traiter les sinusites par la paroi antérieure, voie frontale :

a. La trépanation s'adresse au seul sinus malade et n'est jamais pratiquée sur la ligne médiane; après une brèche limitée, mais suffisante, le sinus est cureté, cautérisé, le drainage fronto-nasal rétabli, et largement rétabli aux dépens des cellules frontales, et la plaie cutanée est suturée dans sa totalité.

Tel est le procédé de Luc (1), dont nous détaillerons la technique plus loin;

b. Différent est le procédé de Kuhnt, dans lequel, si la trépanation est toujours unilatérale, l'ouverture est faite très largement, puisque systématiquement toute la paroi antérieure du sinus malade doit être réséquée. On fait le curetage de la cloison intersinusienne, des parois postérieure et inférieure; le drainage est fait par la plaie, dont les lèvres sont suturées, sauf au passage du drain. On recherche l'accolement des téguments à la paroi profonde et l'obstruction du canal fronto-nasal. Kuhnt repousse l'idée de drainer par les fosses nasales : « S'il n'existe pas de communication avec les cellules simultanément malades du labyrinthe ethmoïdal, ce qui en nécessiterait un évidement, je ne fais que le nettoyage du conduit avec une curette tranchante dans sa partie la plus supérieure. Je ne recherche pas le curetage complet de la partie inférieure parce que, à mon

(1) Voir : Kuhnt. *Uber die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhœhlen*; — Lothrop. *The Anatomy and Surgery of the frontal sinus and anterior ethmoïdal cells*; — et notre thèse (loc. cit.).

(1) Et non pas d'Ogston-Luc : Ogston trépanait toujours sur la ligne médiane, ouvrant systématiquement les deux sinus (d'après Lothrop).

avis, le drainage de toute la cavité opératoire se fait mieux par dehors que par la cavité nasale, remplie de micro-organismes. »

En résumé, l'ablation de toute la paroi antérieure du sinus, le curetage du sinus et de la partie supérieure du canal naso-frontal, le drainage au dehors de la plaie, dont les lèvres sont suturées, l'accolement des téguments à la paroi profonde, l'obstruction du canal fronto-nasal, telles sont les caractéristiques du « Kuhnt ».

D'ailleurs, nous devons faire remarquer qu'avant la thèse de Gosse (Königsberg, 13 juillet 1894), qui contient la description du procédé de Kuhnt, et l'ouvrage de Kuhnt luimême, Luc a publié en juin 1894, dans la *Semaine médicale*, quelques cas de sinusites frontales suppurées traitées chirurgicalement. Il a pratiqué l'*ablation de la paroi antérieure du sinus*, établi le drainage fronto-nasal. Il y conseille de *suturer immédiatement la plaie cutanée* afin d'éviter une plaie suppurante, une défiguration plus grande, et de chercher l'*accolement des téguments* à la table interne du frontal.

Néanmoins, à Kuhnt revient le mérite d'avoir préconisé systématiquement l'ablation totale de la paroi antérieure du sinus avec le drainage externe.

A Luc, appartient le procédé de la trépanation limitée, à moindre défiguration, avec le drainage du sinus par les voies naturelles, par le canal fronto-nasal plus ou moins élargi aux dépens des cellules ethmoïdales qu'on curette, qu'on détruit.

Nous ne parlerons pas du procédé Guillemain-Jansen, dans lequel on attaque la partie orbitaire de la paroi inférieure du sinus frontal, nous lui reprochons de ne pas ouvrir le sinus en sa partie la plus déclive et de présenter les inconvénients suivants : l'impossibilité de se rendre compte facilement de l'état de la paroi postérieure et de la cloison intersinusienne, la difficulté de cathétériser le canal fronto-nasal et d'établir le drainage fronto-nasal après fermeture de la plaie, la laideur de la déformation qui rappelle l'œil excavé du cadavre, les troubles de ptosis et de diplopie par suite de la lésion de la poulie du grand oblique, la proximité du champ opératoire avec le globe de l'œil.

Le procédé de Kuhnt a des inconvénients :

1° Il nécessite un drainage par la voie externe, et nous considérons les micro-organismes extérieurs aussi nuisibles que ceux des fosses nasales, où peut agir le mucus microbicide de la muqueuse pituitaire; on évite l'établissement possible d'un orifice fistuleux qui quelquefois demande des mois pour se fermer et expose à des douleurs, à de laides cicatrices, à des complications érysipélateuses, craniofaciales plus ou moins graves dues à des infections secondaires à streptocoques (d'après Panas, Congrès de 1900, Paris);

2° Il amène une défiguration asymétrique plus saillante, irrégulière, due à la saillie de l'angle formé par la table antérieure du frontal et la cloison; pour accoler les téguments externes à la paroi profonde et obtenir l'obstruction du canal fronto-nasal, on se trouve souvent obligé de sacrifier le rebord orbitaire dans sa partie interne, alors que les lésions ne le commandent pas, car il est indispensable de faire disparaître la plus petite cavité.

3° En cas de prolongements orbitaires développés, ce procédé ne peut être employé à moins de sacrifier toute la voûte orbitaire, ou de s'exposer à des récidives dangereuses par rétention inévitable.

4° Il ne permet pas d'atteindre systématiquement les cellules ethmoïdales antérieures presque toujours malades (1).

De nombreux chirurgiens pratiquent un « Kuhnt » et drainent par les fosses nasales (Röpke), soit en élargissant simplement le canal fronto-nasal, soit après ce temps, en mettant un drain, ou une mèche de gaze descendant du plancher du sinus dans la fosse nasale correspondante.

Il est permis de dire avec Lothrop (de Boston) que le drainage par les voies naturelles, par les fosses nasales, est « le secret du succès »; il est accepté d'ailleurs par la plupart des chirurgiens, soit avec le « Kuhnt » soit avec le « Luc ».

III

Indications opératoires. — Avant de décrire la méthode de Luc dans le traitement chirurgical des sinusites frontales, nous devons en poser les indications.

L'intervention est nécessaire :

1° En présence d'un empyème fermé, tantôt venant faire saillie au dehors (paroi antérieure, angle supéro-interne de l'orbite), tantôt s'accompagnant de troubles oculaires, cérébraux;

2° Pour un empyème, dit latent, sans signes d'extériorisation, avec ces mêmes troubles oculaires et cérébraux;

3° En présence de signes de rétention : douleur à la pression, élargissement de la racine du nez, céphalée intense, troubles fébriles;

4° Pour les formes osseuses, fistuleuses.

Bien que, d'après Panas (Congrès de Paris, 1900), on doive même dans les sinusites chroniques à contenu muqueux préférer au cathétérisme rétrogade l'opération de Luc présentant moins de gravité, et offrant toute certitude, l'intervention est encore très discutée pour un empyème caractérisé simplement par quelques malaises, un peu de céphalée, un écoulement de pus, contre lequel aurait échoué le traitement endonasal : inhalations, lavages des fosses nasales, du sinus si le cathétérisme est très facile, avec résection du cornet moyen dans sa moitié antérieure.

En ce cas, est-elle injustifiée? Est-ce une opération inutile, non nécessaire, dictée seulement par le désir d'un malade qui ne veut plus moucher du pus?

Nous ne le pensons pas. Etant donné la rareté relative des sinusites frontales, les terminaisons mortelles en cas de non-intervention sont encore assez fréquentes [Rafin, Dreyfus (de Strasbourg), Spencer, Denker, Werthein, Linden, Hezberg, Kœbel].

En dehors des complications intracraniennes (méningite, abcès extra-duremériens ou sous-duremériens), « les sinusites sont pour l'organisme une cause de déchéance susceptible d'entraîner de graves inconvénients, c'est-à-dire tous les désordres d'une suppuration prolongée » (Moure).

Le pus n'est qu'en petite quantité éliminé par la voie nasale, la plus grande partie est absorbée, principalement la nuit, par le tube digestif ou l'appareil respiratoire, et c'est ainsi qu'il existe des troubles gastro-intestinaux et des complications broncho-pulmonaires, fréquemment légères, parfois graves. « En dirigeant un traitement actif contre elles, on fait de la prophylaxie non seulement des affections pulmonaires et gastriques, mais encore de toutes les maladies infectieuses en général, on supprime une cause active d'affaiblissement de l'organisme » (Brindel).

(1) Kuhnt parle aussi d'un deuxième procédé qui consiste à « détruire non seulement la paroi inférieure, mais la paroi antérieure ainsi que la muqueuse », en drainant dans l'angle interne de l'œil. Ce procédé nous semble trop destructif, nous n'insisterons pas.

Enfin la présence de la suppuration d'une autre cavité accessoire des fosses nasales, sinus sphénoïdal, cellules ethmoïdales, et sinus maxillaire surtout, doit commander l'intervention quand les traitements par la voie endonasale n'ont donné aucune amélioration. En ce cas, le traitement doit porter sur les deux foyers, en une même séance autant qu'il sera possible. *Dans l'empyème fronto-maxillaire,* Lubet-Barbon et Furet suivent la conduite de Luc, qui opère en premier le sinus maxillaire, le tamponne et avant de fermer la plaie gingivale, traite le sinus frontal, dont l'opération est menée jusqu'à la fin. Luc tamponne une nouvelle fois le sinus maxillaire avec une mèche qui sort par la narine correspondante et suture la plaie gingivale. Moure préfère traiter le sinus frontal en premier. Mais tous considèrent les deux temps de cette double intervention comme deux opérations séparées, nécessitant une nouvelle stérilisation des instruments et des mains de l'opérateur.

Des travaux de Stanculéanu et Baup, il résulte que l'infection est d'origine dentaire quand le pus est fétide et présente des microbes anaérobies; dans ce cas, le sinus maxillaire ayant été le premier lésé, pourrait être seul traité avec l'espoir que la suppuration du sinus frontal pourrait disparaître après la cure radicale de l'empyème maxillaire seul.

Inversement si l'on peut admettre que le sinus maxillaire sert de réservoir au sinus frontal (Bryan, Luc, Furet, Ortega, Lothrop), on pourra tenter de ne cureter que le sinus frontal.

Dans le traitement radical des sinusites frontales suppurées, le chirurgien peut se trouver en présence de trois cas :

1° La sinusite est unilatérale;

2° Les deux sinus sont pris;

3° Il y a récidive unilatérale, ou bilatérale.

Nous allons donc exposer, d'après Luc, quelle est la technique à employer dans ces circonstances.

IV

Traitement chirurgical. — Trépanation exploratrice. — Avant de faire d'emblée la cure radicale par le procédé de Luc, nous conseillons de commencer toujours par une trépanation exploratrice : c'est en réalité la première partie du procédé, avec cette seule différence que les dimensions de l'incision cutanée et de la trépanation sont moindres, ce qui, en cas d'erreur de diagnostic toujours possible ou d'anomalie du sinus, permettra le minimum de traces opératoires :

I. Après le lavage, l'antisepsie de la région orbito-frontale, faire une incision cutanée d'un et demi à deux centimètres sur le sourcil rasé au préalable, limitée à la partie la plus interne de la région sourcilière.

II. Après incision du périoste (1), ruginer sur une petite étendue l'os frontal, trépaner avec une petite gouge plate à 1 centimètre environ au-dessus du rebord orbitaire, l'orifice ne devant pas dépasser 1 centimètre carré.

III. Après une trépanation profonde de 5 millimètres sans rencontrer le sinus, faire une incision ou continuer la précédente sur la racine du nez où il faut aller chercher soit le sinus, soit le canal fronto-nasal dilaté.

IV. Le sinus reconnu sain après incision de la muqueuse périostée, fermer l'ouverture que cachera la repousse du sourcil.

(1) Il ne serait pas inutile de faire séparément l'incision du périoste et de ne pas la faire symétriquement à l'incision cutanée afin d'éviter la coïncidence des cicatrices et leur adhérence.

Cure radicale, procédé de Luc proprement dit. — Si la trépanation exploratrice montre le sinus malade, il faut :

1° Prolonger tout de suite l'incision cutanée qu'on fait curviligne à concavité inférieure, empiétant sur le sourcil en dehors, sur la racine du nez en bas et en dedans, toutefois cette longueur de l'incision sera calculée d'après les dimensions du sinus qu'il est facile d'explorer par la brèche première;

2° Séparer, ruginer le périoste de l'os le plus soigneusement possible, sans le dilacérer par des coups de rugine trop hâtifs;

3° Agrandir la trépanation de la façon suivante : on limitera cet agrandissement en bas par une ligne parallèle au rebord orbitaire et à un demi-centimètre de lui, en dedans à 5 ou 10 millimètres de la ligne médiane, afin de laisser le pilier frontal médian et de ne pas blesser la cloison intersinusienne. L'emploi d'une pince-gouge sera préférable à celui de la simple gouge : on résèque plus vite et plus tranquillement ce que l'on veut, sans risquer d'atteindre la paroi postérieure. L'orifice ainsi fait aura un diamètre de 2 centimètres environ, c'est-à-dire celui d'une pièce de 1 franc;

4° Le sinus ouvert faire le curetage de toutes les fongosités, nettoyer soigneusement les angles externe et inféro-postérieur pour ne pas laisser de prolongement externe ou orbitaire rempli de fongosités, chercher à décortiquer la muqueuse. Quelquefois le tissu fongueux, au lieu de se montrer sous l'aspect de granulations exubérantes, est représenté par un énorme épaississement de la muqueuse transformée en un tissu gris, violacé, mais à surfaces lisses (d'après Luc).

Dans ce curetage, il faut éviter de perforer la paroi intersinusienne et la partie orbitaire de la paroi inférieure, et faire le grattage de la paroi profonde cranienne avec beaucoup de minutie et de délicatesse si le stylet ne révèle pas de point d'ostéite, afin d'éviter l'ouverture inutile du diploé dont les veines peuvent s'infecter et faciliter l'infection cranienne. Jacques (de Nancy) affirme qu'un écouvillonnage sérieux fait avec une solution de chlorure de zinc (1/5) peut même dispenser de gratter à la curette tranchante.

Si le sinus est grand, s'il est nécessaire d'accroître l'ouverture osseuse pour atteindre le fond de l'angle dièdre de jonction des parois sinusiennes, ou de ses prolongements, ou pour mieux explorer la paroi cranienne, on fera une incision verticale passant par l'un des plis du front le plus près de la ligne médiane, partant en bas de l'extrémité interne de l'incision sourcilière, limitée en haut par la hauteur du sinus.

Ayant réalisé un lambeau triangulaire, cutané et périostique, se servir de la pince-gouge pour agrandir la trépanation, guidé par les dimensions, la forme du sinus ou les lésions osseuses.

La cavité sinusale étant bien nette, après un lavage antiseptique, on procédera au curetage du canal naso-frontal et à son agrandissement :

« Dans les cas d'étroitesse du canal fronto-nasal, on se servira de curettes de plus en plus larges, introduites à son intérieur et auxquelles on imprimera un mouvement de rotation énergique, pour en élargir le calibre; quand cet élargissement a été obtenu, les curettes introduites dans le canal fronto-nasal se meuvent aisément à l'extrémité antérieure du méat moyen. J'ai pour habitude, à ce moment, de me servir d'un de ces instruments, après avoir dirigé son tranchant en haut et en arrière pour défoncer les parois friables des cellules ethmoïdales antérieures, souvent farcies de fongosités,

qui, si elles étaient respectées, ne manqueraient pas d'entretenir la suppuration nasale, même après une complète désinfection des sinus frontal et maxillaire. J'ai la conviction que cette manœuvre n'offre aucun danger, le plancher du crâne présentant à ce niveau une épaisseur trop grande pour courir le risque d'être défoncé par l'instrument. Quant à l'orbite, on évite d'en perforer la paroi interne en ayant soin de ne pas faire dévier la curette en dehors; et, en admettant même qu'on la lésât, le contenu de cette cavité resterait protégé très suffisamment par la capsule orbitaire » (Luc).

Ce curetage terminé, on procédera à l'écouvillonnage de toute la surface opératoire, sinus, canal naso-frontal, cellules ethmoïdales, avec une solution forte de chlorure de zinc à 1/10 ou 1/5.

Luc fait enfin suivre ce temps d'une insufflation de poudre d'iodoforme.

Après ces différents temps opératoires, on terminera :

α. Soit par un tamponnement à la gaze iodoformée ou autrement préparée, c'est le tamponnement fronto-nasal : pour cela faire, on doit « bourrer la cavité sinusienne au moyen d'une seule mèche de gaze (iodoformée) suffisamment longue pour que, après avoir complètement rempli la cavité du sinus, elle puisse, par son extrémité libre inférieure, être amenée par le canal frontal jusqu'à l'entrée de la fosse nasale.

Pour installer cette mèche, on commence par passer un fort fil de soie, de la fosse nasale dans le sinus, au moyen d'un stylet courbe de Panas, introduit de la cavité sinusienne ouverte dans la fosse nasale jusqu'à ce que son extrémité inférieure ressorte hors de la narine. C'est ce fil qui, tiré ensuite de haut en bas, sert à amener à l'entrée de la narine le bout inférieur de la mèche de gaze dont la partie supérieure bourre complètement la cavité sinusienne » (Luc).

β. Soit par le placement d'un drain de caoutchouc légèrement évasé en entonnoir à son extrémité supérieure, disposition qui assure son maintien en place, la partie évasée se trouvant arrêtée à l'entrée du canal fronto-nasal. On se servira pour introduire le drain du stylet courbe de Panas.

M. Luc avait abandonné le drain qu'il remplaçait par le tamponnement fronto-nasal; actuellement, il donne la préférence au drain de caoutchouc. Rappelons que MM. Lubet-Barbon et Furet, Moure, ne mettent ni drain, ni mèche.

En cas de sinusite frontale double, on devra ajouter les modifications suivantes au procédé ordinaire :

1° Faire de chaque côté de la ligne médiane la trépanation exploratrice; si les sinus reconnus malades sont petits (et il est facile de s'en assurer avec un stylet), on agrandira séparément chacune des deux incisions sourcilières; ou bien on les réunira afin d'avoir une seule et grande incision qui sera horizontale ou légèrement incurvée à la racine du nez;

2° Si les sinus sont de grandes dimensions, on devra faire une dernière incision verticale médiane, de manière à former avec l'incision horizontale une croix ou un ⊥, incision dont la hauteur dépendra de celle des deux sinus;

3° Ayant fait, pour chaque sinus, la trépanation limitée comme il est dit plus haut, *on détruit la cloison intersinusienne;* cela fait, *on effondre la partie nasale* du plancher du sinus autour de l'orifice du canal naso-frontal, la table antérieure du frontal étant toujours respectée sur la ligne médiane;

4° Après le curetage, l'écouvillonnage au chlorure de zinc, un drain plié en V renversé sera placé à cheval sur la partie supérieure de la cloison, après avoir pratiqué une large fenêtre sur le sommet du drain.

La suture de la plaie devra être une des préoccupations du chirurgien :

1° S'il était possible, on ferait au catgut une suture séparée des lambeaux périostiques;

2° La peau devra être affrontée en éversant les lèvres cutanées, afin de diminuer l'affaissement de la cicatrice. Les points séparés au crin de Florence pourront être remplacés par les attaches métalliques de Michel-Collin.

De cette façon, on évitera peut-être l'adhérence de la peau à la couche périostée, ce qui aurait l'inconvénient d'amener une dépression défigurante, et ne pourrait permettre d'injecter entre ces deux tissus une préparation de vaseline, dans un but de réfection plastique;

3° Le pansement sera aseptique et occlusif.

Les *soins consécutifs* à l'opération sont très simples :

a. La plaie cutanée sera traitée comme toutes les plaies opératoires; pansement levé et points de suture défaits le huitième jour. La cicatrice sera garantie par un peu de gaze et d'ouate pendant quelques jours;

b. Quant au traitement endonasal, par le drain, il n'en existera pas à proprement parler; on devra garder l'expectative le plus longtemps possible et s'abstenir de lavage. Les inhalations, les pulvérisations d'huile mentholée ne seront pas inutiles.

Dans le cas d'un écoulement de pus un peu abondant, on sera autorisé à laver par le drain, de même si l'on apercevait des phénomènes inflammatoires au niveau de la cicatrice, si la peau était tendue, bombée au niveau de la trépanation. Ces lavages seraient faits à une pression très faible avec une solution de sublimé à 1 p. 1000 ou avec de l'eau oxygénée coupée de moitié d'eau bouillie chaude et alcaline;

c. Le drain sera enlevé entre le quinzième et le vingtième jour.

Signes de guérison. — Outre les modifications des troubles fonctionnels et généraux (douleur, céphalée frontale, pouls, température fébrile), qui s'amendent, disparaissent, la guérison se traduit par des signes locaux qui sont :

1. La disparition progressive de la suppuration frontale;
2. L'absence de formation de fongosités au niveau du méat moyen;
3. La rétraction progressive de la peau vers les parties profondes.

On peut dire que la guérison ne se dément pas quand elle a été obtenue nettement deux ou trois mois après l'opération.

Après la guérison, on conseillera soit une pommade au menthol, à la résorcine (pour le nez), soit des pulvérisations nasales d'huile préparée avec ces mêmes médicaments.

L'eau oxygénée pourra être employée en pulvérisations de la même façon.

Les résultats obtenus par ce procédé, c'est-à-dire son pouvoir curatif, sont encore très discutés. Lubet-Barbon et Furet le préconisent, l'emploient, ainsi que Moure; ils ont eu très peu de récidives. Sur 11 empyèmes frontaux, traités selon la méthode de Luc, Lubet-Barbon et Furet ne comptent qu'une récidive très tardive (communication orale de M. Furet); et si on lit l'observation du cas récidivant, on s'aperçoit que la communication fronto-nasale n'a pas été largement rétablie, malgré une intervention bilatérale

(Obs. XIX, in *Ann. de Lermoyez*, 1899). Mentionnons que Lubet-Barbon et Furet n'ont pas mis de drain dans les huit dernières opérations rapportées.

Moure emploie le procédé de Luc, assure une large communication fronto-nasale, mais ne place aucun drain, aucune mèche. M. Moure a bien voulu nous donner son avis sur le procédé de Luc; sauf un malade « qui n'a pas guéri par le traitement (il n'y a donc pas eu de récidive), tous mes autres opérés, depuis les cas les plus simples jusqu'aux plus graves — et j'en ai publié quelques-uns avec nécrose de la table interne du crâne — ont guéri sans récidive; je parle ici d'opérés depuis trois, quatre, cinq ans ».

M. Moure nous a adressé une statistique de 22 sinus frontaux opérés sur 18 malades, du 10 août 1898 au 2 avril 1902; les 4 derniers, opérés depuis janvier 1902, étant mis de côté, on a 18 sinus frontaux opérés et revus dernièrement en état de guérison.

La statistique de notre maître, M. Luc, est moins brillante : « Sur un total de 14 opérations radicales d'empyèmes frontaux chroniques, j'ai eu 6 guérisons d'emblée, tandis que 8 fois j'ai dû recommencer l'opération en réséquant la plus grande partie de la totalité de la paroi antérieure. »

Parce que la méthode de Luc n'est pas toujours capable d'amener la guérison absolue, définitive, doit-elle être considérée comme une opération qui ne donne que de rares guérisons, et par ses récidives, doit-elle être considérée comme une méthode dangereuse, comme le pense M. Lermoyez? Il est difficile de l'admettre.

Luc n'est nullement optimiste, dans les cas de sinusite frontale chronique, pour la trépanation limitée qui ne peut garantir un résultat radical; mais il conseille chaque fois au malade ce procédé, tout en l'avertissant de la possibilité d'une deuxième intervention, qui est toujours défigurante : la résection de la table antérieure du frontal. « S'il semble illogique, critiquable tout au moins de tenir ce langage, hésitant en apparence, il est opportuniste et conforme à la réalité des faits. »

Signes de récidive. — La guérison s'annonce par la disparition de l'écoulement plus ou moins purulent issu du sinus frontal; la récidive est à craindre quand l'écoulement persiste, elle est à supposer quand réapparaît le caractère crémeux du pus, elle est certaine quand sont réunis les symptômes de rétention : la douleur, la disparition de la dépression au niveau de la trépanation, la tuméfaction sourcilière, l'œdème de la paupière. Ces signes apparaissent invariablement du vingtième au trentième jour, quelquefois quarantième jour (Luc, Lermoyez).

En cas de récidive, on devra se méfier de l'infection du sinus du côté opposé et faire l'éclairage du côté précédemment reconnu sain.

Causes des récidives. — Avant d'aborder le traitement de l'empyème récidivé, nous allons essayer rapidement d'expliquer ce caractère rebelle des sinusites frontales, bien que les conditions anatomiques du sinus frontal paraissent plus favorables au traitement que les sinusites maxillaires.

Cette difficulté de la guérison tient à de nombreuses causes, telles sont :

1° La conformation du sinus présentant de grandes dimensions ou des diverticules, des prolongements importants, supérieurs, latéraux externes, ou orbitaires, cloisonnés ou non, qui n'auraient pu être traités, qui auraient été méconnus;

2° La présence de cellules ethmoïdales (antérieures) infectées, avec ou sans prolongements dans l'épaisseur de la voûte orbitaire qui n'auraient pu être complètement détruites; l'extension du processus suppuratif aux autres cavités accessoires du nez;

3° Le calibre, la longueur du canal naso-frontal qui, malgré les agrandissements faits à la curette, constitue une voie d'écoulement disproportionnée pour la cavité suppurante, disproportion qu'un bourgeonnement de la muqueuse au niveau de la lumière du canal peut augmenter;

4° La rigidité des parois de la cavité;

5° La nature du processus morbide, les lésions d'ostéite profonde, sur lesquelles l'attention a été peu attirée jusqu'ici. Strazza, à notre connaissance, est le seul qui soupçonne la tuberculose comme cause de récidive (1);

6° La bilatéralité de l'infection, malgré l'existence de signes cliniques unilatéraux [Luc, Strazza (2), Tilley (3)], ou tout au moins l'existence d'une ostéite de la cloison.

De toutes ces causes, retenons celles que nous pouvons faire disparaître :

Conformation du sinus.

Rigidité des parois.

Obstruction de la voie d'écoulement.

Bilatéralité de l'affection. Ostéite de la cloison et ainsi sera expliquée la deuxième partie de la technique de Luc.

Traitement de la récidive. — En présence d'une récidive de sinusite frontale unilatérale, Luc préconise le même traitement que celui qui se recommande pour une récidive de sinusite frontale bilatérale, à savoir :

1° La résection entière, totale de la table antérieure du frontal, après une incision cruciale ou en ⊥. Au cours de cette résection osseuse, soit avec la gouge, soit avec la pince-gouge, on enlèvera le tissu osseux au delà de la ligne de jonction des parois antérieure et profonde, de façon qu'on ne laisse persister aucun ressaut et que la table interne se continue insensiblement par une pente douce avec la surface osseuse respectée.

2° La destruction de la cloison intersinusienne, des cellules frontales ou ethmoïdales antérieures, entourant le canal naso-frontal; l'effondrement complet de tout le plancher nasal des deux sinus.

3° Après le curetage et la cautérisation au chlorure de zinc, le drainage fronto-nasal bilatéral de la partie inférieure du foyer qui ne pourra être comblée, par un drain en V à cheval sur la cloison du nez, et ouvert à son sommet.

4° La réunion immédiate de toute la plaie, sans drainage externe, avec un pansement compressif bien localisé pour obtenir l'accolement des téguments à la paroi profonde.

Les différents temps de cette opération peuvent être considérés comme appartenant les uns au procédé de Kuhnt, les autres au procédé de Luc; nous proposons donc d'appeler Luc-Kuhnt ce procédé que Luc a publié en juin 1894 et qu'il a perfectionné depuis. (Ce procédé est toujours bilatéral.)

(1) Nous avons été très étonné dans le cours de nos recherches de ne rencontrer aucun travail à ce sujet.

(2) Bien que son opinion ne repose que sur l'étude d'un nombre de cas relativement petit, Strazza croit pouvoir affirmer que dans tous les cas chroniques, la lésion est bilatérale, même quand les phénomènes subjectifs et objectifs ne concernent qu'un seul sinus et que l'intégrité du septum peut être constatée, intégrité apparente, car en général, la paroi osseuse est le siège d'une ostéite fongueuse qui s'étend vers le sinus supposé sain.

(3) *So. larg.*, Londres, mai 1900.

On peut faire à cette technique une objection :

Pourquoi ouvrir un sinus sain pour guérir un sinus malade? N'en est-il pas de même quand on traite le sinus sphénoïdal par la voie du sinus maxillaire sain (Jansen-Furet), procédé admis à l'heure présente, et avec cette différence qu'on ne peut infecter le sinus frontal ouvert, supposé sain bien entendu, puisqu'on le supprime?

Enfin les avantages de cette manière de faire sont à considérer :

1° On supprime, autant qu'il est possible tout risque de récidive par la disparition de la cavité entière;

2° Il existe un drainage parfait de ce qui peut rester à drainer par la suppression de la paroi inférieure (partie nasale) des deux sinus frontaux avec la possibilité de faire un lavage à deux courants d'une narine à l'autre;

3° On obtient l'accolement des téguments à la paroi profonde dans la mesure du possible, en respectant le rebord orbitaire [en enlevant la paroi antérieure d'un seul sinus, et en cherchant l'obstruction du canal naso-frontal (procédé de Kuhnt), il est très diffficile pour ne pas dire impossible de réaliser la suppression de la cavité sinusienne si l'on ne résèque pas la partie interne du rebord orbitaire (Luc, Lermoyez), d'où ptosis, diplopie possibles, et il existe une déformation asymétrique avec une saillie sur la ligne médiane très défigurante];

4° La symétrie des sourcils est conservée, ce qui est important au point de vue esthétique;

5° Si la déformation est plus étendue, elle est symétrique et à peu près régulière; le front est plat, excavé; la déformation n'est pas laide, ce qu'il faut chercher.

Conclusions. — A l'heure actuelle, il semble qu'on ne doive pas refuser le droit d'existence au procédé de Luc, procédé de la trépanation limitée. Certainement il existe des récidives survenues après l'emploi du « Luc » et il y en a eu de mortelles, ne doit-on imputer ici que le procédé? Nous ne le croyons pas.

La gravité des lésions, leur nature, et l'état général, doivent peser de tout leur poids dans ces considérations; et il serait à savoir si le procédé de Kuhnt aurait eu dans ces cas un autre succès (1).

Certains chirurgiens ne craignent pas, à la première intervention, de proposer de grands délabrements; c'est contre cette manière de faire que nous essayons de protester avec Moure en montrant que Luc, Lubet-Barbon et Furet, Moure comptent de nombreux succès, par la trépanation limitée.

Il n'en est pas de même en cas de récidive. Non seulement nous admettons qu'on résèque la paroi antérieure du sinus malade, nous demandons qu'on enlève la table antérieure du frontal; nous pensons en effet que, devant une récidive, on doit chercher à supprimer toutes les causes d'un nouvel insuccès, en sacrifiant, dans cette deuxième intervention, toute idée d'esthétique.

Et faisons remarquer que l'ablation totale, *bilatérale*, de la table antérieure du frontal, suivie du drainage par les voies naturelles, est moins défigurante que le procédé de Kuhnt proprement dit (2).

(1) Dans le service de M. Lermoyez à l'hôpital Saint-Antoine, nous avons vu la récidive d'un Kuhnt qui avait été pratiqué à l'Hôtel-Dieu. M. Laurens a réséqué complètement la voûte orbitaire pour assurer la guérison au prix de grands délabrements.

(2) Pour la bibliographie, voir notre thèse de doctorat.

MÉDECINE PRATIQUE

Les injections de paraffine dans leurs applications générales en chirurgie.

D'après M. le docteur M. Lagarde (1).

Depuis quelque temps déjà, on étudie et on utilise de tous côtés un procédé préconisé depuis plusieurs années par un chirurgien viennois, Gersuny. Cette nouvelle méthode consiste dans l'inclusion interstitielle ou cutanée d'une substance fusible par la chaleur, solidifiable par le refroidissement, telle que la paraffine, afin de combler une perte de tissu, de corriger certaines difformités acquises ou congénitales et même de restaurer une fonction organique affaiblie ou perdue.

Les substances employées dans ce but sont au nombre de trois principales : la gélose, la vaseline, la paraffine. Kramer (de Cincinnati) avait remarqué qu'une solution de 4 parties d'*agar* dans 100 parties d'eau salée à 7 p. 100, introduite dans la cavité thoracique à 42 degrés, ne tarde pas à se solidifier et constitue un excellent moyen de prothèse tout en facilitant la régénération du tissu conjonctif. La masse injectée perd son aspect gélatineux, s'infiltre de cellules rondes, et bientôt des adhérences s'établissent entre le bloc d'agar d'une part, les parois thoraciques et le poumon d'autre part. Au milieu de ces adhérences apparaissent des néoformations et finalement, au bout de trente à quarante jours, la gélose se trouve totalement remplacée par du tissu conjonctif en vertu d'un processus histologique qui rappelle en tous points l'organisation du caillot de la thrombose.

Utilisant cette propriété qu'a la gélose de provoquer des néoformations connectives, Kramer avait déjà, par cet artifice, réussi à oblitérer des orifices herniaires. Mais, comme cette substance est entièrement résorbée au bout d'un temps plus ou moins long, la région dans laquelle elle a été injectée subit un affaissement, un tassement qui détruit tous les bons effets primitivement obtenus; la gélose n'a donc pu, pour cet inconvénient, être utilisée comme agent de prothèse.

Les deux substances qui se partagent actuellement la faveur sont la paraffine et la vaseline. La paraffine fond entre 45 et 65 degrés, la vaseline dont se sert Gersuny est une dissolution de paraffine solide, formant une substance visqueuse blanche fondant entre 38 et 40 degrés. Le produit d'Eckstein est une paraffine pure, solide, blanche, homogène, demi-transparente, faiblement grasse au toucher, fondant vers 65 degrés. Ces deux substances vaseline et paraffine sont absolument neutres, et par suite n'irritent pas les tissus; l'eau, les acides, les alcalis n'ont sur elles aucune action, la paraffine surtout manifeste la plus grande indifférence envers les agents chimiques, ce qui constitue une excellente garantie de résistance contre toute absorption; enfin, lorsqu'elles sont absolument pures, ces deux substances ne sont nullement toxiques.

La *vaseline* constitue donc un corps gras inerte, inaltérable; elle ne s'assimile donc pas une fois introduite dans l'organisme, mais elle subit peut-être à la longue une légère désagrégation, si bien que la saillie formée par la vaseline collectée finit par s'affaisser légèrement au bout d'un temps variable et qu'une nouvelle intervention s'impose. Histologiquement, la vaseline injectée dans les tissus provoque le même phénomène d'irritation connective que la gélose; après un certain séjour dans les tissus, elle est envahie par des trabécules conjonctives; il se fait comme une sorte de cloisonnement, un fin réticulum circonscrivant des loges cellulaires remplies par des globules de vaseline qui ont résisté à la résorption complète. Ces travées sont formées

(1) Th. de Paris, 1902.

par de petites cellules connectives qui, au fur et à mesure de leur évolution, s'organisent en tissu fibreux et arrivent ainsi à déterminer, dans l'intérieur même de la masse de vaseline, ce réseau à fine maille que nous décrivions à l'instant. Mais cet encapsulement est long à se compléter, et il arrive, dans quelques cas heureusement rares, que, sous l'influence des contractions musculaires, la vaseline se détache, émigre en quelque sorte et aille produire des accidents à distance, accidents surtout observés à la suite d'injection dans des tissus lâches : scrotum, paupières. En somme la vaseline offre sur la gélose l'avantage d'être moins facilement résorbable, mais elle subit à la longue une désagrégation partielle, elle émigre avec facilité, aussi faut-il lui préférer la paraffine.

Eckstein, cherchant une *paraffine* dont le point de fusion fût de beaucoup supérieur à la vaseline employée par Gersuny, finit par trouver, par des mélanges divers, une paraffine fondant à 60 degrés et se solidifiant rapidement. Cette propriété de la paraffine d'Eckstein constitue un précieux avantage parce que, injectée dans un tissu dont la température est bien inférieure à son propre point de fusion, elle se refroidit presque instantanément, évitant ainsi les accidents de migration à distance ou d'embolie. De plus cette paraffine reste en place, conserve le modelage que l'opérateur lui a façonné pendant qu'elle se refroidissait sous la peau, elle ne se résorbe pas. Quant aux processus histologiques qu'elle provoque, ils sont analogues à ceux qui suivent l'injection de vaseline ou de gélose : « il se fait là un travail hyperplasique du tissu conjonctif ambiant, et ce travail de prolifération, par un processus analogue à celui qui préside à la formation des encapsulements des corps étrangers, forme tout autour de la matière prothétique une sorte de poche kystique qui la maintient à l'endroit où elle fut injectée. »

Multiples sont les *méthodes* employées pour introduire ces substances dans l'organisme. Gersuny emploie une vaseline pure préparée par un mélange de paraffine solide et de paraffine liquide, et lui associe quelquefois 5 p. 100 de cire (Delangre) pour lui donner un peu plus de consistance. On la stérilise pendant un quart d'heure dans une capsule de porcelaine ou au bain-marie ou même dans une étuve sèche. Lorsqu'elle est refroidie, mais encore liquide ou semi-liquide, on l'injecte au moyen d'une seringue de Pravaz ou de Roux dans les tissus sous-dermiques ou sous-muqueux. On peut hâter le refroidissement de la vaseline en arrosant la seringue d'eau froide. La vaseline doit sortir de l'aiguille sous l'aspect d'un fil vermiforme. Quand il y a lieu de pratiquer plusieurs injections pour obtenir le résultat souhaité, on laisse l'aiguille à demeure. Quelquefois on peut insensibiliser la région où l'on opère en injectant quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 5 p. 100. Le nettoyage de la seringue se fait à l'éther.

La méthode de Gersuny a été employée pour une prothèse testiculaire après castration totale pour orchi-épididymite double tuberculeuse (Gersuny, Delangre), pour refaire des nez, et surtout dans l'incontinence d'urine. « Grâce à deux injections de vaseline, le chirurgien parvint à refaire de toutes pièces un sphincter vésical qui rétablissait le fonctionnement du corps de la vessie et délivrait la malade de sa pénible infirmité. » Pfannenstiel, ayant voulu essayer ce procédé dans le même cas, ne réussit qu'à provoquer chez sa malade une embolie pulmonaire, insuccès « dû à une technique défectueuse ou à un concours de circonstances exceptionnellement malheureuses ». Les injections de vaseline faites selon les méthodes de Gersuny ont encore été tentées dans des cas de cystocèle, de fissure palatine, de fistules mastoïdiennes, entéro-vaginales, vésico-vaginales, de déformations diverses, etc., pour faire un moignon artificiel après énucléation de l'œil.

Dans la plupart de ces cas, les résultats obtenus furent favorables, mais ils n'empêchent pas la méthode de Gersuny de soulever de nombreuses objections. Tout d'abord, elle peut donner lieu à des accidents d'embolie, de plus, en raison de sa faible consistance, de sa fluidité qui se conserve longtemps, la vaseline peut émigrer dans le voisinage, la substance injectée finit par subir une résorption appréciable, enfin en raison de son point de fusion peu élevé, la vaseline, sous l'influence de causes pathologiques nombreuses, peut présenter des variations de consistance très considérables, si la température du sujet augmente.

En présence de ces inconvénients, Eckstein chercha une paraffine dont le point de fusion fût sensiblement supérieur à celui de la vaseline de Gersuny et qui, injectée à l'état liquide, pût se solidifier instantanément, supprimant de ce chef toute embolie possible, toute émigration à distance. Il trouva ainsi une substance fondant vers 65 degrés, se solidifiant assez rapidement pour ne pouvoir ni se déplacer, ni produire des embolies, finissant par s'encapsuler, et ne subissant par suite aucune résorption. C'est donc à la méthode d'Eckstein qu'il convient de s'adresser aujourd'hui; elle a donné des résultats excellents surtout en rhinologie, soit qu'elle ait été employée à l'extérieur dans un but purement esthétique, soit au contraire à l'intérieur dans un but de restauration fonctionnelle.

La *technique* recommandée par M. Lagarde ne nécessite qu'un petit nombre d'instruments; une lampe à alcool, un récipient pour faire bouillir l'eau, une seringue analogue à celle que le docteur Brockaert à fait construire spécialement pour les injections de paraffine, un pot de paraffine solide, fusible à 65 degrés, et stérilisée d'une façon soignée, un thermomètre centigrade. Avant l'injection il convient de prendre toutes les précautions aseptiques d'usage; quant à l'anesthésie locale, elle est plus nuisible qu'utile (Brockaert). La seringue, stérilisée et déposée dans un récipient d'eau très chaude, est remplie de paraffine lorsque celle-ci, liquéfiée au bain-marie, est à 65 degrés. L'injection doit être faite lentement, sans quoi la paraffine qui remplit la canule se solidifie et rend impossible tout écoulement ultérieur. Puis on modèle la paraffine injectée « en s'inspirant des règles de la plus pure esthétique ». Comme soins consécutifs il suffit de recouvrir la région opérée de compresses d'eau bouillie ou boriquée.

De tous les *accidents* observés, le plus grave est sans contredit l'embolie pulmonaire due le plus souvent à une faute de technique (injection dans un vaisseau d'une vaseline trop longue à se solidifier), elle est rare avec la méthode d'Eckstein, il faut cependant savoir la prévoir lorsqu'on opère. Quant à l'œdème des régions voisines, toujours limité et fugace, à la nécrose de la peau ou aux eschares, aux phlébites légères, ce sont là des accidents rares et faciles à éviter en opérant comme nous l'avons dit.

L. B.

VIRCHOW

Le 13 octobre de l'année dernière, l'Allemagne célébrait le jubilé de Virchow, à l'occasion de son quatre-vingtième anniversaire. Ces fêtes furent l'occasion d'une manifestation grandiose à laquelle s'associèrent les savants du monde entier. L'empereur Guillaume II décerna à Virchow la grande médaille d'or pour les sciences et l'Institut de pathologie inaugura solennellement son buste.

C'est que Virchow fut un des hommes les plus en vue de l'Allemagne comme savant et comme homme politique,

Nous n'avons rien à dire de son rôle politique; Virchow représentait au parlement la première circonscription de Berlin. Les idées progressistes et libérales qu'il avait professées, comme conseiller municipal, le firent déposséder de ses fonctions dans les hôpitaux de la capitale et l'exilè-

rent à Wurtzbourg, en 1848. Mais sa haute valeur scientifique, sa réputation chaque jour grandissante mirent fin à cet exil qui dura sept ans. Depuis près d'un demi-siècle Virchow dirigea l'Institut d'anatomie pathologique à l'Université de Berlin.

Docteur à vingt-deux ans; cinq ans après Virchow, déjà privat-docent, fondait les *Archives d'anatomie et de physiologie pathologiques*, connues depuis sous le nom d'Archives de Virchow, et était nommé prosecteur de l'hôpital de la Charité, à Berlin. Il avait vingt-sept ans.

Tout de suite, ses travaux, publiés en mémoires successifs dans ses Archives, attirèrent l'attention du monde savant par l'orientation scientifique nouvelle qu'il donnait aux recherches médicales. Virchow établit la théorie cellulaire, montra l'importance de la cellule au triple point de vue biologique, physiologique et pathologique. Dans sa *Pathologie cellulaire*, il posa les bases de sa conception nouvelle en démontrant que la cellule est le substratum même de la vie.

Les travaux de Virchow furent des plus nombreux et des plus remarquables; son enseignement fut suivi par les savants du monde entier; aussi la valeur personnelle de Virchow rehaussa-t-elle d'un vif éclat la renommée des sciences médicales allemandes.

Au moment où la France se relevait péniblement de ses blessures et où la défaite de ses armées avait amoindri, à l'étranger, le prestige de ses savants, Virchow prononça contre nous de dures et d'injustes paroles. Mais il les regretta plus tard et récemment, en public, il répudia hautement les termes injurieux qu'on lui avait prêtés, mit sur le compte de l'aberration mentale, dont souffrent les hommes en ces périodes troublées, les quelques paroles qui lui avaient peut-être échappé et rendit à nos savants un juste et légitime hommage.

D'ailleurs Virchow était membre de plusieurs de nos sociétés scientifiques. Il présida le dernier Congrès international des Sciences médicales, réuni à Paris à l'occasion de l'Exposition universelle. Il était membre de l'Institut et commandeur de la Légion d'honneur.

Avec Virchow, disparaît une des grandes gloires médicales du siècle passé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Centenaire de l'Internat. — *Délivraison des médailles.* — La frappe et la gravure des médailles, retardées par la rupture des coins, sont aujourd'hui terminées, et le trésorier du Centenaire tient à la disposition de chaque souscripteur la médaille portant son nom à laquelle il a droit. Le Comité ayant décidé, par mesure d'économie, d'attendre l'achèvement du volume du Centenaire, dont la date ne peut encore être prévue, pour ne faire qu'un envoi aux souscripteurs, le trésorier ne peut faire actuellement d'envoi aux frais de la souscription.

Les souscripteurs habitant Paris peuvent faire retirer leur médaille immédiatement à la librairie, 2, rue Casimir-Delavigne. Ceux des souscripteurs de province qui désirent recevoir leur médaille *franco*, n'ont qu'à faire connaître leur désir au trésorier, M. G. Steinheil, en lui adressant 0 fr. 50 en timbres-poste pour frais d'envoi.

Pour l'étranger, les conditions de l'expédition sont variables avec chaque pays et ne peuvent être indiquées d'avance. Le trésorier s'efforcera de faire l'envoi dans les meilleures conditions possibles.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Moulinier, du port de Rochefort, est désigné pour aller servir au bataillon des apprentis fusiliers à Lorient.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-sixième semaine, 813 décès, au lieu de 767 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 801.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 14; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 32, au lieu de 28 pendant la semaine précédente; ces chiffres sont l'un et l'autre très inférieurs à la moyenne 78.

La variole, comme la semaine précédente, n'a pas causé de décès; le nombre des cas nouveaux est de 9, au lieu de 4 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 12.

La rougeole a causé 10 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine précédente (2) et à la moyenne (4); la scarlatine 1, chiffre identique à la semaine précédente et à la moyenne; la coqueluche, 1 décès, au lieu de 9 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 6; la diphtérie, 7 décès, au lieu de la moyenne 4; pour cette dernière affection le nombre des cas nouveaux est de 66, chiffre supérieur à celui de la semaine précédente (54) et à la moyenne (36).

La diarrhée infantile a causé 95 décès de 0 à 1 an, chiffre identique à celui de la trente-quatrième semaine et sensiblement supérieur à la moyenne (70); on ne saurait trop veiller à la parfaite pureté du lait servi aux enfants et à l'extrême propreté des vases qui le contiennent.

En outre, 15 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 86 décès, au lieu de 65 pendant la semaine précédente et au lieu de 94, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 11 décès (au lieu de la moyenne 5); bronchite chronique, 6 (au lieu de la moyenne 16); pneumonie, 21 (au lieu de la moyenne 27); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 48 (au lieu de la moyenne 46), dont 14 sont dus à la congestion pulmonaire et 30 à la broncho-pneumonie. Aucun décès n'a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 176 décès; la méningite tuberculeuse, 11; la méningite simple, 24; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 11 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 37; les maladies organiques du cœur, 50; le cancer a fait périr 53 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 5 décès; la cirrhose du foie, 8; la néphrite, 17; enfin, 24 vieillards sont morts de débilité sénile.

Programme des cours de vacances faits à l'hôtel des Sociétés savantes du 6 au 25 octobre 1902. — *Ophtalmologie* (M. le docteur Rochon-Duvigneaud). — Examen de l'œil. Pratique de l'ophtalmoscope (avec malades).

Diagnotic pratique de la réfraction et choix des verres.

Examen de l'acuité visuelle et du champ visuel.

Pansements, topiques, lavages, collyres, etc.

Cas d'urgence; blessures de l'œil, corps étrangers, conjonctivites graves, kératites, iridocyclite et glaucome.

Petite chirurgie de l'œil : voies lacrymales, chirurgie des paupières.

N. B. — Chaque élève est prié de se munir autant que possible d'un ophtalmoscope.

Oto-rhino-laryngologie (MM. le docteur Jaurens et Boulay). — 1° Méthode d'examen des trois organes, oreille, nez, pharyngo-larynx : a. sur des sujets sains; b. sur des malades. (Exercices otoscopiques, rhinologiques, et laryngologiques, avec présentation des cas cliniques les plus fréquents);

2° Notions de thérapeutique médicale pratique : par exemple, traitement raisonné d'une otorrhée, d'une rhinite chronique, des différentes formes de pharyngites et de laryngites;

3° Notions de thérapeutique chirurgicale pratique et urgente : ouverture du tympan, de l'apophyse mastoide, ablation des amygdales, des tumeurs adénoïdes, etc.

N. B. — Chaque élève est prié de se munir d'un miroir frontal, de deux spéculums d'oreille, d'un spéculum du nez et d'un miroir laryngien.

Maladies de l'estomac (M. le docteur Soupault). — 1° Données

générales sur l'anatomie de l'estomac : forme, situation, position. Moyens de s'en rendre compte.

Altérations anatomiques. Étude des organes abdominaux.

2° Physiologie de l'estomac. La sensibilité, les mouvements, la sécrétion. Le cathétérisme au point de vue du diagnostic ;

3° Séméiologie gastrique. Interrogatoire d'un malade : étude rapide des principaux symptômes, déglutition, appétit, douleurs, vomissements, éructations, hématémèses ;

4° Troubles de la sécrétion, hypo, hyperchlorhydrie ;

5° Troubles de la motilité. Atonie, stase, dilatation atonique, ptoses, sténoses du pylore ;

6° Gastrites. Ce qu'il faut entendre par gastrites. Gastrite et dyspepsie. Quelques notions sommaires sur l'anatomie pathologique. Étude clinique des gastrites ;

7° L'ulcère de l'estomac : symptômes, diagnostic, complications, traitement médical et chirurgical ;

8° Le cancer de l'estomac : symptômes, diagnostic, complications, traitement médical et chirurgical ;

9° Dyspepsies.

Dyspepsies nerveuses, dyspepsies réflexes, conséquence des dyspepsies au point de vue de l'état général.

A vendre après décès, et dans les conditions les meilleures, des livres de médecine et sept à huit boîtes de chirurgie en bon état (amputations, yeux, pile, etc.).

S'adresser à M. Chayrou, à Domme (Dordogne).

Étude médicale sur La Bourboule, par le docteur Pierre Maurel. 1 broch. — Paris, Steinheil.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, rue Cassette, 17

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse ...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.000	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. *Emplois spéciaux*: ***SAINT-JEAN***, maladies des organes digestifs; — ***PRÉCIEUSE***, maladies de l'appareil biliaire; — ***DÉSIRÉE***, maladies de l'appareil urinaire; — ***RIGOLETTE***, chlorose, anémie; ***MAGDELEINE***, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE		
Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate »	Sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

DANS LES CAS

de Chlorose et d'Anémie

REBELLES

aux Moyens Thérapeutiques ordinaires

LES PRÉPARATIONS

A BASE

D'HEMOGLOBINE

SOLUBLE

DE V. DESCHIENS

ont toujours donné les Résultats les plus satisfaisants.

SIROP: Une à deux cuillerées à soupe immédiatement avant ou après chaque repas, soit pur, soit dans un demi verre d'eau ordinaire ou gazeuse.

ÉLIXIR: Liqueur très agréable à prendre par petit verre après chaque repas.

VIN: Un verre à madère avant ou après le repas. — Un petit verre à liqueur pour les enfants.

DRAGÉES: 3 à 6 dragées par jour.

GRANULÉE: Une à deux cuillerées à café avant les repas.

DÉTAIL: *Dans toutes les Pharmacies.*

PRÉPARATION ET VENTE EN GROS:
ADRIAN et Cie
9, Rue de la Perle, Paris.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

PRIX du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

Dépôt à Paris dans toutes les Pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées p^r jour. Bd Haussmann, 41, Paris et ph^les.

GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX contre :
RACHITISME CHEZ LES ENFANTS
NEURASTHÉNIE, NÉVRALGIE, PHOSPHATURIE
DÉBILITÉ pendant la GROSSESSE, etc.
Chaque Flacon est accompagné d'une cuillère-mesure en aluminium. — DOSE : 2 à 3 cuillerées par repas.
Vente en Gros : 13, Rue de Poissy, Paris et t^tes Ph^ies.

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Ph^ies.

KOLA ROY

2 à 4 cuillerées par jour aux repas.
Th. Roy, pharmacien, Asnières (Seine).

PHARMACIE LIMOUSIN — 2 bis RUE BLANCHE, PARIS

ACETOPYRINE — ANALGÉSIQUE ANTIPYRETIQUE
HONTHIN — Astringent Intestinal
PETROSULFOL — SULFO-ICHTHYOLATE D'AMMONIAQUE D'AUTRICHE
PETROLAN — NOUVEAU PRODUIT DERMATOLOGIQUE
SIROP DE KOLA COMPOSÉ HELL — FORTIFIANT TONIQUE

PHARMACIE DU ROULE — 11, AV. D'ANTIN

CACHETS D'HYDRARGOTINE
PRÉPARATION MERCURIELLE n'agissant pas violemment

SAVONS DE BERGER
HYGIENIQUES & MEDICINAUX — PRIX Modique
Préparation parfaite efficacité certaine
DÉPÔT PRINCIPAL 2 bis R. BLANCHE
PHARMACIE LIMOUSIN

BROMIDIA

HYPNOTIQUE ANTINÉVRALGIQUE

Bien qu'opposé à l'usage des spécialités pharmaceutiques, je fus frappé de la formule de votre **BROMIDIA**, et connaissant l'action des ingrédients qui la composent, je ne pouvais me résoudre à croire que la combinaison aurait un plus grand pouvoir que les composants. Cependant, je me soumis à l'essayer dans un cas obstiné de Névralgie mammaire qui avait été réfractaire à une infinité d'autres médicaments. Le résultat fut brillant et dépassa de beaucoup mon attente.

Je fis alors des expériences avec une préparation faite, selon la formule du **BROMIDIA**, par un pharmacien expérimenté, mais les résultats furent incomparablement inférieurs à ceux que donne votre produit. Est-ce à cause de la plus grande pureté de vos drogues ou d'un mode spécial de combinaison?

Je vous remercie, au nom de l'humanité souffrante, et je demeure, bien à vous,

Barrafranca, Italie, 20 juillet 1893. Dr ORAZIO SATARIANO.

AVIS IMPORTANT. — Se défier des nombreuses imitations vendues sous le nom de **BROMIDIA**. Prière à MM. les médecins de bien spécifier la marque **BATTLE'S BROMIDIA**

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET LES COLONIES
ROBERTS et Co, pharmaciens-droguistes, *5, rue de la Paix, PARIS*

Prix : 5 fr. — *Brochure et échantillons envoyés à MM. les médecins sur demande.* — Prix : 5 fr.

N° 104. — MARDI 16 SEPTEMBRE 1902. 75e ANNÉE. MARDI 16 SEPTEMBRE 1902. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE......... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

ÉPITHÉLIOMA BRANCHIAL DU COU

Par M. LAPEYRE,
Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

Depuis le travail capital de Victor Veau (Th. de Paris, 1901) sur l'épithélioma branchial du cou, il peut sembler inutile de revenir sur cette question. Cependant nous tenons par cette observation à affirmer une fois de plus l'entité clinique et histologique de ces tumeurs qui ont été décrites pour la première fois en France par un élève de Montpellier (BRINTET. Th. de Montpellier, 1898).

X... (Germain), soixante ans environ, cultivateur de la Lozère, entre le 24 août 1898 à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier dans le service de M. le professeur Forgue, que je suppléais, pour une tumeur du cou.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : santé habituelle excellente. Le malade ne se souvient pas d'avoir été malade.

Maladie actuelle. — Il y a environ quatre mois, ce malade était en bonne santé, lorsqu'il s'aperçut de l'existence, à la partie moyenne et droite du cou, d'une tumeur qui a grossi assez rapidement jusqu'à atteindre ces jours derniers le volume d'un œuf de dinde. Pendant les premières semaines, la tumeur était absolument indolente. Mais bientôt, celle-ci devint gênante par son volume dans les mouvements du cou, et le malade éprouva à son niveau des sensations douloureuses qu'il compare à des piqûres d'aiguille, des tiraillements avec irradiations dans le côté droit de la face.

Sur les conseils de son médecin, il vient à Montpellier et entre à l'hôpital.

Examen à l'entrée le 25 *août* 1898. — Le malade est un vieillard encore vigoureux, bien constitué, sans stigmates de tuberculose ni de syphilis.

Il porte au niveau de la partie moyenne du cou, du côté droit, une tumeur ayant presque le volume du poing fermé, en soulevant la peau qui est normale.

Cette tumeur a la forme d'un ovoïde régulier, à grand axe légèrement oblique en bas et en dedans, presque transversal. La surface est à peu près régulière, non bosselée, et la palpation la délimite facilement.

En haut, elle ne dépasse pas une ligne passant par l'os hyoïde ; en bas elle plonge profondément de trois travers de doigt environ au-dessus de la clavicule ; en dedans, elle arrive à un doigt de la ligne médiane ; en arrière elle se perd sous le S. C. M. qu'elle soulève et auquel elle paraît fixée.

La consistance est dure, rénitente seulement à sa partie antérieure, plus accessible à la palpation. On ne sent pas de fluctuation ; elle donne au contraire la sensation d'une tumeur solide avec une « carapace » dure.

Elle est absolument *indolente* à la palpation ; légèrement *mobile* quand le sterno-mastoïdien n'est pas contracté dans sens vertical, complètement *irréductible*, mais on sent qu'elle est soulevée par des battements synchrones aux battements du pouls.

La tumeur ne subit pas l'*ascension* laryngée pendant la déglutition.

L'*auscultation* répétée plusieurs jours de suite ne permet pas d'entendre de bruit de souffle. D'ailleurs il n'existe aucune modification circulatoire dans les territoires avoisinants.

L'examen du cou montre qu'il n'existe pas d'adénite dans les régions sous-maxillaires, ni dans la région carotidienne gauche.

Les lèvres et la muqueuse buccale paraissent saines. On ne trouve sur les téguments de la face et de la tête aucune lésion qui ait pu déterminer une adénopathie cervicale secondaire.

L'état général du malade est médiocre. Il a maigri notablement, dit-il, depuis deux mois, mais n'a pas perdu ses forces. La voix est légèrement rauque, mais elle est ainsi depuis très longtemps.

Pas de troubles respiratoires. Artério-sclérose marquée.

Diagnostic. — Nous portons par exclusion le diagnostic de « cancer branchiogène ». L'âge du malade, la rapidité d'évolution de la tumeur, son siège, ses caractères, l'intégrité du système lymphatique du cou nous permettent d'éliminer l'hypothèse : *a*. d'une adénopathie tuberculeuse ; *b*. d'une adénopathie néoplasique secondaire ; *c*. d'un kyste branchial ; *d*. d'un goitre développé au dépens d'une thyroïde accessoire ; *e*. d'un anévrysme carotidien.

Mais comme l'examen clinique ne permet guère d'être très affirmatif et surtout de prévoir si une extirpation complète n'est pas possible, on propose l'opération au malade qui l'accepte.

Opération le 28 *août* 1898. — Ether.

Incision verticale sur la partie la plus saillante de la tumeur qui adhère à la gaine du S. C. M. Elle est entourée par une athmosphère de tissu conjonctif induré et on se rend compte immédiatement que l'extirpation totale de la tumeur est impossible. On pense à un paquet d'adénite suppurée avec péri-adénite.

On incise le pôle antérieur de la tumeur qui a été libéré partiellement ; il en sort un liquide louche, épais, et quel-

ques débris jaunâtres ayant l'aspect de tissu sphacelé. Le doigt introduit dans la cavité sent un étranglement à la partie moyenne de la tumeur. En ce point, la paroi est épaissie et d'une dureté ligneuse. Sa surface est recouverte de mamelons arrondis, peu saillants et très lisses.

On fait l'ablation de la partie antérieure de la tumeur que l'on peut libérer avec les ciseaux mousses. On évacue le plus possible la poche profonde à la curette. Le doigt introduit sent les battements de la carotide qui paraît « enchâssée » dans la paroi du kyste. Pas d'hémorragie. On draine et on suture au crin de Florence.

Pansement compressif.

Suites opératoires excellentes.

Le contenu de la poche examiné histologiquement permet de penser qu'il s'agit, non pas d'un gâteau de ganglions, mais d'un cancer branchiogène. Je tente alors une *deuxième opération le* 30 *août* 1898. Ether. Désunion de la ligne de suture. On enlève par fragmentation la presque totalité de la poche qui adhère à la veine jugulaire interne. On extirpe deux ganglions qui sont accolés au pôle supérieur de la paroi au voisinage de l'angle de la mâchoire. L'extirpation est difficile : on doit sculpter la poche dans un tissu conjonctif induré sous-vasculaire.

Suture aux crins. Drainage. Pansement compressif.

Suites opératoires bonnes.

On enlève le drain le dixième jour, les fils le douzième.

Le malade sort le 15 septembre. Toute la région carotidienne droite est indurée et légèrement douloureuse à la pression.

Nous avons appris que ce malade avait succombé environ deux mois après à une récidive.

Examen anatomo-pathologique, *par M. Bosc.*— Le fragment de la poche enlevé dans la première opération est formé par de gros bourgeons irréguliers, à surface lisse, appliqués les uns contre les autres, de sorte que les irrégularités de la surface sont légères et donnent simplement l'impression d'une surface mamelonnée. Leur couleur est gris jaunâtre, leur consistance est assez dure, mais par endroits, leur surface est désagrégée et présente des effilochures qui baignent dans le liquide de la cavité; on constate encore des parties hémorragiques. La surface de section a une couleur gris jaunâtre au niveau des mamelons, et y présente une résistance modérée; en allant vers la paroi externe, la consistance devient fibreuse, le tissu résiste beaucoup plus au couteau et on arrive enfin à une couche de tissu musculaire complètement adhérente et formée par des faisceaux du sterno-cléido-mastoïdien. Des fragments comprenant toute la paroi sont fixés dans l'alcool et le sublimé à saturation.

La surface interne de ces parties est irrégulièrement mamelonnée; cet aspect est dû à des bourgeons serrés les uns contre les autres, à surface lisse, de couleur blanchâtre ou blanc jaunâtre chez quelques-uns, violacée et hémorragique.

Sur la surface de section, dans les points les plus épais, on trouve à la périphérie un tissu fibro-musculaire ou fibro-adipeux; en dedans un tissu fibreux, dense, coriace au couteau, fortement vascularisé, et enfin un tissu de consistance variable suivant les points, hémorragique par place et qui forme les bourgeons dont nous venons de parler. On a recueilli et fixé dans le sublimé à saturation et dans l'alcool, des fragments comprenant toute la surface de section et comprenant des bourgeons blanc jaunâtre et des bourgeons hémorragiques, à surface sphacélique.

On a fixé également des fragments de paroi beaucoup plus minces et formés d'une couche conjonctive peu épaisse et d'une couche interne mollasse, avec des bourgeons de petite taille disséminés.

On a enlevé et fixé encore deux ganglions de volume inégal, situés à l'angle du maxillaire, sans rapport immédiat avec la tumeur; l'un est arrondi, du volume d'un petit pois, très dur, jaunâtre, l'autre du volume d'un haricot, de consistance à peu près normale et de couleur violacée.

Enfin, on a sculpté, le long des gros vaisseaux du cou, au-dessous de la tumeur, une bande de tissu fibro-adipeux très résistant.

Examen microscopique. — A. *Contenu.* — Le liquide renfermé dans la cavité du bissac de la tumeur était jaunâtre, trouble et avec lui s'est évacué un fragment de tissu sphacélé blanchâtre. Le liquide renfermait des leucocytes mono et polynucléaires, des cellules épithéliales volumineuses, les unes complètement arrondies ou ovales, d'autres irrégulières, à angles ronds ou aigus, à prolongements multiples, renfermant un ou plusieurs noyaux hypertrophiés. La plupart fixent mal le contour et la plus grande partie ou la totalité du protoplasma est en état de dégénérescence granuleuse; les noyaux sont très distendus, clairs, parfois réduits à la membrane et au nucléole. Certaines de ces cellules sont réunies en petits amas et présentent des filaments d'union. La dissociation du petit lambeau solide sphacélé montre qu'il est formé par un tissu conjonctif fasciculé et par des cellules épithéliales qui sont parfois agglomérées et constituent un globe épidermique bien caractérisé.

B. *Contenant.* — Nous avons fait une étude complète des divers fragments que nous avons indiqués plus haut et qui ont été prélevés sur des points très variables de la tumeur ou dans les environs.

Cette étude, portant donc sur toute l'épaisseur de la paroi, en des points où la surface interne est nettement mamelonnée, nous a montré que cette apparence est due à une sorte de bourgeonnement irrégulier ou dépression plus ou moins profonde.

Les bourgeons sont formés par des mamelons inégaux de tissu conjonctif; les uns, et ce sont les plus nombreux, sont dépourvus de tout revêtement et leur surface est en contact direct avec le liquide contenu dans la cavité. Le tissu qui les compose est constitué par du tissu conjonctif lâche, parcouru de quelques tractus et de quelques plaques de tissu plus épais lamineux. Dans le tissu fasciculé, peu serré, courent de nombreux capillaires gorgés de sang et on note une infiltration de petites cellules rondes parfois réunies en amas volumineux. A la surface des bourgeons, cette infiltration est très intense; elle coïncide en de nombreux endroits avec des hémorragies en nappe ou en foyers limités, et aboutit à la dissociation et à la nécrose.

Certains mamelons formés uniquement de tissu conjonctif présentent cependant en un point de leur surface et s'enfonçant dans leur substance, comme un coin, des amas de volume variable, formés par des cellules épithéliales. De même, au niveau de certaines dépressions qui existent entre deux mamelons, on trouve un revêtement épithélial, en partie desquamé, mais dont il reste les dernières assises formées de cellules polygonales et d'une couche de cellules prismatiques adhérentes au tissu conjonctif et envoyant même quelques pointes dans ce dernier, de manière à rappeler le revêtement épidermique.

En des points voisins, l'hémorragie et l'infiltration superficielles du tissu conjonctif ont amené la dissociation des

fibres de ce dernier et entraîné la chute de l'épithélium; ce dernier forme ainsi un amas de cellules de forme et de volume variables, prenant mal la couleur, de globules rouges, de globules blancs et de débris de fibres interstitielles nécrosées.

Enfin, au niveau de coupes faites au niveau des bourgeons de surface régulière, lisse et de coloration gris jaunâtre, on constate à la surface des mamelons qui font des saillies irrégulières dans la cavité, un revêtement épithélial continu.

Cet épithélium est formé de cellules superposées, de façon à former une stratification de sept à huit couches. Les cellules les plus superficielles sont aplaties, irrégulières, mal colorées, leur noyau volumineux est à peine apparent ou a complètement disparu; elles se desquament en partie et présentent tous les caractères des cellules cornées de l'épiderme. Au-dessous, les cellules sont très volumineuses, irrégulièrement polygonales, à très gros noyau assez mal coloré et en dégénérescence vacuolaire. Dans les couches inférieures, les cellules sont plus petites, cuboïdes, leur noyau est augmenté de volume, mais prend fortement la couleur, de même que le protoplasma. Enfin la couche basale, reposant directement sur le tissu conjonctif, est formée de cellules prismatiques à gros noyau très coloré, et implantées perpendiculairement.

Dans la partie superficielle et moyenne, les cellules prennent une orientation particulière et arrivent à constituer des globes épidermiques.

A un fort grossissement, les cellules de la couche moyenne et de la couche profonde présentent des filaments d'union et tous les caractères des cellules malpighiennes augmentées de volume. On est donc en présence d'un épithélium pavimenteux stratifié, revêtant le type de l'épithélium cutané, mais nous n'avons pu trouver en aucun point de granulations d'éléidine.

Sur une certaine étendue de ce revêtement épithélial, on ne constate pas de papilles bien formées, mais seulement de légères ondulations ou des proéminences plus marquées. Celles-ci augmentent, en d'autres points, et constituent des papilles très irrégulières, identiques à celles du derme cutané ou beaucoup plus volumineuses. Ce sont ces papilles hypertrophiées qui constituent certains mamelons saillants dans la cavité. Ces papilles présentent d'ailleurs tous les caractères du tissu papillaire, c'est-à-dire qu'elles sont formées d'un tissu conjonctif lâche, riche en vaisseaux et infiltré de petites cellules rondes qui, par place, forment de véritables amas.

Les prolongements épithéliaux interpapillaires s'enfoncent plus ou moins profondément et donnent parfois naissance à des masses volumineuses limitées par la même couche basale de cellules prismatiques posées de champ. Ces prolongements interpapillaires donnent naissance latéralement, ou à leur extrémité même, à des bourgeonnements épithéliaux qui pénètrent dans le tissu conjonctif, s'allongent, forment des tractus qui présentent des étranglements et des dilatations et qui s'anastomosent. Comme il se fait des bourgeonnements multiples au niveau de la surface papillaire, il en résulte un véritable réseau épithélial, par anastomoses des tractus entre eux.

Ces bourgeons épithéliaux présentent des points d'élargissement formés par une couche bordante de cellules prismatiques, puis, en allant vers le centre, de cellules irrégulières à noyau bien coloré, puis de cellules très augmentées de volume, arrondies, prenant mal la couleur, à noyau en dégénérescence vacuolaire. Elles subissent un processus de kératinisation et forment des globes épidermiques volumineux, à la partie centrale. Ces parties dilatées s'étranglent et peuvent paraître complètement isolées, par places, des tractus voisins avec lesquels elles étaient primitivement anastomosées, lesquels n'ont pas subi encore de transformation cornée, mais dont les cellules sont hypertrophiées et souvent vacuolaires. Ces cellules sont dentelées et ressemblent absolument aux cellules du revêtement malpighien. Nous n'avons pas découvert au niveau de ces formations profondes, de granulations d'éléidine dans les cellules.

Nous sommes donc en présence d'*un épithélioma pavimenteux lobulé*, identique comme structure générale à ceux de la peau.

Si l'on s'enfonce davantage vers la partie extérieure de la paroi, les traînées épithéliales sont plus minces; elles sont fréquemment anastomosées, mais les parties épaissies, renflées en lobules, sont beaucoup plus rares. Elles sont formées de cellules prismatiques à la périphérie et, à l'intérieur, de cellules cuboïdes fortement colorées et à noyau hypertrophié, au même titre que les bourgeonnements papillaires les plus jeunes de la surface. De loin en loin, on trouve néanmoins un élargissement en lobule de la travée, avec transformation cornée des cellules et apparition de globes épidermiques. Parfois même toute la partie centrale est desquamée et désorganisée.

Les traînées les plus profondes, les plus jeunes, sont très minces, formées par des tractus tubulés à deux ou trois rangées de cellules seulement, peu anastomosées et elles sont enfermées dans un tissu conjonctif lâche infiltré de petites cellules rondes. Tout à fait à la périphérie, dans les points de terminaison, ces traînées s'amincissent encore, se terminent en pointes dont le prolongement fin les réunit à un petit groupe de cellules isolées ou à une cellule. On trouve même dans ces points de grosses cellules à gros noyau ou de petits groupes de cellules complètement isolées. Le tissu conjonctif qui entoure les cellules et les extrémités des trabécules est très lâche, distendu par une énorme quantité de cellules rondes qui forment des amas véritables autour des éléments cellulaires isolés.

La progression des travées épithéliales nouvelles se fait donc dans un tissu embryonnaire et l'on voit ici nettement que ce développement se fait aux dépens de cellules épithéliales réunies aux travées épithéliales par de très fines anastomoses et qui prolifèrent sur place, forment de petits foyers qui par leur accroissement constituent les travées nouvelles.

Au niveau de la limite externe de la paroi, on arrive sur un tissu conjonctif dense ou sur les tissus avoisinant la tumeur et sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

D'une façon générale, le stroma dans lequel évoluent les traînées épithéliales est un tissu conjonctif assez lâche, mais son aspect varie suivant les points examinés.

Nous avons vu qu'au niveau des bourgeons de la surface il s'agissait d'un tissu formé de fibres conjonctives peu serrées, renfermant de nombreux vaisseaux, infiltré de cellules rondes et parfois de globules rouges. C'est surtout à la surface des bourgeons desquamés que l'on constate cette infiltration serrée et des hémorragies interstitielles.

Cependant les bourgeons les plus volumineux et certaines parties du stroma situé au-dessous renferment des fibres

conjonctives plus épaisses, rubanées, ondulées, qui parfois aboutissent à la formation de plaques de structure lamelleuse.

Ces parties lamineuses, entourées d'ailleurs d'un tissu conjonctif lâche, infiltré de petites cellules rondes et renfermant de nombreux vaisseaux gorgés de sang, se rencontrent dans toute la partie moyenne de la paroi, et dans les larges espaces qui séparent les travées épithéliales éloignées, à faible anastomose. Au voisinage de l'épithélium, le tissu conjonctif prend une structure très lâche; il est composé de cellules allongées, fusiformes et ramifiées, anastomosées et disposées d'une façon irrégulière et enfermant dans leurs mailles de nombreuses cellules embryonnaires. En certains points même, en particulier au niveau des épaississements en voie de prolifération active, la tissu conjonctif avoisinant et qui sépare plusieurs de ces points épithéliaux est formé par un fin reticulum irrégulier qui aboutit à des cellutes étoilées et renferme dans ses mailles des cellules embryonnaires. Le tissu conjonctif a revêtu le caractère d'un tissu myxomateux qui se réunit progressivement au tissu fasciculé lâche qui constitue la plus grande partie du stroma, par des cellules allongées anastomosées, d'abord disposées irrégulièrement, puis formant des faisceaux parallèles.

Les épaississements épithéliaux de la surface ou de la profondeur subissent le plus souvent la transformation cornée. Mais, parfois, certains lobules de la profondeur présentent une dégénérescence myxoïde, qui à un examen superficiel pourrait faire penser à un cylindrome. Les cellules se gonflent, deviennent volumineuses, arrondies, leur noyau s'hypertrophie, sa chromatine disparaît et il prend l'aspect d'une vésicule nucléolée. La cellule dégénère enfin d'une façon complète et comme cette disparition se fait d'une façon irrégulière sur toute la surface du bourgeon épithélial, au maximum dans la partie centrale, il se produit des lacunes rondes ou irrégulièrement rondes, limitées par un reticulum étoilé.

Nous avons noté macroscopiquement l'existence de points superficiels de sphacèle et d'un bourbillon nécrosique dans le liquide qui remplissait la cavité.

On constate, en effet, en certains points de la surface interne de la tumeur, un processus de nécrose. Cette nécrose est parfois superficielle; elle est due à une hémorragie interstitielle qui amène la chute de l'épithélium, la désintégration du tissu papillaire et sa chute dans la cavité sous forme de filaments sphacélés.

Mais la nécrose peut être beaucoup plus étendue, prendre tout un bourgeon volumineux et s'enfoncer dans la profondeur. Cette nécrose est en rapport avec un *processus d'épaississement de la paroi interne des vaisseaux aboutissant à l'oblitération complète des artères et des veines*.

Cette oblitération ne se fait pas par simple compression des parois vasculaires due au développement des traînées épithéliales; du moins nous n'avons pu constater rien de semblable. Mais au centre des territoires nécrosés on trouve des vaisseaux dont la lumière a complètement disparu ou est réduite à une fente étroite. Il existe un épaississement extrêmement prononcé de la tunique interne dont les fibres sont infiltrées de nombreuses cellules rondes; on constate également une prolifération prononcée de la tunique externe et le vaisseau est enfin entouré d'un manchon régulier et épais de cellules épithéliales qui subissent là, partiellement, la transformation cornée et forment des globes épidermiques. Les cellules les plus internes prolifèrent et pénètrent la paroi jusqu'au voisinage de la lumière du vaisseau. On peut suivre les diverses étapes de ce processus au niveau de la partie limitante du territoire nécrosé. Le début se traduit par une prolifération épithéliale périphérique, l'infiltration cancéreuse de la tunique externe, l'irritation de voisinage de la tunique interne qui s'infiltre de cellules rondes; ces dernières se transforment en cellules conjonctives adultes et il se produit ainsi l'épaississement progressif de cette tunique pouvant aboutir à l'oblitération complète.

La dégénérescence cornée ou mucoïde des traînées épithéliales, les hémorragies interstitielles profondes, la dégénérescence myxomateuse du tissu conjonctif, favorisent encore la production des nécroses à grand foyer.

Partie périphérique. — Dans les points où la tumeur est adhérente au sterno-cléido-mastoïdien, l'on observe d'abord un tissu conjonctif très lâche, de structure presque embryonnaire, autour des dernières ramifications épithéliales; puis ce tissu s'épaissit, quoique toujours infiltré de cellules, et forme des bandes, des faisceaux épais, limités par des tractus plus denses et qui limitent des loges pleines. Un peu plus loin ces mêmes tractus entourent des espaces remplis de fibres musculaires coupées transversalement, fortement atrophiées et entourées par un tissu conjonctif déjà adulte. Les loges que nous signalions tout à l'heure et remplies de tissu conjonctif lamelleux, représentent donc d'anciens faisceaux musculaires détruits et remplacés par la prolifération conjonctive. Les tractus conjonctifs s'enfoncent profondément dans le muscle et dans les points d'envahissement récents, ils présentent une structure embryonnaire et de nombreux vaisseaux. En ces points où la fibre musculaire est encore à peine atrophiée, on constate une multiplication des noyaux du sarcolemme et une dégénérescence vitreuse de certaines fibres. Les traînées épithéliales progressent dans le tissu conjonctif épais en amenant sa dégénérescence mycoïde. Nous n'avons pas trouvé de point où le muscle fût envahi directement par l'épithélium.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement de l'athrepsie.

L'athrepsie est une des maladies d'enfant dont le traitement donne le moins de satisfaction au médecin : tout a été essayé contre elle sans succès, et aujourd'hui, en présence d'un athrepsique, la plupart des pédiâtres pensent que le mieux est de surveiller l'alimentation et d'attendre du temps une amélioration le plus souvent éphémère.

Tel n'est point l'avis de MM. Combe et Narbel (de Lausanne), qui, dans un fort intéressant travail publié récemment par les *Archives de pédiatrie* (1), rappellent tout d'abord les caractères de l'athrepsie et affirment que l'on peut, à l'aide de certaines médications, obtenir les résultats les plus satisfaisants et les plus durables.

L'athrepsie — atrophie infantile des auteurs allemands — est pour Parrot une véritable entité morbide ayant son anatomie propre; c'est « une succession, une progression morbide dont les deux termes extrêmes sont séparés par toute une série d'actes et de faits qui s'engendrent réciproquement... Ce sont là les caractères d'une maladie, l'athrepsie est une maladie ».

Dans l'esprit de Parrot, l'athrepsie désignait cet état de décrépitude physique spéciale et d'apathie extrême qui survient chez le nourrisson après une alimentation défectueuse

(1) Juillet 1902, n° 7.

et des troubles digestifs plus ou moins longs. Il lui rattachait même à tort des affections qui n'en sont que des complications, telles que le sclérème, le muguet, et englobait sous le nom d'athrepsie aussi bien la cause de la maladie, c'est-à-dire les troubles digestifs, que ses effets, c'est-à-dire la cachexie atrophique. Ainsi, « tout enfant grêle, amaigri, flétri, ridé et vieillot devint un athrepsique, quelle que fut la cause de sa cachexie ».

Cette extension ne saurait être admise, car les cachexies des syphilitiques, des tuberculeux, des malariques donnent à l'enfant un facies bien différent de celui de l'athrepsie vraie, et l'on doit réserver ce dernier aux cachexies d'origine digestive. « Nous considérons donc l'athrepsie comme une maladie pouvant atteindre les enfants de tout âge; elle est la conséquence de troubles digestifs chroniques de longue durée ayant amené peu à peu une atrophie plus ou moins étendue de la muqueuse du tube digestif. »

Avant d'en arriver à cette phase ultime, l'enfant passe par des états divers que Parrot désignait sous le nom de *phase gastro-intestinale* et de *phase hématique*. Pendant la première, l'enfant présente des troubles digestifs très variables : tantôt dyspeptiques, tantôt catarrhaux ou entéritiques, aigus ou chroniques d'emblée; les symptômes, au lieu de s'améliorer rapidement, durent et s'éternisent. L'appétit est très diminué, les vomissements fréquents; les selles deviennent plus abondantes et plus liquides, aussi l'amaigrissement fait-il de rapides progrès. L'enfant s'agite, devient inquiet, grognon, dort très mal, tourmenté par une soif vive qu'il ne peut calmer; l'urine diminue de plus en plus.

A la seconde phase, les troubles intestinaux deviennent plus profonds, atteignent la muqueuse et la sous-muqueuse de l'intestin qui s'enflamment; ils retentissent sur le sang, qui s'épaissit considérablement. L'appétit diminue encore, l'enfant ne peut étancher sa soif à cause du spasme pharyngien qui accompagne toute déglutition, les vomissements deviennent fréquents, les selles entéritiques, nombreuses, très fétides et glaireuses; elles contiennent des grumeaux blancs et caséeux non digérés; l'enfant a des coliques fréquentes. Le sang, épaissi, circule mal, ce qui explique la cyanose des extrémités, la diminution des sécrétions et, par contre, l'augmentation des fermentations intestinales. La peau, mal nourrie, se couvre d'éruptions érythémateuses ou ulcéreuses au niveau de l'anus, des fesses et des cuisses; l'urine se supprime presque complètement. Le facies se modifie, la figure devient pâle, les yeux s'enfoncent, le nez s'allonge, les traits se tirent, la peau se flétrit, les chairs deviennent de plus en plus flasques et l'amaigrissement augmente chaque jour davantage. Chez d'autres enfants, au contraire, la pâleur s'accompagne de bouffissure de la face et des extrémités. A l'autopsie, la muqueuse intestinale présente des lésions inflammatoires disséminées d'entérite chronique au stade hypertrophique.

A la phase d'*athrepsie confirmée*, l'amaigrissement squelettique se combine avec une aridité, une sécheresse de tous les tissus. La peau, trop grande, est ridée et présente des traces de desquamation; les chairs sont raides, la fontanelle se déprime, les os du crâne chevauchent. Les vomissements cessent, la diarrhée disparaît, les selles deviennent presque normales en nombre, mais dégagent une odeur de putréfaction accentuée : de temps en temps on voit apparaître des selles en bouillie, glaireuses, collantes, excessivement fétides. L'appétit est absolument nul, la soif extrêmement vive; le ventre est creux, flasque, ridé, flétri; l'estomac rétracté, l'intestin mou, donnant la consistance du chiffon. Le foie et la rate sont à peu près normaux. Le sang s'épaissit encore, aussi la circulation devient-elle de plus en plus lente et difficile, aussi le bébé se refroidit-il progressivement et présente-t-il une hypothermie très prononcée. Les urines contiennent en excès du phosphore, du chlore, de l'ammoniaque; l'iodol, le phénol, le scatol, les sulfo-éthers augmentent de quantité. A l'autopsie, on trouve l'intestin pâle, aminci et extraordinairement atrophié par places; là l'épithélium a disparu, les glandes se sont ratatinées; cependant, ces lésions ne sont pas généralisées, et l'on peut voir des parties de la muqueuse presque saines à côté d'autres presque complètement atrophiées, lisses et minces comme une séreuse; mais la dissémination des altérations suffit à expliquer la mort dans la plupart des cas.

Le *traitement* de l'athrepise comporte plusieurs indications :

I. *Diminuer les putréfactions intestinales*. — Pour remplir cette indication, on peut prescrire des lavages de l'estomac ou de l'intestin, M. Combe recommande à ce sujet de ne jamais élever le bock à plus de 5 à 6 centimètres au-dessus du siège, ces lavages devant se faire sans pression aucune (1); des désinfections répétées du tube digestif avec de petites doses de calomel (2 à 10 centigrammes suivant l'âge), suivies d'une purgation légère (huile de ricin, sirop de manne, de rhamane etc., donnés à jeun comme le calomel), ou des poudres désinfectantes : tannigène ou dermatol dans les cas de diarrhée, salacétol dans le cas contraire. Quant à l'alimentation, elle sera exclusivement farineuse, puisque les recherches de Mischler, Hoppe Seyler, etc., ont démontré que l'alimentation par les hydrocarbures diminue considérablement la putréfaction du contenu intestinal dans le gros intestin.

II. *Combattre le défaut de résorption des aliments solides*. — L'alimentation sera constipante de manière à rester plus longuement en contact avec les parties saines de la muqueuse, et antiputride de manière à augmenter le pouvoir résorbant de la muqueuse saine. C'est dire qu'il faut éviter le lait, les blancs d'œufs, le bouillon, la viande, les gelées, qu'il faut donner les farines maltées ou lactées; pour les enfants plus âgés, on ajoutera à ce premier régime les pâtes farineuses (riz, macaroni, vermicelles, nouilles cuites à l'eau salée et au beurre frais), ou les puddings de semoule, de tapioca, de sagou, de riz cuits à l'eau, au lait, au sucre avec ou sans jaune d'œuf; la viande ne doit être ajoutée que beaucoup plus tard et avec prudence en surveillant les selles tous les jours.

III. *Combattre le défaut de résorption des liquides*. — On peut arriver à ce résultat soit par l'épidermoclyse : 30, 60, 100 grammes de sérum injectés quotidiennement sous la peau, ou par l'entéroclyse : chaque jour on introduit avec la sonde de 75 à 500 centimètres cubes de sérum dans l'intestin au-dessus du rectum.

IV. *Combattre le refroidissement* par la boule d'eau chaude, le maillot de coton, la couveuse, etc.

V. *Empêcher les infections secondaires* par des lavages de la bouche avec de l'eau bouillie, des lavages de la peau au sublimé faible.

VI. *Exciter les sécrétions, relever l'assimilation de la muqueuse digestive et la nutrition de l'enfant*. — On a, dans ce but, successivement employé le tannate d'orexine, le cacodylate de soude, qui ne donne de bons résultats que lorsque les processus entéritiques ne sont pas trop aigus, et enfin le phosphore sous la forme de lécithine.

La lécithine est, en effet, la seule forme sous laquelle le phosphore soit assimilable. Toute substance, a écrit Gautier, où existera le phosphore dans un état comparable à celui sous lequel nous le trouvons dans la lécithine ou qui contiendra, comme le jaune d'œuf, la moelle osseuse, la chair de poisson, les céréales, cette lécithine elle-même. pourra être réputée propre à réparer les pertes de l'organisme en substance nerveuse. Sous l'influence des injections de lécithine, les selles redeviennent normales, l'état général s'améliore, le poids du malade augmente, l'appétit revient.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 11.

La technique recommandée par M. Narbel est très simple, la lécithine, vendue dans le commerce en tubes scellés, s'injecte dans les muscles de la cuisse, à la dose de 1 centimètre cube tous les deux jours; ces injections sont faites au moyen d'une seringue de Pravaz, préalablement bouillie. La peau est désinfectée par l'éther, puis par le sublimé. L'occlusion du trou se fait au moyen d'un emplâtre de zinc.

En opérant ainsi, on n'observe jamais d'accidents. La lécithine est donc absolument inoffensive : elle paraît de plus, d'après les recherches de MM. Combe et Narbel, donner les résultats les plus satisfaisants dans le traitement de l'athrepsie. L. B.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau procédé rapide pour l'analyse chimique de l'eau (1), par MM. Pignet et E. Hue.

L'analyse, et surtout l'analyse rapide de l'eau, a toujours paru difficile et même impraticable dans les conditions habituelles de la vie. Elle présente cependant, dans nombre de circonstances, un intérêt si immédiat que l'on n'a point le temps d'envoyer un échantillon de l'eau à examiner au laboratoire d'une grande ville et qu'il faut, avec des moyens de fortune, arriver en quelques heures à dire si l'eau est potable ou non. C'est à résoudre ce problème que se sont efforcés MM. Pignet et Hue : par l'emploi de procédés simples et scientifiques en même temps, ils nous donnent le moyen d'obtenir rapidement des résultats qui possèdent une exactitude suffisante pour tous les besoins de l'hygiène, et qui, par conséquent, permettent d'attendre les résultats plus complets, plus rigoureux, mais aussi plus longs à déterminer, des analyses de laboratoire.

Le carnet sanitaire (2), par le docteur Dumas (de Lédignan).

Le docteur Dumas propose de créer, pour chaque individu, un carnet sur lequel le médecin marquerait les différentes affections et les incidents pathologiques divers qui ont marqué la vie du malade : ainsi seraient obtenus des renseignements précieux sur le passé pathologique des patients, ainsi seraient évitées bien des erreurs de diagnostic et de thérapeutique. Cette proposition mériterait donc d'être universellement acceptée si elle ne soulevait de grosses difficultés pratiques : quel avarié laissera inscrire sur son livret une maladie dont la connaissance peut être si nuisible à ses intérêts moraux? Et quel médecin sera assez oublieux du secret professionnel pour donner, sur son client, des renseignements intimes? Ces objections, M. le docteur Dumas (de Lédignan) ne se les dissimule pas : il leur oppose une réfutation qui, pour être aussi spirituelle qu'éloquente, n'entraînera pas toutes les convictions.

Enfants martyrs hospitalisés en 1901 à l'asile temporaire de l'Union française pour le sauvetage de l'enfance (3). Rapport du docteur J. Roubinovitch.

Dans son rapport, M. Roubinovitch donne les renseignements les plus intéressants sur l'état d'un certain nombre de pupilles nouveaux et anciens. Les nouveaux « ont tous été arrachés d'un milieu où, le plus souvent, les misères matérielles et morales étaient étroitement unies ». Pour la plupart d'hérédité alcoolique ou tuberculeuse, ils sont presque tous dans un état déplorable aussi bien au point de vue moral qu'au point de vue physique, quelques-uns même présentent des tendances délictueuses qui ont nécessité l'intervention de la justice. A tous le séjour à l'asile temporaire de Neuilly a procuré une amélioration considérable ; de même les pupilles anciens ont presque tous bénéficié d'une thérapeutique bien comprise et dans laquelle l'hydrothérapie joue le plus grand rôle.

(1) In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Maloine.
(2) Extrait de l'*Écho médical des Cévennes*, juillet 1902.
(3) Melun, Imprimerie administrative, 1902.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — M. le médecin-major de première classe Vergoz, du 1er d'infanterie coloniale, est placé hors cadres et mis à la disposition de M. le ministre des colonies pour occuper les fonctions de chef du service de santé à la Côte-d'Ivoire.

Marine. — M. le médecin de première classe Vallot, du port de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur le *Troude*.

Distinction honorifique. — Sont nommés officiers d'Académie :

MM. les docteurs de la Croix (de Lisieux); Gauthier, médecin-major au 97e d'infanterie; Guy (de Villeneuve-sur-Lot).

Programme des cours de vacances faits à l'hôtel des Sociétés savantes du 6 au 25 octobre 1902. — *Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique* (M. le docteur Leredde). — Méthodes générales. Méthode aseptique et antiseptique.

Impetigo. Folliculites. Sycosis. Furoncle. Chancre mou.

Méthode antiphlogistique. Eczémas aigus. Dermatites artificielles.

Méthode kératolytique. Cor, verrues, psoriasis, kyperkératoses, etc.

Méthode exfoliante. Acnés. Lichen simplex, etc.

Méthode réductrice. Psoriasis. Lichen, eczémas chroniques, séborrhéides, etc...

Méthode destructrice, cautérisation, curetage, électrolyse.

Méthode sclérogène. Sacrifications, photothérapie, radiothérapie.

Traitement des épithéliomes, du lupus tuberculeux, du lupus érythémateux, etc.

Traitement interne dans les maladies de la peau. Eaux minérales.

Traitement des maladies du cuir chevelu.

Traitement de la syphilis. Traitement mercuriel. Traitement iodopotassique. Traitement des accidents primaires, secondaires, tertiaires.

Traitement des affections dites parasyphilitiques.

Chirurgie pratique (M. le docteur Souligoux). — Traitement des plaies. Plaies simples.

Plaies compliquées : ligature des artères, suture des nerfs, suture des muscles, suture des tendons.

Plaies articulaires.

Traitement des lymphangites, adénites, phlegmons, gangrènes.

Traitement des hernies étranglées.

Réduction des différentes luxations.

Fracture des membres et application des différents appareils.

Massage (M. le docteur Marchais). — De la nécessité pour les médecins de faire du massage. Généralités, indications et contre-indications, technique.

Le massage des fractures récentes. Pourquoi, quand et comment il faut masser les fractures de la clavicule, de l'épaule, du coude, du radius, du col du fémur, de la région du genou, en particulier de la rotule, de jambe, du péroné.

Les traumatismes articulaires : contusions, luxations, entorses; épanchements articulaires : hydarthrose et hémarthrose.

Arthrites et périarthrites. Des ankyloses. Arthrites aiguës et chroniques.

Synovites.

Affections du système vasculaire : varices, phlébites.

Les scolioses : leur traitement par le massage et la gymnastique.

Les pieds bots.

Le massage en gynécologie.

Affections du tube digestif : constipation, entérite chronique, atonie gastro-intestinale. A ce propos, du rein flottant.

Du massage dans les suites du rhumatisme articulaire aigu, dans certaines formes de rhumatismes chroniques.

Affections du système nerveux : neurasthénie, néturalgies, amyotrophies.

Le massage dans les cardiopathies.

Thérapeutique des maladies des voies urinaires (M. le docteur Noguès). — Les instruments employés en urologie et la manière de s'en servir.

Classification des urétrites : la blennorragie; technique des lavages urétro-vésicaux.

Traitement abortif. Critérium de la guérison, blennorragie et mariage.

De la goutte militaire. Complications des urétrites.

Exploration de l'urètre, technique du cathétérisme. Corps étrangers, calculs, traumatismes urétraux.

Traitement des rétrécissements et de leurs complications.

Traitement des prostatiques.

Thérapeutique intravésicale; corps étrangers, cystites chroniques, tuberculeuse, calculeuse.

Les opérations d'urgence sur la vessie et sur le rein.

Art de formuler (M. le docteur Joanin). — Généralités. Potions, sirops, pilules, lochs, etc.

Préparations officinales.

Préparations opiacées, mercurielles, purgatives.

Préparations hypnotiques, antithermiques, anthelmintiques, etc.

Préparations magistrales. Moyens d'établir une ordonnance

Prescriptions spéciales. Les incompatibilités.

Maladies mentales (M. le docteur A. Marie). — La paralysie générale au point de vue clinique.

L'alcoolisme et les délires toxiques en général.

Les démences.

Les débilités congénitales.

La dégénérescence héréditaire et les délires de la persécution.

La mélancolie.

La manie.

Conférence sur la lèpre. — M. le docteur Filaretopoulo, professeur agrégé à l'Université d'Athènes, fera, vendredi prochain, à cinq heures, à l'amphithéâtre de l'hôpital International, 95, boulevard Arago, une conférence sur la lèpre qu'il vient d'étudier en Crète. Les médecins et les étudiants en médecine sont priés d'assister à cette causerie d'un intérêt particulier.

A vendre après décès, et dans les conditions les meilleures, des livres de médecine et sept à huit boîtes de chirurgie en bon état (amputations, yeux, pile, etc.).

S'adresser à M. Chayrou, à Domme (Dordogne).

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 105. — JEUDI 18 SEPTEMBRE 1902. 75e ANNÉE JEUDI 18 SEPTEMBRE 1902. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

LES ABCÈS OTITIQUES DU CERVELET

D'après M. H. BOURGEOIS (1).

Les abcès otitiques du cervelet sont, dans la très grande majorité des cas, consécutifs à une suppuration de l'oreille moyenne, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils proviennent d'une otite externe ou interne : dans le premier cas, le fait s'explique par les rapports anatomiques du conduit auditif externe avec les cellules mastoïdiennes et, par leur intermédiaire, avec le sinus latéral, les méninges, le cervelet; dans le second, l'otite interne se complique directement d'abcès cérébelleux. Mais les rares cas qui ont été publiés sont encore douteux et, pratiquement, l'abcès cérébelleux doit être considéré comme consécutif à une otite moyenne suppurée. Si donc l'on a quelques raisons de supposer l'existence d'un abcès du cervelet en dehors de toute cause évidente, il faut, avant toute chose, en chercher l'origine dans la caisse du tympan : s'il n'y a pas, ou s'il n'y a pas eu récemment (Dieulafoy) d'otite, il n'y a pas d'abcès du cervelet.

Bien que l'otite, cause de l'abcès, puisse être aiguë ou chronique, c'est le plus souvent une otite chronique qui est en cause. Cette otite siège le plus souvent à droite parce que, de ce côté, le sinus latéral est plus volumineux, sa gouttière plus profonde et plus large, et que, par suite, la fosse cérébelleuse est plus exposée de ce côté que du côté opposé aux complications otogènes. Elle donne rarement lieu à la formation d'un abcès chez l'enfant, parce qu'à cet âge la région sinusale et les cellules de la pointe sont rudimentaires, la base de la mastoïde (qui répond en haut à la fosse temporale) étant seule développée. On admet généralement que les abcès cérébelleux sont beaucoup plus rares que les abcès cérébraux ; cette opinion est peut-être inexacte : les abcès du cervelet, étant moins souvent diagnostiqués et opérés que les abcès du cerveau, sont aussi beaucoup moins publiés, mais ils paraissent beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit généralement. Quant aux causes occasionnelles de l'abcès cérébelleux, elles se confondent avec celles qui ont réveillé la virulence de l'otite : maladie intercurrente (grippe, scarlatine, fièvre typhoïde, etc.), baignade, etc. Les traumatismes chirurgicaux de la caisse et de la mastoïde ont aussi été accusés de pouvoir donner lieu à un abcès du cervelet, mais sans raison probante.

Généralement unique et de volume variable, l'abcès est entouré d'une zone ramollie offrant une couleur verdâtre; tantôt il n'a pas de paroi propre, et alors il est en pleine substance cérébelleuse ramollie; la paroi est déchiquetée, irrégulière, formée de substance nerveuse désagrégée, couverte de détritus, de masses gangrenées. D'autres fois, la séparation entre l'abcès et les tissus sains est nettement marquée par une membrane d'enveloppe, l'abcès est enkysté, circonstance anatomique extrêmement importante à connaître au point de vue opératoire.

Autour de l'abcès, le cervelet peut être macroscopiquement intact; d'autres fois, il existe une zone de ramollissement de la substance blanche, d'une épaisseur variable, mais qui peut exceptionnellement s'étendre très loin. Dans cette zone, on peut voir de petits abcès de la grosseur d'un pois ou d'une cerise, abcès probablement secondaires au premier et non directement otitiques, s'observant aussi bien avec que sans membrane, ce qui prouve que cette membrane n'est qu'une barrière insuffisante à l'infection. L'abcès contient un pus crémeux, louche, jaune verdâtre, quelquefois fétide, parfois mélangé de caillots sanguins, et dans lequel on trouve le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, le bacille de Friedländer, les microbes de la putréfaction.

L'évolution anatomique de l'abcès est encore mal connue. Après avoir débuté dans la substance blanche, il se développe excentriquement et par trois phases successives : une phase d'encéphalite aiguë localisée avec infection, rougeur, diffluence de la substance cérébrale; une phase d'infiltration purulente, et enfin une troisième où le pus est collecté (Klippel). L'écorce cérébelleuse semble s'opposer à l'expansion de l'abcès, ou, tout au moins, elle n'y participe que très tardivement, et l'abcès très volumineux peut ne plus être entouré que par la substance grise corticale qui lui forme une coque. Cependant, à la longue, elle finit par s'amincir, prendre un aspect terne et pâle et par s'ulcérer : rarement la perte de substance est étendue, et généralement ce n'est qu'une fistule qui s'ouvre en regard du rocher et

(1) Th. de Paris, 1902.

par laquelle le pus se répand dans la cavité cranienne, donnant ainsi lieu à des abcès péri-cérébelleux, à une méningite généralisée, etc. Mais la méningite peut s'observer sans rupture de l'abcès, par propagation simple — méningite purulente — ou par action de voisinage — méningite séreuse, hydrocéphalie. La guérison des abcès est exceptionnelle : elle a été notée par Stephen. Enfin, avec l'abcès, qui siège le plus souvent en avant ou en avant et en dehors, coïncident souvent d'autres lésions de voisinage : thrombose du sinus, phlébite de différents sinus, carie du rocher ou de la mastoïde, etc.

Quelles sont les voies de l'infection? L'abcès peut se rencontrer au cours d'une otite sans qu'il y ait d'autre lésion dans le temporal que l'otite; il peut coexister avec une ostéite du temporal sans qu'il existe de lésions de méningite localisée. Enfin on peut, dans quelques cas, suivre pas à pas la marche de l'infection depuis l'oreille jusqu'à l'abcès. Dans ces cas, M. H. Bourgeois décrit à l'infection trois étapes, une de l'oreille à la face externe de la dure-mère, une seconde de celle-ci à la surface du cervelet, une dernière de la surface à la substance blanche de l'organe.

Dans la première, l'infection, partant de l'oreille pour pénétrer dans le crâne, au niveau de la fosse cérébelleuse, peut suivre trois voies. Elle peut gagner de proche en proche la face externe de la dure-mère en suivant soit la face postérieure de l'antre mastoïdien, si rapprochée de la gouttière sigmoïde, soit l'oreille interne et la face postérieure du rocher : c'est là la voie osseuse. Elle peut aussi se propager à distance par l'intermédiaire des petites veines osseuses qui se rendent au sinus latéral et aux deux sinus pétreux : c'est là la voie vasculaire. Enfin, elle peut gagner le cervelet en cheminant par les orifices naturels qui font communiquer l'oreille avec la fosse cérébelleuse : conduit auditif interne, aqueduc du vestibule.

Dans la seconde étape, ce sont les processus méningés qui dominent : au contact du foyer d'ostéite, la dure-mère s'épaissit, sa face externe se couvre de fongosités, elle est décollée par le pus; à la longue, elle se perfore et le pus s'étale entre le cervelet et la protubérance, ou se collecte en un véritable abcès dont les parois sont partiellement constituées par le cervelet.

Enfin, à la troisième étape, l'infection gagne le cervelet par la voie lymphatique ou artérielle (Mac Ewen) ou même veineuse dans les cas de thrombose du sinus latéral. Il est à remarquer que la continuité manque souvent entre les lésions de l'oreille ou de la mastoïde et l'abcès cérébelleux. Dans ces cas, il faut admettre que l'infection s'est propagée par la voie lymphatique jusqu'à la dure-mère et l'espace sous-arachnoïdien et de là au cervelet par les gaines lymphatiques des vaisseaux cérébelleux.

L'histoire clinique d'un abcès cérébelleux est facile à résumer. Au cours d'une otite moyenne suppurée apparaissent spontanément et subitement des phénomènes graves : céphalée intense, vomissements, vertiges; l'état général du malade s'altère et le malade s'alite. Le plus habituellement, on porte alors le diagnostic de rétention purulente dans la caisse ou dans l'antre, de réchauffement de l'otite avec infection de la mastoïde, et l'on effectue l'ablation des polypes, l'ouverture de l'antre, l'évidement pétro-mastoïdien. Ces différentes opérations sont souvent suivies d'une amélioration passagère, et bientôt les accidents initiaux reparaissent avec une nouvelle violence : « Alors entrent en scène, avec la céphalée si intense, les vomissements cérébraux, la lenteur du pouls et cet état d'abattement et de torpeur qui, joint au peu d'élévation de la température, font penser à une suppuration de l'encéphale. »

On peut donc distinguer trois périodes : celle du début où apparaissent les signes de complication de l'otite, une période intermédiaire, période d'état stationnaire ou d'accalmie enfin une troisième période, celle des symptômes intra-craniens. La première est souvent latente, aussi est-il très difficile de fixer la durée totale de la maladie, durée variable de trois (Bourgeois), à quatre (Truckenbrod) et même six semaines (Dieulafoy).

La plupart des signes des abcès cérébelleux sont communs à cette affection et aux abcès cérébraux : c'est d'abord la douleur, absolument constante et, par son intensité, occupant le premier plan dans le tableau clinique. Elle se présente sous la forme d'une céphalée généralisée ou localisée à une moitié du crâne, à l'occiput, au front; une céphalée intense localisée à la région occipitale avec irradiation dans la nuque est en faveur d'un abcès de la fosse cérébelleuse, mais une douleur fixe à la tempe (cas de Toynbee) ou au front ne suffit pas à faire écarter ce diagnostic. Le principal caractère de cette douleur est son intensité : elle est atroce, térébrante, lancinante; la face du malade exprime l'angoisse des paroxysmes qu'elle présente souvent; elle augmente sous l'influence de l'effort (Mercklen).

Cette douleur spontanée se double de douleurs provoquées à la pression ou, mieux encore, à la percussion. L'hyperesthésie ainsi obtenue est parfois suffisante pour éveiller la somnolence du malade et provoquer une contraction de la face. La sensibilité de la région occipitale, du bord postérieur de la mastoïde, de la nuque, indique une complication de la fosse cérébelleuse, elle peut d'ailleurs manquer. La raideur du cou a beaucoup plus de valeur diagnostique : la raideur unilatérale s'observe dans les cas d'abcès périjugulaire, de mastoïdite, la raideur vraie de la nuque avec rétraction de la tête en arrière est assez fréquente dans les abcès cérébelleux, elle est quelquefois paroxystique. Des convulsions épileptiformes ont été notées dans un petit nombre de cas; elles relèvent vraisemblablement de la méningite séreuse. Le pouls est lent, variable d'un moment à l'autre, de même la respiration. Tous ces signes inconstants, variables d'un moment à l'autre, ne possèdent pas la valeur séméiologique de la température. L'abcès non compliqué s'accompagne de fièvre légère, irrégulière, montant de temps à autre à 38°5; souvent la température est normale ou même il y a hypothermie, ce qui permet d'éliminer la méningite suppurée. Lorsque, à la fin de la maladie, la température monte brusquement à 41 degrés, que le délire et le coma apparaissent, c'est que l'abcès s'est compliqué de méningite. Les vomissements sont absolument constants, ils présentent le caractère habituel des vomissements cérébraux; peut-être sont-ils plus accusés dans l'abcès cérébelleux que dans l'abcès cérébral.

Ces signes locaux se doublent souvent de troubles généraux graves. L'asthénie ne manque guère et « tous les malades sans exception sont dans un état de faiblesse musculaire, de prostration extrême qui ne se trouve jamais à un tel degré que dans l'abcès du cervelet »; la prostration intellectuelle est absolue, et cependant l'intelligence est conservée; la stase papillaire s'observe dès les premières phases de la maladie.

La constatation des signes précédents permet d'affirmer

l'existence d'une lésion intra-cranienne, mais il faut de nouveaux symptômes pour faire diagnostiquer une lésion cérébelleuse : parmi ces symptômes de foyer il faut signaler surtout les troubles de l'équilibration : vertiges, titubation, ataxie des membres supérieurs, nystagmus; les troubles paralytiques : paralysie faciale périphérique, paralysie de la sixième paire, parésie des membres croisée (Achard et Ballance) ou homologue, convulsions partielles, déviation conjuguée de la tête et des yeux, exagération des réflexes tendineux du côté de la lésion, troubles de la parole. En somme, le syndrome cérébelleux, constitué par la céphalée cervico-occipitale, les attitudes forcées, les troubles de l'équilibration, s'observe assez fréquemment au cours des abcès cérébelleux pour acquérir de ce chef une haute valeur diagnostique.

La première question qui se pose en présence d'un malade présentant la plupart des signes que nous venons de rappeler est le suivant : s'agit-il d'un abcès cérébelleux ou de telle autre affection donnée du cervelet?

Le diagnostic d'abcès repose sur la constatation des antécédents auriculaires, la douleur à la pression au niveau de l'antre mastoïdien, sur la température élevée. Les autres lésions cérébelleuses sont en effet toutes apyrétiques. L'hémorragie cérébelleuse éclate brusquement, presque toujours dans la nuit, elle est annoncée par un violent étourdissement accompagné de perte de connaissance. Il en est de même dans les cas d'embolie ou de thrombose cérébelleuse. Les tumeurs ont une évolution lente et une histoire clinique particulière : elles seront facilement reconnues.

Est-il aussi aisé de différencier le syndrome cérébelleux du syndrome vestibulaire? Les troubles vertigineux sans état général grave permettent d'écarter l'idée d'abcès cérébelleux, mais s'il existe en même temps des signes généraux graves et du vertige, le diagnostic est des plus difficiles. Le vertige n'a pas une valeur séméiologique absolue et peut s'observer dans la méningite basilaire (Guinard), aussi le diagnostic sera-t-il presque toujours hésitant.

Supposons résolue la première question, et rattachés à une origine otitique les symptômes observés. Il s'agit alors de les interpréter et de trouver leur substratum. Les diverses hypothèses possibles peuvent, à cet égard, être groupées de la façon suivante :

1° Des symptômes cérébraux peuvent être dus à la simple rétention du pus dans la caisse ou la mastoïde : ils disparaissent alors après une intervention chirurgicale faisant cesser cette rétention.

2° Certains symptômes peuvent cependant persister après une intervention complète et alors qu'il n'y a aucune lésion intra-cranienne. Ces faits s'observent surtout chez les névropathes, et disparaissent souvent sous l'influence de la médication calmante.

3° Le diagnostic avec la phlébite du sinus repose sur la constatation des signes locaux : œdème et douleur au niveau du bord postérieur de la mastoïde, dans la phlébite du sinus latéral, signe d'infection générale (grands frissons, fièvre à grandes oscillations, subictère, embolie pulmonaire) ; dans celle-ci comme dans la pyémie sans thrombose, mais il faut savoir que l'on note souvent la coexistence de la phlébite et d'un abcès cérébelleux.

4° Les abcès extraduraux n'ont pas de symptomatologie nette et leur diagnostic ne se fait guère que par exclusion.

5° Quant à la méningite suppurée diffuse, elle évolue avec une rapidité foudroyante (Luc), incomparablement plus rapide que celle d'un abcès, la ponction lombaire permet de plus de retirer un liquide louche ou franchement purulent. La méningite auriculaire subaiguë de Broca et Maubrac est au contraire fort analogue dans son évolution à un abcès intra cranien; on peut cependant, en faveur de l'abcès, dire que la fièvre et l'agitation sont moindres, la céphalée plus intense, l'intelligence plus nette, mais ce sont là des nuances délicates et le mieux est, dans le doute, de ne pas s'abstenir.

La méningite séreuse peut occuper de beaucoup la première place dans le tableau clinique et coexister avec des lésions de mastoïdite sans autre lésion intra-cranienne. Le seul élément de diagnostic, « c'est la guérison après ponction, mais méningite séreuse et abcès cérébelleux coexistent souvent et la conclusion pratique est que, en présence d'accidents cérébraux de ce genre, il faut ouvrir le crâne, explorer le cerveau et le cervelet; s'il n'y a pas d'abcès, cette intervention exploratrice est efficiente quant à la méningite séreuse. »

Comment faire le diagnostic entre un abcès cérébral et un abcès cérébelleux? Dans les abcès du lobe du temporal, il existe des troubles moteurs croisés, de l'aphasie, de l'hémianopsie, de la surdité croisée. Mais tous ces signes peuvent faire défaut et la deuxième ressource est d'explorer d'abord le lobe temporal, à moins d'une indication anatomo-pathologique nette, et de sens contraire. Autant le pronostic des abcès non traités est grave, autant celui des abcès ouverts et drainés est relativement favorable. C'est dire la nécessité d'une intervention précoce et complète. Pour M. H. Bourgeois, il est indispensable de faire d'abord une opération préliminaire sur la mastoïde et la caisse, puis on abordera le cervelet par un des procédés recommandés par les auteurs : procédé ostéoplastique de MM. Picqué et Mauclaire, procédé ostéoplastique de Doyen, trépanation occipitale (Dean), trépanation rétro-mastoïdienne, voie mastoïdienne, etc. La collection suppurée une fois ouverte, on assure le drainage avec un drain de caoutchouc et l'on fait des pansements très propres et légèrement compressifs pour éviter autant que possible la formation d'une hernie. L. B.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Valeur du signe de Kernig unilatéral dans les affections en foyer du cerveau. — SAILER cite deux observations dans lesquelles le signe de Kernig n'existait que d'un seul côté. Dans les deux cas, il y avait spasme mais non rétraction des muscles fléchisseurs du genou. Le signe présentait tous ses attributs caractéristiques. L'auteur, après examen des faits, tire cette conclusion que le signe de Kernig peut révéler une lésion en foyer et dans ce cas être unilatéral. Parfois on le trouve associé à une parésie spasmodique du membre inférieur correspondant. L'explication la plus vraisemblable de ce signe est qu'il traduit une lésion irritative du faisceau pyramidal qui diminue, mais ne détruit pas, son activité fonctionnelle. Il serait intéressant de contrôler ces faits par l'anatomie pathologiqne. (*Amer. Journ. of med. Sc.*, mai 1902.)

A. H.

Phénomène phrénique, nouveau syndrome de tétanie. — M. A. SOLOVIEV attire l'attention sur un nouveau symptôme qu'il a noté chez deux jeunes malades atteints de tétanie. Il consiste en des battements épigastriques très fréquents et très violents, accompagnés de mouvements

pulsatiles de l'hypocondre gauche avec soulèvement et frémissement des côtes inférieures et rétraction des espaces intercostaux. Chez ses malades, le choc de la pointe du cœur était beaucoup moins violent que les pulsations épigastriques, car l'intensité de ces dernières était telle qu'elle faisait rebondir la main appliquée à ce niveau. Ces battements allaient en diminuant à mesure qu'on se rapprochait de l'hypocondre droit où ils finissaient par cesser complètement. Ces phénomènes s'accompagnaient d'un léger degré de dyspnée, avec inspiration sifflante. Le malade pouvait arrêter les pulsations épigastriques, en se plaçant dans la position de l'effort, la bouche fermée.

L'auteur explique ce phénomène par l'excitation du phrénique gauche, dû aux battements cardiaques; tout comme la percussion du facial provoque dans la tétanie la contraction des muscles qu'il inerve. Il a d'ailleurs remarqué que le phénomène du Chvostek ne se produit pas lorsque l'on percute le facial après avoir dit au malade de gonfler ses joues. C'est que dans les deux cas, dans cet effort comme dans l'effort fait par le malade pour éviter les pulsations, les muscles de la face ou le diaphragme sont contractés au maximum et ne peuvent se contracter davantage sous l'influence d'une excitation. M. Soloviev désigne le symptôme qu'il décrit sous le nom de phénomène phrénique. (Roos, *Wratch*, 1902, n° 20.) S. B.

CHIRURGIE

L'eau oxygénée en pulvérisations. (MM. Robert Lœwy et Loudenot.) — L'eau oxygénée est devenue, en médecine et en chirurgie, d'un usage courant.

Elle peut être employée en pulvérisations, à l'aide de l'appareil de Championnière, mais des objections se présentent à l'esprit : la pulvérisation, en tant que pulvérisation d'eau oxygénée, n'est-elle pas illusoire? L'eau oxygénée n'est-elle pas décomposée en eau et oxygène par suite de la double action calorifique et mécanique que déterminent d'une part le contact de la vapeur d'eau bouillant sous pression, d'autre part sa projection en particules fines?

Dans des expériences faites au laboratoire du professeur Lannelongue, les auteurs ont élucidé ces divers points et concluent que l'emploi de l'eau oxygénée en pulvérisation est possible et rationnel, et la pulvérisation peut être utilisée avantageusement pour le traitement des anthrax, plaies par écrasement, foyers purulents à germes anaérobies, etc.

Le titrage de l'eau oxygénée pulvérisée est en moyenne de 7,2 quand on met dans la cucurbite de l'eau ordinaire, de 8,3 quand on y met de l'eau distillée; il y a donc avantage à employer celle-ci quand on désire obtenir un rendement meilleur. (*Bull. méd.*, 20 août 1902.) F. R.

Attelles plâtrées de Sahli (de Berne). — M. Lucien Mayet a présenté à la Société des sciences médicales de Lyon des attelles plâtrées qu'il a eu l'occasion de voir employer dans les hôpitaux suisses et qui sont d'un emploi infiniment plus pratique que les appareils plâtrés actuellement en usage à Lyon, pour le traitement des fractures.

Ces attelles, imaginées par le docteur W. Sahli (de Berne), se composent d'une sorte de boyau en tissu de coton hydrophile tricoté, renforcé à son intérieur d'une bandelette de toile d'emballage. Le plâtre est très également réparti à l'intérieur de l'attelle; il se trouve complètement entouré de tissu et la bandelette intérieure constitue par ses fibres végétales très résistantes une sorte de squelette à l'attelle, comme dans le ciment armé des constructions modernes.

Les attelles ont toutes un mètre de longueur avec une largeur, soit de 0,06, soit de 0,08, soit de 0,10 centimètres de largeur.

Elles sont enfermées dans des boîtes métalliques soigneusement soudées et s'ouvrant avec une clef à la façon des boîtes de conserves.

Les attelles plâtrées du docteur Sahli ont été adoptées pour l'équipement des ambulances de l'armée suisse; elles sont extrêmement pratiques par suite de leur conservation indéfinie, de la propreté et de la facilité de leur emploi. Plus encore en ville et surtout à la campagne qu'à l'hôpital, elles peuvent rendre de grands services, et c'est pourquoi M. Mayet a cru qu'il était utile d'en présenter à la Société des sciences médicales des échantillons qui sont à la disposition des membres désireux de les essayer pour le traitement des fractures, comme l'ont déjà fait M. le professeur Jaboulay, MM. Vallas et Rollet, chirurgiens des hôpitaux, dans leurs services de l'Hôtel-Dieu. (*Lyon méd.*, 24 août 1902.) F. R.

PÉDIATRIE

Arthrite consécutive à l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. — Des complications articulaires peuvent survenir consécutivement à l'ophtalmie des nouveau-nés au même titre qu'après l'urétrite. Toutefois les cas publiés ne sont pas nombreux.

M. Clément Lucas cite le cas d'un enfant qui, deux jours après sa naissance, présentait une suppuration conjonctivale abondante. Au bout d'une quinzaine de jours l'enfant présenta à l'épaule droite un gonflement assez marqué et au poignet droit un gonflement moins accentué; l'état général ne paraissait pas troublé. Ces poussées articulaires furent abandonnées à elles-mêmes, sans traitement pendant près de quinze jours. Le père de l'enfant avait contracté la blennorragie deux mois avant la naissance de l'enfant et la mère avait été infectée consécutivement.

L'enfant avait six semaines lorsqu'il fut examiné pour la première fois. Il présentait encore un peu d'écoulement muco-purulent et la cornée droite avait une ulcération entourée d'une zone opaque. Tandis que la fluxion articulaire de l'épaule et du poignet droit disparaissait, le coude gauche se mit à enfler. La tuméfaction s'étendit vers l'avant-bras, intéressant tout le côté radial de celui-ci jusqu'à une certaine distance, donnant la sensation d'une fausse fluctuation. La peau n'était pas rouge. On immobilisa le membre tout en continuant le traitement de l'ophtalmie. Le coude et l'avant-bras reprirent leur aspect normal au bout de deux ou trois semaines.

M. Clément Lucas reconnaît deux formes à l'arthrite consécutive à l'ophtalmie des nouveau-nés : 1° l'une aiguë, avec symptômes faisant supposer l'apparition d'une suppuration; 2° l'autre subaiguë, avec épanchement et douleur, mais sans aspect inflammatoire ni rougeur de la peau. Il est intéressant de noter que le gonflement dépasse souvent, et de beaucoup, les limites de la jointure. Ce fait est à rapprocher de ce qui s'observe dans l'arthrite consécutive à l'urétrite où les gaines tendineuses avoisinant l'articulation malade sont elles-mêmes intéressées.

Les jointures le plus souvent atteintes sont, par ordre de fréquence, le genou, puis le poignet et l'épaule. La restauration rapide et complète de l'articulation qui caractérise l'observation citée plus haut est en harmonie avec les faits analogues rapportés par d'autres auteurs et contraste d'autre part avec la tendance à la chronicité qu'on observe dans l'arthrite d'origine urétrale. Cela tient sans doute à ce qu'il est plus aisé de traiter efficacement l'ophtalmie que l'urétrite. (*Lancet*, 31 mai 1902.) A. H.

DERMATOLOGIE

La médication réductrice en dermatologie. (M. J. Darier.) — On sait que la kératine de la couche cornée diffère du protoplasma sous-jacent par une quantité de souffre plus considérable et par une quantité moindre d'oxygène. Cette notion est fort utile au praticien. S'agit-il de refaire de la substance cornée? Il prescrira comme topiques ce qu'on appelle des médicaments réducteurs, c'est-à-dire des corps

avides d'oxygène, puisque la substance cornée renferme moins d'oxygène que le derme. Elle contient par contre plus de soufre; c'est pourquoi les premiers des médicaments réducteurs seront les composés sulfureux. Ils absorberont l'oxygène et fourniront le soufre. Cette double action les rend kérato-plastiques au premier chef, c'est-à-dire susceptibles de faire de l'épiderme corné. Leur action ne s'arrête pas à ce rôle réducteur. Ils sont aussi antiparasitaires et antiseptiques; ils sont encore irritants et cette dernière propriété doit les faire manier avec prudence dans certaines circonstances.

Le praticien, dit M. Darier, pourra user du soufre précipité; en contact avec la peau, il se transforme en sulfure. Une pommade de 5 à 10 p. 100 de soufre, des lotions sulfureuses (de 1 à 2 p. 100) lui rendront service dans le traitement du pityriasis, de la gale, etc.

S'il est besoin de réducteurs plus actifs, l'acide pyrogallique sera indiqué (1 à 5 p. 100) en pommade, solution éthérée, collodion. Comme il ne peut être employé sur de larges surfaces, crainte d'absorption et d'accidents de cyanose consécutifs à sa pénétration dans le sang, on pourra le remplacer par l'acide chrysophanique extrait de la poudre de Goa; c'est un remède moins dangereux que l'acide pyrogallique (doses 3 à 6 p. 100 en pommade). En Allemagne on use encore de la chrysarobine, celle-ci est également tirée de la poudre de Goa et se transforme par oxydation en acide chrysophanique.

Rentrent dans la même classe de réducteurs les goudrons qui sont, outre leur rôle réducteur, des kératoplastiques, des anticongestifs; des résolutifs, des antiprurigineux, des antiseptiques. Il existe deux sortes de goudrons : 1° le goudron de bois qui est acide; il compte différents produits dont un des plus employés est l'huile de cade; 2° le goudron minéral qui est alcalin. Il peut être incorporé à des pâtes, pommades, glycérolés. Quand on use de cette dernière préparation (glycérolé), le mélange se fait mal. Le praticien devra prescrire une émulsion avec 2 p. 100 de savon noir ou d'extrait de panama. M. Darier prescrit souvent une teinture de goudron ainsi composée :

Goudron de houille	10 grammes.
Benzol	20 —
Acétone	70 —

En badigeonnage sur le psoriasis. Une couche de pâte d'oxyde de zinc sera appliquée par-dessus.

L'ichtyol est un sulfo-ichtyolate d'ammoniaque. M. Darier le considère comme le meilleur médicament de la dermatologie (10 p. 100 en pommade, poudre ichtyol 1, poudre d'amidon 30). On peut s'en servir en badigeonnages et l'employer à l'état de pureté contre l'érysipèle.

La résorcine à dose faible est un réducteur léger (à 1 p. 100); en solution forte (à 10 p. 100), c'est un décapant; elle pèle la peau. On peut l'utiliser pour décaper les séborrhées ou l'acné :

Résorcine .... } *āā*	10 grammes.
Soufre .... }	
Teinture de savon noir à 1/5 ..	30 —

Badigeonner le soir. Une douleur modérée, une certaine tension est ressentie à l'endroit du badigeonnage. Le lendemain la peau commence à se détacher.

Enfin parmi les agents réducteurs peuvent encore se ranger les mercuriaux, le calomel (pommade 10 p. 100), l'emplâtre de Vigo si utile contre le lichen et les eczémas lichénoïdes. Les mercuriaux sont surtout utilisés comme antiprurigineux et antiparasitaires. On peut grouper à côté d'eux et avec une action un peu moindre les naphtols (naphtol β à 10 p. 100 en pommade).

Il n'est point indispensable du reste qu'un médicament soit réducteur pour exercer une action kérato-plastique. Le camphre, l'alcool camphré ne sont pas réducteurs et favorisent la cicatrisation des plaies; de même l'acide picrique bien employé dans les brûlures aux doses de 1 p. 100, loin d'être un réducteur, est au contraire un oxydant énergique. (*Revue gén. de clin. et de thérap.*, 13 sept. 1902.) F. R.

FORMULAIRE

Traitement de la diarrhée infantile. — Après la diète hydrique, instituée pour combattre sa gastro-entérite, quand le nourrisson garde une certaine tendance à la diarrhée, on lui donne, selon la formule de Marfan, le sous-nitrate de bismuth associé aux amers :

Racine de colombo	1 gramme.
Eau bouillante	100 grammes.

Passez et ajoutez :

Sous-nitrate de bismuth	4 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger ...	20 —

Une cuillerée à café avant chaque tétée. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 24 août 1902.) F. R.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

M. Lecq. De l'hystéropexie vaginale. — M. Houdart. Étude sur le strabisme vertical, d'origine fonctionnelle. — M. Pissot. Décollement traumatique de l'extrémité inférieure du fémur. — M. Le Roy. De la progression des gros calculs biliaires, et de leur expulsion dans le tube digestif par les voies normales et anormales. — M. Delobel. Contribution à l'étude des lymphangiectasies dermiques (varices lymphatiques de la peau et des muqueuses). — M. Gabail. Étiologie infectieuse des hydrocéphalies congénitales. — M. Gobinet. Le chlorure de calcium dans les hémorragies. — M. Lardier. De la levure de bière et de son emploi dans le traitement de certaines affections pulmonaires du vieillard. — M. Chamaillard. Maladie de Basedow. — M. Brunschwig. Contribution à l'urologie clinique infantile. Le ferment amylolytique de l'urine. — M. Sigogne. Contribution à l'étude de la néphrite au cours ou dans la convalescence des angines aiguës non spécifiques. — M. Besse. Influence de l'éruption dentaire sur la croissance chez les nourrissons. — M. Antoine. Du processus gangréneux dans les angines de la scarlatine. — M. Perdu. La scoliose : sa théorie, son traitement. — M. Rebeyrolle. Contribution à l'étude de la syphilis osseuse héréditaire tardive dans ses manifestations épiphysaires et articulaires. — M. Leroy. De la gastro-entérostomie dans les affections non cancéreuses de l'estomac. — M. Vacquerie. Contribution à l'étude des complications nerveuses tardives des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. — M. Le Gargan. Contribution à l'étude du chlorure d'éthyle comme anesthésique général. — M. Cayla. De l'hémiplégie dans le tabès. — M. Rinckenbach. Contribution à l'étude du suicide chez les aliénés pendant leur internement. — M. Guiard. Les alcooliques récidivistes. Étude clinique et médico-légale. — M. Vaias. La médication par le méthylarsinate de soude ou arrhénal. — M. Monneyrat. De la médication arsénicale. — M. Benech. Hygiène dans le transport des voyageurs par chemins de fer. — M. Turcan. Contribution à l'étude de l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle. — M. Marcland. Contribution à l'étude anatomique et anatomo-pathologique de l'appendice et des appendicites. — M. Jouglard. De la phlébite des membres inférieurs, dans l'appendicite du membre inférieur gauche en particulier. — M. Dauban. Contribution à l'étude de l'air sec surchauffé en dermatologie. — M. Benoist. Signification pronostique des adénopathies dans la syphilis secondaire. — M. Coursault. Des déterminations pulmonaires et rénales. — M. Poussardin. De la cure de repos dans la tuberculose. — M. de Fromond de Bonaille. Des effets de la dépression baromé-

trique sur la composition du sang. — M. Laboulais. Étude de la stase le matin à jeun dans les différentes affections de l'estomac. — M. Lemercier. Maladies chroniques réalisant le syndrome de Pierre Marie (ostéo-arthropathie hypertrophiante).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Liste par ordre de mérite des candidats admis à l'École du service de santé militaire par décision du ministre de la Guerre en date du 15 septembre 1902 (concours de 1902) :

MM. 1. Truchetet, Bourtoulle, Petit, Hérisson, Carel, Perrier, Fontanel, Martin, Feuillié, Cassan.

11. Jagues, Paloque, Ferras, Vendeuvre, Armengaud, Costa, Delater, Bourland, Saury, Létang.

21. Petit, Mossier, Camus, Floquet, Auvert, Cruzel, Arnaud, Jaubert, Bertein, Corbel.

31. Pichet, Baron, Perrignon (de Troyes), Chailly, Ferras, Péré, Griscelli, Planques, Bahier, Marchal.

41. Mazot, Guichard, Brochet, Pons, Playoust, Thellier, Marnata, Coudray, Lacoste, Pigache.

51. Guglielmi, Mulot, Etienney, Briend, Trucy, Minel, Gillouin, Mangenot, Monziols, Bories.

61. Saiget, Saffores, Basso, Laforge, Duchêne-Marullaz, Pineau, Ruchaud, Delahousse, Jacques, Lévêque.

71. Worms.

Les trente-cinq premiers candidats reçus devront se présenter à l'École du service de santé militaire de Lyon, le jeudi 23 octobre prochain, à huit heures du matin, et les autres le même jour à deux heures précises du soir.

— Par décision ministérielle du 12 septembre 1902, les officiers du corps de santé des troupes coloniales dont les noms suivent ont été désignés pour servir, savoir :

En Afrique occidentale française. — M. le médecin principal de deuxième classe Drevon; M. le médecin-major de première classe Fortoul; M. le médecin aide-major de première classe Brisemur.

Au Tonkin. — M. le médecin-major de deuxième classe Lépinay.

En Cochinchine. — M. le médecin-major de deuxième classe Hagen.

A Madagascar. — M. le médecin aide-major de première classe Crenn.

A la Réunion. — M. le médecin-major de première classe Le Guen; M. le médecin aide-major de première classe Broquet.

A la Nouvelle-Calédonie. — MM. les médecins aides-majors de première classe Renault et Thomas-Derevoge.

En France. — Au 1er d'infanterie coloniale à Cherbourg: M. le médecin-major de deuxième classe Nicolas du Plantier. — Au 1er d'artillerie coloniale à Lorient : M. le médecin-major de deuxième classe Lecomte. — Au 7e d'infanterie coloniale à Rochefort : M. le médecin aide-major de première classe Navarre. — Au 4e d'infanterie coloniale à Toulon : M. le médecin-major de deuxième classe Recoules. — Au 8e d'infanterie coloniale à Toulon : M. le médecin aide-major de première classe Tardif. — Au 22e d'infanterie coloniale à Toulon : M. le médecin-major de première classe Suard et M. le médecin aide-major de première classe Cavazza.

Université de Paris. — *Institut de médecine coloniale rattaché à la Faculté de médecine de Paris.* — L'Institut de médecine coloniale est créé pour donner aux médecins français un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

Les cours dureront environ deux mois et demi.

Le premier cours commencera le 15 octobre et sera terminé le 25 décembre 1902.

Peuvent s'inscrire les étudiants pourvus de seize inscriptions et les docteurs en médecine français et étrangers.

A la fin du cours, les étudiants qui désirent un certificat d'études subiront un examen.

L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire seront donnés à la Faculté de médecine, à l'École pratique, 21, rue de l'École-de-Médecine, dans les laboratoires suivants : *Pathologie expérimentale et comparée,* — *Parasitologie,* — *Hygiène.*

L'enseignement clinique sera donné à l'hôpital d'Auteuil (hôpital des Dames-Françaises), 73, rue Michel-Ange (1).

L'enseignement théorique et de laboratoire aura lieu dans l'après-midi, tous les jours de la semaine, sauf le lundi, à l'École pratique.

L'enseignement clinique et le cours de pathologie tropicale, deux fois par semaine, le matin à dix heures, à l'hôpital d'Auteuil.

Programme des cours. — I. *Technique bactériologique et hématologique,* par M. le professeur Chantemesse (quinze leçons et démonstrations pratiques). — Stérilisation ; — Milieux de culture ; — Méthodes de coloration ; — Méthodes de culture ; — Analyse de l'eau, du sol, des poussières, du sang, etc. ; — Analyse des matières fécales.

Dans ces leçons et dans les démonstrations pratiques qui y feront immédiatement suite, les élèves seront mis au courant des méthodes les plus récentes de l'examen et des colorations du sang, ainsi que de toute la technique bactériologique avec ses applications particulières aux maladies tropicales.

II. *Parasitologie,* par M. le professeur Blanchard (vingt et une leçons et démonstrations pratiques). — Parasites animaux ; — Examen du sang de l'homme et des animaux. Analyse des matières fécales; — Parasites du sang. Fièvres palustres ; — Filaires ; — Bilharzia; — Nématodes; — Cestodes, etc. ; — Animaux venimeux ; — Parasites végétaux ; — Mycoses.

III. *La chirurgie des tropiques,* par M. le professeur Le Dentu (quatre leçons). — Abcès du foie ; — Abcès tropicaux; — Éléphantiasis, etc.

IV. *L'ophtalmologie sous les tropiques,* par M. le professeur de Lapersonne (deux leçons).

V. *Pathologie et hygiène tropicales,* par M. le docteur Wurtz, chargé de cours. — Pathologie exotique (dix-sept leçons) : Peste ; — Fièvre jaune ; — Choléra; — Dysenterie. Diarrhée des pays chauds; — Fièvre de Malte. Fièvre méditerranéenne; — Fièvre récurrente; — Fièvres paludéennes; — Fièvre hémoglobinurique ; — Filariose. Bilharziose. Dracunculose ; — Lèpre ; — Béribéri ; — Bouton de Biskra, d'Alep, etc. ; — Pian ; — Verruga. Pied de Madura; — Maladie du sommeil; — Fièvre japonaise de rivière, etc.

Hygiène tropicale (dix leçons) : Diagnostic bactériologique (vingt exercices appliqués aux maladies tropicales) [Laboratoire d'hygiène].

VI. *Affections de la peau,* par M. le professeur agrégé Jeanselme. — Conférences de dermatologie tropicale.

Prix du cours. — Le prix de cet enseignement et les conditions dans lesquelles la gratuité peut être obtenue sont fixés par le comité de direction de l'Institut de médecine coloniale.

S'adresser à ce sujet, par écrit, au directeur de l'Institut de médecine coloniale : M. le professeur Brouardel, 68, rue de Bellechasse, Paris, et pour tous autres renseignements, au secrétariat de la Faculté de médecine.

Programme des cours de vacances faits à l'hôtel des Sociétés savantes du 6 au 25 octobre 1902. — *Électricité médicale* (M. le docteur Zimmern). — Aperçu général de l'électrothérapie. Principes et appareils. Courant faradique. Courant galvanique.

Application de l'électricité aux maladies du système nerveux. Utilité de l'électrodiagnostic.

Applications usuelles de l'électricité.

(1) Cet hôpital, récemment construit, réunit tous les desiderata de l'hygiène moderne : 1° Tramway Louvres-Versailles (arrêt à la porte de Billancourt); Montreuil-Boulogne (passe rue Michel-Ange); — 2° Chemin de fer de ceinture (station du Point-du-Jour); — 3° Bateaux-mouches (Point-du-Jour).

Hémiplégie et paralysies organiques.

Paralysie infantile. Polynévrites alcoolique, diphtérique, etc. Névrites professionnelles.

Paralysie faciale. Paralysie radiale. Paralysie saturnine. Névralgies diverses. Sciatique. Névralgie du trijumeau. Goitre exophtalmique.

Applications aux maladies des muscles, des articulations, de la nutrition. Atrophies musculaires. Arthrites diverses. Rhumatismes. Lumbago.

Applications aux maladies du tube digestif et des voies génito-urinaires. Maladies de l'estomac. Entérite muco-membraneuse, constipation. Occlusion intestinale. Lavements électriques. Incontinence d'urine. Rétrécissements de l'urètre.

Applications à la dermatologie et à la gynécologie. Traitement des angiomes, des nævi, de la couperose, etc. Névralgies pelviennes. Salpingites chroniques. Hémorragies utérines.

Métrites.

Les accidents de l'électricité industrielle. Prophylaxie. Premiers secours.

Gynécologie (M. le docteur Jayle). — Interrogatoire de la malade. — Examen physique : toucher, palper, toucher et palper combinés, examen au spéculum. Hystéromètre. Les diverses positions d'examen gynécologique. Du choix d'un spéculum, d'une table d'examen. Du choix des instruments nécessaires à la petite gynécologie. Les pansements vaginaux. Des applications topiques sur l'abdomen. Règles du traitement médical en gynécologie.

N. B. — Ce dernier cours sera fait à la Clinique gynécologique de la Faculté (professeur Pozzi), hôpital Broca. — Le maximum des élèves est fixé à dix.

Préfets et remplacements. — De notre confrère M. Huchard, dans le *Journal des praticiens* :

« Un fait nous est relaté par notre confrère : *Le Bulletin des Syndicats du Nord et du Pas-de-Calais*. Il a trait à un abus de pouvoir inouï de la part du préfet du Pas-de-Calais. Un confrère lui demande l'autorisation nécessaire à l'effet de se faire remplacer pour quelques semaines par un étudiant pourvu de seize inscriptions et interne des hôpitaux de Lille. Cette démarche du praticien constituait une simple formalité. Il avait droit de choisir son remplaçant tel qu'il l'avait fixé et dans les conditions prévues par la loi de 1902 sur l'exercice de la médecine. Si le préfet doit être averti en pareil cas, c'est à seule fin qu'il s'assure des titres de scolarité présentés par le remplaçant : Ce dernier a-t-il douze inscriptions, étant interne, en a-t-il seize n'étant pas interne? Or, que répond le préfet? Qu'il ne peut accorder l'autorisation. Le remplaçant sans doute est en règle ; mais il a une tache. Il est élève de la Faculté catholique de Lille.

Ce préfet se forme une singulière idée du monde médical. Quand nous soignons un client, lui demandons-nous ses opinions? Existe-t-il des maladies diverses au gré des idées politiques du patient? A-t-on jamais décrit une pneumonie catholique, une pneumonie libérale, une pneumonie socialiste? Le préfet du Pas-de-Calais est un fonctionnaire peu judicieux. Son zèle gouvernemental lui joue un bien mauvais tour; car voilà les médecins qui se récrient et ceux qui défendent les opinions les plus opposées en matière politique se liguent dans une protestation commune et dans une défense énergique de leurs droits méconnus.

Le médecin est avant tout un libéral. Habitué de par son éducation professionnelle à observer la dépendance et la relativité des phénomènes, les causes de doute et d'erreur, il embrasse malaisément des idées absolues et fermées, sait que les doctrines les plus lumineuses ont leurs coins d'ombre, que les idées les plus utopiques renferment leur part de vérité. Il examine, comprend, ne s'emporte pas. Au-dessus des questions de croyances et d'opinions qui le peuvent séparer de ses confrères, une idée maîtresse, plus haute, un sentiment supérieur l'unit à eux : l'esprit de devoir et l'amour de sa profession.

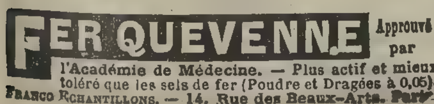
Dans les associations médicales, dans les syndicats, s'occupe-t-on de la foi politique des adhérents? Ils sont médecins. Cela suffit. Groupés dans une union compacte pour la sauvegarde de leurs intérêts solidaires, ils s'inquiètent peu de leurs opinions politiques respectives. Et cette entente décidée et ferme domine toutes les questions de dogme et de foi. »

Revision rapide d'externat par un interne des hôpitaux. — S'inscrire immédiatement. — S'adresser aux bureaux du Journal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17





N° 106. — SAMEDI 20 SEPTEMBRE 1902 — 75e ANNÉE — SAMEDI 20 SEPTEMBRE 1902 — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Les indurations et tumeurs fibreuses des corps caverneux de la verge.

Par M. P. TRILLAT, interne des hôpitaux de Lyon.

I

Définition. — On décrit sous ce nom une série de tumeurs de nature fibreuse, bien distinctes du cancer, qui se trouvent soit à la superficie, soit dans la profondeur des corps caverneux.

Ce sont des indurations de causes très diverses qui portent encore le nom de « nœuds et ganglions des corps caverneux, concrétions plastiques, indurations fibreuses ou fibro-plastiques du pénis, plaques indurées des corps caverneux ».

II

Historique. — L'induration des corps caverneux est connue depuis longtemps. La Peyronie publia, en 1743, un mémoire devant l'Académie de chirurgie « sur quelques tumeurs qui s'opposent à l'éjaculation naturelle de la semence », dans lequel on trouve cinq observations de nodosités des corps caverneux.

La symptomatologie et les conséquences sont bien décrites par cet auteur et, depuis, on a eu peu de choses à ajouter sur ce chapitre.

D'après La Peyronie, « cette maladie, qui n'est point rare parmi les hommes d'un âge avancé, surtout parmi ceux qui se sont trop abandonnés à la vivacité de leur tempérament, est aussi quelquefois la suite de la maladie vénérienne. » Ainsi, pour La Peyronie, l'irritation locale trop souvent répétée, l'abus des plaisirs de l'amour, sont les facteurs étiologiques principaux; la syphilis et la blennorragie, les facteurs secondaires de la sclérose des corps caverneux.

Mais, à cette époque, régnait une grande confusion dans le domaine des maladies vénériennes : syphilis et blennorragie ne faisaient qu'un ; l'auteur range ces tumeurs au nombre des maladies syphilitiques, bien qu'il n'ait pu en obtenir la guérison chez des syphilitiques dont toutes les autres lésions avaient guéri ; il en fait une lésion à part, mais vénérienne.

Après lui, Bérard, Boyer, Lerminier, Vidal (de Cassis) décrivent des indurations ressemblant aux nodus des corps caverneux, mais sans en faire une description complète.

En 1847, Ricord, qui en avait observé une vingtaine de cas, propose de les diviser en quatre catégories : les indurations traumatiques, inflammatoires (surtout blennorragiques), syphilitiques et une variété spéciale qu'il attribuait à une suffusion plastique indépendante de toute condition inflammatoire, et dont la cause lui échappait.

Déjà, en 1840, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, il avait étudié ces indurations qu'il considérait comme toujours secondaires à une serie d'états inflammatoires ou traumatiques; c'est ainsi qu'il en avait observé à la suite de la blennorragie phlegmoneuse, qui s'accompagne parfois de phlébite des corps caverneux, laissant après elle une induration persistante, par un mécanisme analogue à celui de la production des rétrécissements de l'urètre. De même, la rupture d'un corps caverneux peut laisser à sa suite une cicatrice fibreuse formant nodus; ces organes érectiles peuvent être enfin le siège de dépôts gommeux allant jusqu'à la sclérose, et il n'y a alors rien d'étonnant à ce que le traitement spécifique n'ait sur eux aucune action.

La classification de Ricord fut admise sans conteste par Fournier, Diday, Robert et les vénéréologues de l'époque.

En 1850, cependant, Kirby, médecin de Dublin, publie quatre cas d'induration des corps caverneux sous le titre : « Affections particulières du pénis. » C'est le premier auteur qui ait séparé des indurations fibreuses des corps caverneux un groupe spécial qu'il considérait comme la manifestation locale d'un état constitutionnel : l'arthritisme. Dans les cas qu'il observa, les malades présentaient tous les symptômes de la goutte et, chez un malade, les indurations de la verge coïncidaient avec des nodosités de l'aponévrose palmaire et des gaines tendineuses. Comme ces lésions sont manifestement dues à l'arthritisme, se basant sur les données de la pathologie générale, Kirby conclut que les deux lésions étaient semblables, et il rattacha les lésions du pénis à la même diathèse, et plus spécialement à la goutte.

C'est donc avec Kirby que commence l'histoire des nodus de la verge considérés comme une maladie du système fibreux.

Son opinion ne prévalut pas en France, et Diday, qui analysa son mémoire, attaqua vivement l'hypothèse étiologique de Kirby. Il continua à considérer les nodosités des corps caverneux comme toujours liées à une affection vénérienne, syphilis ou blennorragie, aucun de ses malades n'ayant eu

la goutte; pour lui, il y a simple coïncidence entre l'arthritisme et les indurations plastiques, et non une relation de cause à effet.

Les auteurs qui suivirent n'attachèrent pas à l'idée de Kirby l'importance qu'elle méritait, et la question des indurations du pénis, qui semblait devoir s'éclaircir, retomba dans les chaos du début.

Galligo, en 1852, publie un mémoire sur le même sujet, et étudie indistinctement toutes les indurations des corps caverneux quelle que soit leur origine : traumatique ou vénérienne.

Il en est de même des observations de Forget à la Société de chirurgie, de Scholz, dans lesquelles ces auteurs étudient des cas de syphilis ou de blennorragie des corps caverneux, sans signaler la goutte comme étiologie.

Nélaton, en 1859, dans son *Traité de pathologie externe*, attribue les nodosités aux excès vénériens, comme La Peyronie. Il les considère comme traumatiques et comme consécutives à la rupture de quelques mailles du tissu caverneux.

La question en reste là jusqu'à Demarquay qui, en 1877, consacre, dans son *Traité des maladies chirurgicales du pénis*, un chapitre important à l'induration plastique des corps caverneux; il signale seulement l'opinion de Kirby sans l'admettre, et attribue cette affection à la blennorragie, à la syphilis et au traumatisme.

En 1879, Cameron lut, à la Société médico-chirurgicale de Glascow, un mémoire sur les tumeurs goutteuses du pénis; le malade qui fit l'objet de sa communication présentait depuis deux ans une nodosité palmaire prononcée avec rétraction d'un doigt. Rapportant une série d'observations publiées en Angleterre, dans lesquelles la goutte et le diabète étaient les seuls antécédents notés, il reprend l'idée de Kirby, en élargissant le cadre étiologique donné par cet auteur. Comme, pour celui-ci, le diabète et la goutte rentrent dans les manifestations de l'arthritisme, ce serait, en définitive, cette grande maladie constitutionnelle qui serait la principale, sinon l'unique cause de l'affection fibreuse du pénis.

En France, cependant, les idées de Ricord et de Fournier ne devaient plus être admises sans conteste.

Verneuil, en 1882, reprenant une idée émise par Marchal (de Calvi), fait une communication à la Société de chirurgie à propos de quatre malades atteints de nodus plastiques du pénis. Il défend la théorie arthritique, et reconnaît plus spécialement le diabète comme cause de l'affection; de ses quatre malades, en effet, trois étaient diabétiques.

Duplouy, au Congrès de Blois de 1884, confirme les idées de Verneuil, à l'occasion d'un malade atteint d'induration dorsale de la verge, et dont les urines contenaient du sucre.

Néanmoins, on continuait à considérer en France ces indurations comme indépendantes d'un état constitutionnel.

En Angleterre, par contre, sir J. Paget, suivant les idées de Kirby et de Cameron, rattache l'affection à l'arthritisme.

« Chez les goutteux, dit-il, la productio d'unn tissu fibreux qui épaissit et contracte la couche externe de la paroi urétrale, en provoquant de cette manière le rétrécissement, semble avoir le même processus que l'épaississement et la contraction des aponévroses palmaires. On peut comparer plutôt ce tissu fibreux à cet épaississement et à ces parties indurées de la gaine des corps caverneux qui provoque la torsion de la verge pendant les érections et qui effraie les malades, en leur faisant croire à un cancer. Ces couches épaisses de tissu fibreux peuvent être senties des deux côtés; mais le plus souvent elles occupent la face dorsale du pénis ou la cloison des corps caverneux. Comme elles ne cèdent pas, ainsi que le reste de l'organe, à la pression sanguine qui provoque l'érection, elles tiennent le pénis rigide et courbé de deux côtés, comme dans la chaudepisse cordée. »

En 1885, Tuffier publie un très important travail sur cette question; il défend, avec observations à l'appui, les idées de Verneuil et des auteurs anglais, et montre bien qu'à côté des indurations de cause traumatique et inflammatoire, il faut admettre une classe spéciale de nodus fibreux, dus surtout à l'âge et à l'arthritisme.

En 1886, Mauriac considère comme très obscure l'étiologie de cette affection; il pense que la syphilis en est rarement la cause: mais, tout en admettant l'arthritisme comme cause possible de la maladie, il fait une large part au traumatisme et à la blennorragie.

A la suite de ces travaux, la question devient en quelque sorte à l'ordre du jour et provoque de toutes parts des recherches dans le sens de l'étiologie des indurations du pénis.

Legalchier-Baron, dans une thèse sur les manifestations goutteuses du pénis, cite l'induration des corps caverneux comme une des plus fréquentes.

Polaillon, la même année, publie l'observation d'un arthritique présentant un nodus fibreux.

Delaborde relève vingt-neuf observations et les classe en trois groupes étiologiques : le premier se rattachant au diabète, le second à la goutte, le troisième à des causes encore inconnues.

En 1890, Mauriac, dans son livre sur la *Syphilis tertiaire et héréditaire*, incrimine surtout la blennorragie.

Les observations de Jurquet, Delefosse, Étienne apportent de nouveaux documents à la question.

Batut en 1895, O'Zoux en 1896, dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, signalent quelques cas d'induration d'origine syphilitique ou blennorragique.

Durand et Péré font connaître la même année des cas de nodus plastiques d'origine arthritique.

En 1899, Merle, dans une thèse de Toulouse inspirée par Audry, signale un certain nombre de travaux étrangers parus dans les *Archiv fur Dermatologie und Syphilis*, dans le *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases* de 1899; mais il n'analyse pas ces travaux et conclut que la syphilis et la blennorragie sont les causes les plus fréquentes, que la goutte et le diabète sont la seule étiologie dans quelques cas.

Depuis, aucune observation nouvelle n'a été publiée jusqu'en 1901, où Sacher, dans le *Wiener klinische Wochenschrift*, étudie quatre cas d'indurations plastiques des corps caverneux et, à ce propos, fait une étude d'ensemble très approfondie de la question.

III

Étiologie. — C'est une affection rare, si on en juge d'après le nombre des cas publiés; mais il est à croire cependant qu'elle est plus fréquente qu'il n'apparaît d'après l'étude de la littérature médicale; et ceci tient à ce que les malades peu gênés par les symptômes fonctionnels ne se font pas soigner, et à ce fait que la lésion passe inaperçue du médecin, qui le plus souvent en ignore même l'existence.

On peut classer les indurations du pénis en deux grands

groupes; celles qui surviennent à la suite d'une cause locale bien établie et celles qui apparaissent spontanément.

I. Indurations secondaires. — Celles-ci peuvent être de trois ordres : inflammatoires, syphilitiques, traumatiques.

A. *Inflammatoires.* — C'est la *blennorragie* qui vient en première ligne; la formation du nodus s'explique dans ces cas par propagation de l'infection à la sous-muqueuse et au corps caverneux; il y a de la péri-urétrite, puis de la cavernite chronique. Très rares après la blennorragie aiguë, les nodus plastiques succèdent souvent à de vielles urétrites chroniques donnant un écoulement négligeable et qui déterminent à la longue une inflammation péri-urétrale qui s'infiltre peu à peu jusqu'à l'intérieur des corps caverneux.

Curling, Jurquet, Echtermeyer ont publié des observation isolées de nodus succédant à la blennorragie. Ricord surtout basa cette étiologie sur des données très précises, et décrivit le premier la péri-urétrite comme trait d'union entre la chaudepisse et l'induration fibreuse, qui se produit dans les corps caverneux par un mécanisme identique à celui des rétrécissements de l'urètre.

Mauriac, dont l'opinion est admise par Max Joseph, Finger, Merle, considère que la blennorragie vient en première ligne parmi les maladies vénériennes; en dehors, en effet, de la prédominance numérique, la valeur de cette cause est encore accrue par les constatations du processus pathogénique qui établit des rapports incontestables de cause à effet, entre l'inflammation du canal et la sclérose des corps caverneux.

D'*autres processus inflammatoires* ont été signalés : Neumann a rapporté le cas de chancres mous à la suite desquels survint un processus inflammatoire aigu laissant à sa suite une induration fibreuse.

B. *Syphilitiques.* — Les indurations du pénis se montrent parfois à la période primaire; on les a souvent confondues alors avec des chancres à induration persistante; elles sont bien plus fréquentes à la période tertiaire, et *à une époque très éloignée* de l'accident primitif.

Dans une observation d'Elsesberg, le malade avait eu son chancre vingt ans auparavant. Cette lésion correspond à ce que Zeissl a appelé « cavernitis syphilitica membri virilis » et Lang « gummose kavernitis ». C'est la cavernite syphilitique des auteurs français.

Pour Kaposi, cette cavernite serait attribuable à des noyaux gommeux qui partent du gland et se développent dans les corps caverneux, en même temps que les parties antérieures se résorbent.

L'existence de ces indurations syphilitiques est mise en doute par certains auteurs; Mauriac en 1886, dit n'avoir jamais vu ou presque jamais pu relever l'origine spécifique de ces tumeurs; Tuffier se refuse à leur considérer une origine génitale; cependant Ricord et Fournier affirment leur existence.

Lang a observé dans les corps caverneux la transformation de la gomme en callosité, quelquefois osseuse, il est vrai; la gomme s'ulcère et forme une cavité infectée ouverte dans l'urètre.

Balut a également publié une observation dont la seule étiologie était la syphilis; un an et demi après le chancre, apparut sur le dos de la verge une tumeur longue de 2 centimètres. Cette tumeur se résorba en quelques mois; mais il en réapparut une seconde en un point voisin, celle-là rebelle à tout traitement.

C. *Traumatiques.* — Ce groupe comprend les causes les plus variées. La plus souvent il s'agit de ruptures des corps caverneux pendant le coït. Buschke a pu suivre le développement progressif d'une induration chez un jeune homme qui, en état d'ivresse, avait pratiqué des efforts impétueux pendant le coït; il s'ensuivit une hémorragie considérable due à une rupture des corps caverneux; et quel que fut le traitement employé, l'induration apparut au bout de quelques mois.

Johnson a rapporté également deux cas de développement subit pendant le coït.

La relation étiologique est évidente, dans les cas que nous venons de citer; elle est moins nette quand il s'agit d'excès sexuels sans lésion immédiate, et qu'un grand nombre d'auteurs, après La Peyronie, considèrent comme pouvant donner naissance à des indurations. Il pouvait s'agir, dans ces cas, d'exsudats sanguins qui, plus tard, ne se sont pas résorbés, ont donné du tissu de cicatrice qui a entraîné lui-même du strabisme pénien avec coït impossible.

Toutes les variétés de blessures du pénis peuvent donner des nodus fibreux : les cathétérismes violents avec fausse route, les piqûres, coupures, déchirures, et les coups de feu comme dans le cas de Baudens.

Horowitz a vu un nodus fibreux succéder à une cavernite du pénis causée par un coup de pied.

Enfin les injections poussées trop violemment dans le canal pourraient donner le même résultat. O'Zoux a rapporté les cas de deux jeunes gens présentant chacun un noyau de la grosseur d'une noisette, sans douleur, sans ecchymose : noyaux développés consécutivement à une injection énergique de solution forte de sulfate de cuivre.

II. Indurations primitives. — Elles forment actuellement un groupe important et bien à part, que les travaux de Kirby, Verneuil, Tuffier, Salzer permettent de diviser lui-même en groupes secondaires, suivant que l'on trouve dans les antécédents la goutte, le diabète, le rhumatisme : l'arthritisme en un mot; à côté de ces causes générales on a cité les infections, la fièvre typhoïde, la leucémie (Salzer).

Il est une autre forme enfin dans laquelle aucun antécédent ne peut être noté, aucune cause locale ou générale ne peut être relevée; le nombre proportionnellement considérable d'observations se rattachant à cette forme, mérite qu'on la décrive séparément.

A. *Indurations reconnaissant pour cause l'arthritisme* (*goutte, diabète, rhumatisme*). — Comme on l'a vu dans l'historique, ce n'est que depuis les travaux de Verneuil et de Tuffier que l'on a attaché quelque attention, en France, à la conception diathésique des indurations fibreuses des corps caverneux; cette conception vivement attaquée par Le Fort, Trélat, Guyon, Ricord et Fournier est actuellement définitivement établie; Reclus et Legueu dans les deux *Traités de chirurgie* lui reconnaissent une existence réelle.

En effet, sur les 35 observations rapportées par Tuffier dans son mémoire, les antécédents ne sont notés que dans 26; sur ces 26 cas on relève 15 fois la goutte et 11 fois le diabète; on conçoit que certains auteurs comme Kirby et Cameron n'aient pu rencontrer que des goutteux parmi leurs malades, que Marchal (de Calvi) et Verneuil n'aient relevé que le diabète dans les antécédents; mais on ne saurait être exclusif et rapporter l'affection à une seule de ces causes; toutes deux, du reste, ne rentrent-elles pas dans une seule et même catégorie : l'arthritisme?

Tuffier a bien montré, cette donnée étiologique étant admise, comment on pourrait expliquer la formation des indurations des corps caverneux : on sait, en effet, depuis Vigier que l'arthritisme, qu'il s'agisse de goutte ou de diabète, localise ses manifestations sur le tissu fibreux. Tophus, rhumatisme déformant, rétraction de l'aponévrose palmaire ou plantaire en sont les preuves convaincantes : quoi d'étonnant alors que les tissus fibreux de la verge soient intéressés?

Les nodus des corps caverneux seraient donc des dégénérescences des tissus fibreux, des épaississements localisés de ce tissu, comme on en voit dans les ligaments, les capsules articulaires et les aponévroses des vieillards arthritiques.

Cette façon d'envisager ces lésions paraît bien concorder avec l'évolution même du processus. Comme les rétractions aponévrotiques, elles apparaissent à un âge avancé, comme elles, leur marche est lente et insidieuse, enfin comme les nodosités articulaires elles atteignent un volume relativement minime; puis restent indéfiniment stationnaires sans subir ni dégénérescence maligne, ni ulcération.

A côté des observations de Tuffier; celles plus récentes de Delefosse, Etienne, Delaborde, Merle, etc., viennent démontrer surabondamment l'existence de cette variété d'induration.

B. *Indurations de cause générale autre que l'arthritisme.* — Celles-ci sont moins connues; on a décrit de ces tumeurs succédant à la variole, la fièvre typhoïde, la pyohémie, le typhus abdominal ou exanthématique : le membre est en érection continuelle et douloureuse, l'urine et la semence sont parfois rejetées d'une façon continue. La fièvre est vive; quelquefois il y a même abcédation de la tumeur. Dans un cas Salzer a relevé la leucémie, avec évolution identique.

C. *Indurations ne reconnaissant aucune cause locale ou générale.* — Tous les auteurs qui se sont occupés de la question ont observé des cas dans lesquels il était impossible de noter une cause quelconque. C'est à ces cas que Nélaton donne le nom de « nœuds des corps caverneux » ; d'autres les appellent « plaques indurées »; Ricord « ganglion du pénis »; Jurquet « indurations plastiques ». Les dernières observations publiées par Sacher se rapportent à ce groupe.

On trouve bien, il est vrai, la blennorragie dans les antécédents de quelques-uns de ces malades; mais la dernière poussée gonorréique est séparée de l'induration par un intervalle de temps trop long pour que l'on puisse voir une relation de cause à effet entre l'une et l'autre.

La syphilis est parfois aussi relevée dans les anamnestiques; mais au moment de l'examen on ne trouve aucune trace de syphilis et le traitement anti-syphilitique est resté sans effet. Sacher a pratiqué sans résultat l'examen du sang.

On a bien signalé, il est vrai, l'existence chez certains vertébrés (chiens, rongeurs) de ces tumeurs, et Lanhossek envisage l'hypothèse de formations ataviques; mais il s'agit dans ces cas de corps osseux ou cartilagineux, et non plus seulement fibreux.

Il ne reste qu'un seul facteur étiologique à évoquer : c'est l'âge de ces malades, c'est toujours après quarante ans qu'apparaissent ces tumeurs spontanées, et les recherches de Tuffier, que nous étudierons à propos de l'anatomie pathologique, ont bien montré que chez les vieillards, l'enveloppe des corps caverneux normalement riche en faisceaux élastiques et fibreux, présentent une tendance partielle à la transformation fibreuse.

Fréquence relative de ces diverses variétés d'induration. — On doit à Sacher une statistique récente sur les indurations du pénis, avec comparaison des différentes variétés entre elles.

Dans les 187 cas qu'il a relevés dans la littérature il a trouvé :

Blennorragie	17 cas	=	9	p. 100
Syphilis	22 —	=	11,7	—
Traumatisme	16 —	=	8,2	—
Diabète et goutte	44 —	=	23,5	—
Diathèse rhumatismale	4 —	=	2,1	—
Induration sans diathèse	37 —	=	19,7	—

IV

Symptomatologie. — Symptômes physiques. — Les nodosités des corps caverneux sont solitaires ou multiples. Le plus souvent uniques, on peut en compter plusieurs chez le même malade : Galligo en a vu jusqu'à huit coexister.

Quand la nodosité est unique elle a la forme d'une plaque enchâssée dans l'épaisseur de la gaine des corps caverneux, à surface lisse, sans saillie, arrondie ou plus souvent elliptique suivant le grand axe du pénis. Elle peut mesurer 10 à 30 millimètres de long sur 10 millimètres de large.

Quand les nodosités sont multiples, elles sont arrondies et se suivent comme les grains d'un chapelet ; chez un malade de Robineau, les indurations en grand nombre entouraient la verge sur toute sa longueur, et rappelaient au toucher les anneaux de la trachée.

Leur consistance est ferme, dure, élastique, fibro-cartilagineuse; et c'est à tort que Demarquay leur reconnaît parfois un état mou et flasque qui ne se rencontre que dans les indurations inflammatoires des corps spongieux.

La nodosité peut être médiane ou latérale : elle affecte dans les deux cas les dispositions en chaton de bague caractéristique.

Quand l'induration débute par les cloisons, elle ne reste pas toujours limitée; ultérieurement et progressivement, elle peut envahir soit un seul côté, soit les deux à la fois; elle prend alors la forme « d'un papillon dont le corps pénétrerait entre les deux organes érectiles et dont les ailes recouvriraient une partie des corps caverneux » (Delaborde).

Tuffier, dont la description est classique, s'exprime ainsi : « Ce noyau a la forme d'un coin dont la base répondrait à la veine dorsale du pénis, et dont le sommet s'enfoncerait entre les deux corps caverneux, absolument comme le corps d'Highmore s'enfonce dans le testicule. De la base de ce coin naissent deux petites ailes semblables aux cotylédons d'une amande, petites ailes qui vont de chaque côté recouvrir dans une étendue plus ou moins grande la surface du corps caverneux. Ce n'est pour ainsi dire que la base de la tumeur qui s'est étalée là, au niveau de l'enveloppe des organes érectiles. »

Bien qu'on puisse les rencontrer sur toute la longueur de la verge, leur siège de prédilection est en avant de la symphyse, sur le dos du pénis, ou sur la partie moyenne.

Leurs rapports avec les parties voisines sont importants à connaître. La peau est mobile au niveau de ces nodosités; elle conserve sa souplesse, son épaisseur et sa couleur normale : on peut la faire glisser sans difficulté sur la tumeur, comme sur les autres points de la verge.

Les tumeurs sont adhérentes dans la profondeur, elles semblent faire corps avec le tissu érectile; cette adhérence

est du reste variable suivant la cause originelle de ces tumeurs; les indurations traumatiques, syphilitiques ou blennorragiques ont un point d'implantation profond en plein tissu érectile, alors que les indurations arthritiques ou spontanées siègent dans les enveloppes fibreuses des corps caverneux.

Le plus souvent la palpation seule les décèle; leur volume est, en effet, très rarement assez considérable pour qu'on puisse apprécier à la vue un relief sur le dos ou les parties latérales de la verge; on a pu voir ainsi la peau soulevée en forme de selles, ou dessiner une saillie annulaire, ou bien enfin une série de dilatations multiples.

Troubles fonctionnels. — A l'état flasque les tumeurs ne sont l'objet d'aucune douleur : indolentes à la palpation, elles entraînent au contraire des troubles considérables dans l'érection et l'éjaculation, troubles qui font tout l'intérêt de la lésion.

L'émission de l'urine ne s'accompagne d'aucun trouble, elle n'est ni douloureuse, ni difficile. Demarquay signale bien des troubles divers de la miction, le jet serait bifide ou trifide; mais ceci ne se rencontre guère que dans les lésions localisées au gland ou au corps spongieux.

Troubles de l'érection. — C'est la partie la mieux connue de notre étude : on trouve en effet dans les descriptions des auteurs qui ont observé cette affection des détails très précis sur les troubles de l'érection.

Ces troubles sont de trois ordres : l'érection est douloureuse, incomplète et avec déviation.

La *douleur* n'est pas constante; elle n'est pas très vive, et comme le dit Mauriac, les malades accusent un sentiment de resserrement, d'étranglement, de constriction, une sorte de douleur crampoïde qui ne cesse que pendant le repos de l'organe. La pression augmente encore ces différentes sensations. Cependant, la douleur, quoique perceptible, n'est pas excessive et les malades pourraient la négliger si elle n'était accompagnée de déviations du pénis qui impriment à la maladie un cachet tout à fait caractéristique.

La *déviation* est un des symptômes qui ont le plus frappé les auteurs qui décrivent ses modalités avec force détails.

De La Peyronie cité par Tuffier a donné une excellente description de la forme que prend le membre viril quand il est distendu. Si une des tumeurs dures des corps caverneux est située vers le milieu du corps caverneux droit, la verge, au lieu de se dresser en ligne droite, décrira un arc dont la courbure sera du côté droit; si la dureté est du côté gauche, la courbure sera du même côté que la dureté. Si les ganglions, le chapelet ou la dureté est dans la partie du corps caverneux qui regarde le périnée, la verge se courbera en bas; et elle se courbera en haut si la dureté est à la partie des corps caverneux qui répond à l'os pubis.

La courbure est toujours du côté où est la maladie; en voici probablement la raison : l'érection dépend de la dilatation ou du gonflement des cellules des deux corps caverneux; s'ils se gonflent également, l'un des deux corps caverneux ne l'emportant pas sur l'autre, ils concourent également à la même action, et l'érection devra se faire en ligne droite; mais si la dureté due au desséchement de quelque portion de l'un des deux corps caverneux empêche la dilatation des cellules de cette portion, le corps caverneux sera, dans cet endroit, bridé, durci ou desséché; il s'y fera un enfoncement qui sera le centre de la courbure.

Astruc, dans l'édition française de son ouvrage paru en 1777, donne également dans le chapitre sur les courbures de la verge une description très précise des modalités que l'on peut observer.

En somme, quand il existe une nodosité, la verge est déviée du côté de la tumeur, et présente une coudure brusque au point malade : elle « louche » suivant l'expression de Ricord.

« Le strabisme pénien » sera horizontal quand le nodus occupera les faces latérales des corps caverneux; il sera dit vertical quand la tumeur siégera sur la ligne médiane.

Si la nodosité occupe la partie dorsale de la verge, celle-ci se repliera vers le haut : et c'est le cas le plus fréquent. Cette déviation peut présenter tous les degrés : le gland peut former avec le pénis un véritable angle droit, Ricord a même observé une courbure de la verge assez prononcée pour que la pointe du gland vienne buter contre le pubis au voisinage de la racine du corps caverneux : c'est l'érection annulaire.

Au contraire, une nodosité siégeant à la partie inférieure des corps caverneux entraînera une déviation du gland vers le périnée, c'est ce que les anciens appelaient : l'*erectio humilis*.

Les phénomènes sont tout différents lorsque la nodosité a envahi toute l'épaisseur des corps caverneux : la partie qui est en arrière du noyau plastique entre, en effet, seule en érection, celle qui est en avant reste flasque et mobile comme la seconde branche d'un fléau, dit Ricord.

Si les tumeurs sont multiples et non symétriques, la verge prend dans l'érection une forme sinueuse, et c'était le cas de ce diabétique de soixante-dix ans cité par Mauriac qui écrivait à son médecin : « Venez me voir, je ne sais ce que j'ai, ma queue vrillonne comme celle d'un goret, et vous comprenez qu'à mon âge cela me gêne encore souvent. »

Il peut arriver que la rigidité pénienne fasse presque complètement défaut dans tout un segment transversal compris entre les deux nodules situés l'un en avant de l'autre. Il arrive alors que les segments de la verge compris en arrière et en avant se durcissent tandis que la partie intermédiaire reste flasque, et jouent l'un sur l'autre comme si l'organe était cassé en deux.

Dans certains cas la verge ne présente aucune déviation, même dans le cas de plusieurs tumeurs coexistantes : cela se produit lorsque les nodus sont disposés symétriquement dans les deux corps caverneux; les déviations se compensent mutuellement et la verge reste droite.

On conçoit que l'on ait rarement l'occasion de constater ces déviations et que l'on soit obligé de s'en rapporter au dire des malades; mais ceux-ci les décrivent d'ordinaire avec force détails et apportent souvent des dessins à l'appui de leurs explications. Un des malades que nous avons observés dans le service de notre maître, le docteur Rochet, nous a même proposé de prendre le moule de sa verge en érection; il s'est malheureusement heurté à des difficultés d'exécution que l'on devait prévoir.

L'*éjaculation*, elle aussi, est troublée de bonne heure. « Quoiqu'il se fasse une effusion de la semence par les vaisseaux éjaculatoires, aussi vive et peut-être aussi sensible que dans l'état naturel; la semence n'est point éjaculée par la verge, elle sort en forme de bave par l'ouverture du gland, et cette bave, pour ainsi dire, ne commence à paraître que longtemps après que l'on a senti l'éjaculation intérieure » (La Peyronie).

Les malades se plaignent, en effet, de n'avoir plus d'éja-

culation véritable, bien qu'ils éprouvent encore les sensations qui d'ordinaire l'accompagnent. Quelques minutes seulement après cette sensation, quand l'érection a un peu diminué, et quand la verge a perdu sa courbure, le sperme s'écoule en bavant.

Tuffier explique ce phénomène de la façon suivante : pendant une forte érection, la brusque coudure du canal en détruit la lumière, et ce n'est qu'avec la diminution de la tension des corps caverneux que la verge et le canal reprennent leur forme et leur perméabilité.

Le *coït* n'est guère possible que lorsque les déviations sont peu accentuées. Certaines déformations altèrent à peine l'exercice des rapports sexuels, d'autres l'interdisent absolument par l'obstacle mécanique qu'elles apportent à l'érection.

La déviation est d'autant plus marquée et le coït d'autant moins praticable que les lésions sont plus rapprochées de la racine de l'organe, plus volumineuses et plus inégalement réparties entre les deux moitiés. Les petites inflexions de l'extrémité ne le gênent que très peu. Quand au contraire le pénis est coudé derrière le gland jusqu'à angle droit, l'intromission devient impraticable : il y a dans ces cas *impotentia fecundi* totale.

Mais ce n'est pas la déviation seule qui est cause de ces troubles, il faut tenir compte aussi de l'affaiblissement total ou partiel de la rigidité érectile, qui est une des conséquences habituelles de la sclérose des corps caverneux.

Les nodus fibreux du pénis laissent souvent l'état de santé générale intacte; cependant, chez les sujets jeunes, si l'affection ne présente pas de gravité, elle entraîne des troubles moraux sur lesquels Fournier a particulièrement insisté. Ces malheureux se lamentent sur leur sort, deviennent nerveux, irritables et tombent dans l'hypocondrie la plus noire. Leur amour-propre est blessé à vif par le sentiment qu'une pareille affection est trop ridicule pour ne pas prêter à rire; et à ce point de vue l'histoire de ce jeune homme cité par Guyon est typique. C'était un malade de vingt-huit ans pour qui le coït était impossible; il se livra alors à l'onanisme d'une façon continue, il présenta à la suite des troubles urinaires nerveux très marqués; dans un accès de mélancolie il tenta finalement de se suicider.

Les sujets plus âgés prennent par contre bravement leur parti de leur infirmité, et renoncent à la vie sexuelle, mais la plupart ne peuvent pas se marier.

V

Évolution. Pronostic. Complications. — Ces tumeurs n'ont, en général, aucune tendance à la guérison spontanée.

Les nodus blennorragiques seuls régressent parfois d'eux-mêmes, lorsque l'écoulement se tarit; mais ces cas sont rares.

Les indurations syphilitiques, elles aussi, peuvent disparaître d'elles-mêmes ou sous l'influence d'un traitement approprié; mais ceci ne s'observe guère que dans les cas de tumeurs soignées dès leur apparition; lorsqu'il s'agit de tissu cicatriciel succédant à une lésion gommeuse, on conçoit que le traitement antisyphilitique soit sans action.

En dehors de ces cas, il ne faut pas compter sur la guérison, et il faut avertir le malade de l'incurabilité de la lésion.

Si la régression ne se produit pas, il est à noter que ces nodosités n'atteignent jamais un volume bien considérable; la plupart du temps la dégénérescence fibreuse est définitive, immuable, et se présente comme telle dès le début.

Il peut y avoir apparition de plusieurs tumeurs par poussées successives; mais nous avons vu qu'il en résultait un redressement de la verge, une correction de la déviation et la possibilité de l'intromission du pénis. Les malades n'ont qu'à se féliciter de cette amélioration.

Les *complications* sont rares.

La dégénérescence maligne n'a jamais été observée. La transformation osseuse de ces indurations, signalée par quelques auteurs, n'est établie par aucune observation précise; seule, la transformation cartilagineuse semble relatée avec quelque autorité; et encore, dans ces cas, s'agit-il peut-être d'enchondrome des corps caverneux analogues au cas publié par MM. Tuffier et Claude.

Les véritables complications sont celles qui peuvent se produire à la suite des coïts ou des manœuvres pratiquées par le malade lui-même.

Ricord a signalé ce fait que les malades ont de la tendance à corriger les déviations de leur verge en exerçant des pressions en sens inverse aux extrémités de l'organe; à la suite de ces manœuvres, il se produit des tiraillements au niveau des nodus fibreux inextensibles : ces tiraillements peuvent aller jusqu'à la rupture de quelques aréoles de tissu érectile. A cette rupture fait suite un noyau cicatriciel qui ajoute son inextensibilité à celle de l'induration préexistante; au lieu d'une nodosité, le malade en possède deux qui se confondent; de là une aggravation rapide du symptôme déviation.

D'autres fois, ce peut être pendant l'intromission du pénis que ce symptôme se produit.

Il est du devoir du médecin d'avertir les malades du danger de ces pratiques qui aggravent une affection par elle-même stationnaire.

Le *pronostic* « quoad vitam » est donc bon pour le malade, puisque l'évolution maligne ne survient presque jamais.

Il est mauvais « quoad sanationem », en ce sens que l'affection est longue et, dans la plupart des cas, ne guérit jamais.

Le pronostic dépend, il est vrai, du siège et de l'étendue des lésions. Celles de la base sont plus graves que celles de la partie moyenne et surtout que celles de l'extrémité du pénis, leur volume restant le même.

Toute la gravité vient des obstacles mécaniques que la lésion apporte au coït : il faut donc tenir compte de l'âge du sujet. Nulle chez ceux pour qui, suivant le mot de Ricord, « l'érection n'est plus qu'une vanité, » elle peut devenir considérable pour les individus jeunes qui présentent presque toujours de la faiblesse génitale et de la névropathie hypocondriaque qui peut parfois les pousser au suicide.

VI

Anatomie pathologique. — Le petit nombre d'examens pratiqués explique le manque de données. On peut essayer néanmoins de tracer un aperçu rapide sur la macroscopie et la microscopie de la lésion, bien qu'il soit difficile de démêler dans les écrits des auteurs la part qu'il faut laisser à ce qui est hypothèse ou fait précis.

ÉTUDE MACROSCOPIQUE. — *Forme.* — Ces indurations peuvent présenter les trois aspects suivants : de nodus, de plaques ou de cordon.

Les nodus ou tumeurs globuleuses sont habituellement

régulières, solitaires ou multiples. Dans ce dernier cas, elles se réunissent souvent les unes aux autres de manière à former une sorte de chapelet. Quelques-unes sont munies d'un prolongement caudal arrondi ou aplati, qui s'effile et se perd dans les tissus sains, et dont la direction, toujours orientée d'avant en arrière, est parallèle à l'axe de la verge.

Les plaques sont plus ou moins épaisses, ovoïdes ou découpées sur leurs bords, isolées ou réunies. Elles peuvent être réunies au moyen de bandes moins larges qu'elles, contiguës ou séparées par des intervalles plus ou moins considérables de tissu érectile.

Les indurations en forme de cordon sont allongées, tantôt lisses, tantôt monilliformes; le plus souvent situées sur le dos de la verge et sur la ligne médiane, elles donnent naissance à ce que les Allemands appellent « corda venerea » dans la chaudepisse cordée.

Nombre et répartition. — Le nombre de ces tumeurs est variable; quelquefois, mais assez rarement, il n'y en a qu'une : c'est surtout le cas des indurations traumatiques. D'autres fois, elles sont multiples.

Leur répartition dans les deux moitiés de l'organe n'offre rien de particulièrement symétrique, soit comme nombre, soit comme volume. Quelquefois il n'y en a que d'un côté; d'autres fois, chaque corps caverneux est atteint par la sclérose à peu près au même degré.

Elles peuvent siéger sur la ligne médiane et sur les côtés; cependant, sur chaque corps caverneux, les productions fibreuses sont généralement plus rapprochées des bords que de la ligne médiane. Il arrive parfois que celles de chaque côté semblent se confondre, tant elles sont contiguës; elles peuvent même se réunir réellement; la figure formée est celle d'une selle de cheval posée sur les corps caverneux.

Leur *volume* présente de grandes différences, depuis le nodus pisiforme jusqu'aux vastes plaques qui occupent toute l'étendue du dos de la verge.

Leur *consistance* ferme, élastique, dure, présente parfois une véritable dureté cartilagineuse, qui se distingue très aisément de la mollesse pâteuse de la verge à l'état de repos.

Siège. — Là commencent les diversités d'opinion des auteurs. Les uns (Cruveilhier, Ricord, Nélaton, Mauriac) placent ces tumeurs en plein tissu cicatriciel.

D'autres (Tuffier, Verneuil) les font siéger dans l'enveloppe fibreuse ou le septum.

En réalité, leur siège est variable suivant la cause qui les a produites. Les indurations inflammatoires traumatiques ou blennorragiques siègent dans l'intérieur des corps caverneux.

Les indurations diathésiques et sans antécédents siègent dans le septum ou l'albuginée.

Étude histologique. — Nous ne parlerons pas des indurations traumatiques ou inflammatoires, dont l'anatomie pathologique est bien connue; nous exposerons seulement les résultats d'examens pratiqués sur des indurations syphilitiques ou arthritiques.

Nodus syphilitique. — On ne connaît guère qu'un examen histologique de cette variété; il est dû à Elsesberg et mérite d'être rapporté en détail.

Il s'agissait d'un individu de quarante ans, ayant eu la syphilis vingt ans auparavant, et qui présentait des gommes du pénis qui avaient entraîné une perte de substance de l'urètre de 2 centimètres. Dans l'épaisseur des corps caverneux on trouvait deux tumeurs de la grosseur d'une noisette, dures, non douloureuses, entraînant l' « erectio humilis ».

Les ulcérations guérirent sous l'influence du traitement mercuriel; mais les indurations et la fistule urinaire persistant, on pratiqua l'amputation de la verge. La section fut faite au travers de l'induration postérieure des corps caverneux. Voici le résultat de l'examen :

« Les indurations sont formées de tissu conjonctif fibreux en continuité avec celui de l'albuginée, dans les mailles duquel on trouve une grande quantité de cellules lymphatiques.

L'*albuginée*, à un faible grossissement, présente une infiltration insignifiante de globules blancs le long des vaisseaux. Elle est colorée en rouge intense par le carmin et formée de cordons rouges, étroits, disposés en réseaux épais.

Les *trabécules du tissu érectile* sont pauvres en fibres élastiques; on constate par place des faisceaux de fibres musculaires lisses. Les aréoles qui sont comprises dans la tumeur sont remplacées par des fentes étroites dans lesquelles quelques rares cellules endothéliales sont incluses. Le plus souvent, ces fentes sont indiquées seulement par l'accolement et l'épaississement des trabécules.

Plus on s'approche du centre des corps caverneux, plus les aréoles redeviennent larges et les globules rouges nombreux à leur intérieur. »

En somme, ces tumeurs ne présentent rien de très spécial dans leur structure : on se trouve en présence des lésions de l'inflammation.

L'origine en est aussi bien dans le septum que dans l'albuginée; il y a une modification prononcée des portions vasculaires : disparition de l'endothélium et soudure des lacunes.

Nodus arthritique. — On connaît seulement trois examens histologiques de cette variété d'induration : l'un est dû à Chetwood, l'autre à Leloir, le troisième à Taylor.

Dans ces trois cas, on a trouvé que les indurations essentielles des corps caverneux étaient le résultat d'une dégénérescence fibreuse de l'enveloppe du pénis.

Sur le nodus enlevé par Verneuil et examiné par Leloir, on a reconnu que « la lésion était constituée par un tissu analogue à celui des kéloïdes : cellules embryonnaires, avec îlots tendant à l'organisation fibreuse, pas de vaisseaux, travées fibreuses ressemblant à celles de cicatrices ».

Chetwood et Taylor trouvèrent également un tissu induré, pauvre en vaisseaux, riche en fibres conjonctives : en somme, tissu cicatriciel.

VII

Pathogénie. — Ricord considérait ces indurations comme le résultat d'une phlébite plastique; les aréoles des tissus érectiles s'oblitèrent peu à peu, le tissu fibreux succède à l'exhalation plastique et s'organise de manière à faire obstacle à la pénétration du sang dans les points du corps caverneux où il existe.

Cette théorie de la phlébite spontanée n'explique guère que les indurations inflammatoires, mais n'a aucune valeur pour celles qui viennent sans cause locale, dont le siège est au niveau des enveloppes des corps caverneux.

Nélaton admet une rupture du tissu érectile et épanchement sanguin laissant une induration à sa suite : cette explication n'est valable que pour les indurations traumatiques.

Tuffier est le premier auteur qui ait cherché à baser une

théorie pathogénique sur des recherches anatomiques précises pour expliquer les nodus spontanés.

Reprenant une hypothèse émise antérieurement par Verneuil, Tuffier place le point de départ de l'induration plastique des corps caverneux dans une dégénérescence de leur enveloppe avec hypertrophie du tissu fibreux, et il considère l'affection comme l'exagération d'un phénomène physiologique.

Si, en effet, chez l'enfant et l'adulte, l'enveloppe fibreuse et la cloison sont minces et souples, chez le vieillard elles deviennent beaucoup plus épaisses et forment un septum dur, résistant sous le doigt, formant comme une lame rigide entre les deux organes érectiles. L'examen histologique de cet épaississement fit constater que, chez les vieillards, les fibres élastiques tendent à disparaître, alors que, par contre, le tissu fibreux devient prépondérant.

Les indurations spontanées sont dues à une exagération de la tendance normale : production anormale de tissu fibreux localisée en un ou plusieurs points de l'enveloppe des organes érectiles; et c'est ce qui explique que l'on ne trouve dans les antécédents rien autre que l'âge du sujet.

Pour les *indurations arthritiques*, nous avons vu, à propos de l'historique, comment on peut expliquer leur formation par analogie avec les concrétions goutteuses qui se produisent si fréquemment au niveau des tissus conjonctifs.

VIII

Diagnostic. — *Est-ce une induration plastique?* — Le diagnostic positif est facile dans la plupart des cas; les malades dépeignent bien leur affection; l'exploration de la verge chez un malade qui accuse une courbure anormale de l'organe pendant l'érection fait reconnaître de suite le corps du délit.

Deux affections peuvent induire en erreur : les tumeurs du pénis ou l'ossification de la verge.

Les *nodosités du cancer* succèdent toujours à une lésion néoplasique du gland ou du fourreau; les noyaux sont douloureux, même pendant la flaccidité; ils siègent aux centres des corps caverneux, mais deviennent rapidement adhérents à la peau. Ils ont tendance à s'ulcérer à la longue. Tous ces caractères, joints à une augmentation progressive de volume, à l'engorgement ganglionnaire, aux traînées de lymphangite cancéreuse, permettront d'éviter l'erreur.

Les *tumeurs bénignes* de toute nature : enchondromes, fibromes, ostéomes et leurs combinaisons ressemblent aux indurations plastiques par leur délimitation nette, le peu de douleurs qu'elles déterminent. On les reconnaîtra cependant à leur accroissement lent, il est vrai, mais progressif et à leur volume plus considérable que celui des indurations.

L'*ossification du pénis* donne des symptômes tout différents. La tumeur est de consistance pierreuse, et le pénis toujours rigide.

Si le diagnostic est hésitant, on devra pratiquer la radiographie qui, entre les mains de Grunmach, Buchske, Sacher, a permis d'affirmer l'existence de tissu cartilagineux ou véritablement osseux suivant qu'il se formait sur l'épreuve une tache noire ou seulement une partie légèrement foncée.

De quelle nature est cette induration? C'est le point véritablement délicat du diagnostic; en effet, quand on trouve une donnée étiologique, il ne faut pas ranger tout de suite le cas dans le groupe correspondant; on doit s'assurer que les données cliniques et l'évolution répondent bien à telle ou telle variété.

Les *indurations traumatiques* succèdent à une rupture des corps caverneux dans un faux pas du coït le plus souvent. La douleur au moment de l'accident, le gonflement et l'ecchymose qui l'ont suivie permettent d'établir l'origine de la lésion. L'induration présente des caractères spéciaux : elle siège à l'intérieur des corps caverneux, elle est irrégulière et ne présente pas les contours lisses des autres indurations.

Les *indurations syphilitiques* sont d'un diagnostic difficile : ce sont surtout des lésions tertiaires du volume d'une noisette, indolentes; elles ont en somme le même siège que les indurations spontanées.

Le seul critérium est évidemment le traitement spécifique suffisamment intense et prolongé; cependant le traitement n'agit guère que lorsque la lésion est récente, quand la sclérose est complète, la médication anti-syphilitique n'a plus aucune action.

On pourra encore reconnaître le nodus syphilitique à ce fait qu'il a possédé, à un moment de son évolution, un volume beaucoup plus considérable qu'à l'époque où on le constate : cette rétrocession est tout à fait caractéristique; elle n'existe dans aucune autre variété d'induration.

Quoi qu'il en soit, le traitement mercuriel et ioduré doit toujours être essayé dans les cas d'induration des corps caverneux chez un syphilitique. S'il s'agit d'une gomme en évolution, la tumeur rétrocédera; si la médication reste sans effet, la marche de la maladie avec sa période d'augment et de diminution permettra de reconnaître s'il s'agit d'une lésion syphilitique ou d'un nodus véritable.

Les *indurations blennorragiques* ne seront pas confondues avec les infiltrats gonorréiques péri ou para-urétraux. Les inflammations péri-urétrales, comme l'enseigne Lesser, peuvent s'observer tout le long du canal, surtout à l'intérieur du corps spongieux, mais parfois aussi dans les corps caverneux où elles forment un noyau sensible, atteignant le volume d'une prune et qui, gênant l'érection, produit la « corda venerea ». Si ces inflammations sont bénignes, elles se résorbent et la « restitutio ad integrum » s'ensuit; si, au contraire, l'infiltration est plus virulente, elle aboutit à la suppuration, formant des abcès péri-urétraux s'ouvrant soit à la peau soit simultanément au dehors et en dedans, donnant des fistules urinaires.

Les plaques indurées qui succèdent à ces inflammations seront donc facilement reconnues des indurations plastiques spontanées à évolution lente, indolore.

Les infiltrats para-urétraux sont localisés entre les deux feuillets du prépuce, sur la peau du pénis ou sur le gland, et seront peu troublants pour le diagnostic.

Les *indurations spontanées* avec ou sans cause générale seront reconnues à la lenteur de leur développement, à l'absence de toute réaction locale et surtout à l'âge du sujet et à la localisation au niveau de l'enveloppe fibreuse des organes érectiles.

Il faudra dépister avec soin la goutte, le diabète, le rhumatisme, avant de conclure à l'absence de cause générale dans la production de l'induration fibreuse.

IX

Traitement. — Il sera général et local, et approprié à la cause de l'induration.

Traitement général. — Les *indurations syphilitiques* et gommeuses seront traitées par la médication mercurielle et iodurée si l'on observe l'affection à son début, alors seule-

ment on peut avoir quelques chances de succès : on connaît ainsi plusieurs observations de guérison au moins passagères.

Les indurations fibreuses ne se résorbent guère et résistent à tout traitement.

La Peyronie croyait avoir trouvé un spécifique dans les eaux de Barèges qui lui auraient donné trois guérisons persistantes dans des cas regardés comme incurables. Il faut dire que les mêmes eaux n'ont donné aucun résultat à Ricord, qui pouvait dire : « J'ai tenté tous les topiques et toutes les eaux, je n'ai jamais obtenu d'amélioration. »

Les préparations iodées et arsenicales ont été données sans résultat (3 grammes d'iodure de potassium, et 3 milligrammes d'acide arsénieux trois fois par jour en pilules n'ont produit aucun effet).

Cependant Trinquand, dans un cas de ce genre, a eu un bon résultat par l'iode à l'intérieur, les bains locaux fréquents, l'arséniate de soude et les emplâtres mercuriels.

Reliquet a eu une guérison complète par l'arsenic à l'intérieur et les bains arsenicaux.

Sacher, encouragé par les succès que Hebra jeune (de Vienne) avait obtenus par les injections de thiosinamine (qui est un Allylsulfocarbonid) pour la résolution complète du tissu de cicatrice, essaya sur les conseils de Neisser des injections sous-cutanées d'une solution à 10 p. 100 de thiosinamine, dont on injectait tous les deux jours une seringue de Pravaz, mais dans aucun cas il n'eut de résultat appréciable, et dans un cas il fit pourtant jusqu'à 35 injections.

Le TRAITEMENT LOCAL comprend tout l'arsenal des substances émollientes, résorbantes telles que : onguent gris, onguent à l'iodure de potassium, à l'iodoforme, badigeonnages à la teinture d'iode, l'emploi de savons mercuriels, salicylés, les enveloppements à l'acide borique, etc.

On essayera le massage, la faradisation : mais sans espoir d'amélioration.

A une époque où les interventions chirurgicales se faisaient rarement, Jacques Houllier avait pensé à un traitement orthopédique et prétend avoir corrigé par une intervention particulière un vice de la verge dû à une induration vérolique. Voici comment il s'explique : « J'ai vu, dit-il, un homme qui ayant le membre viril recourbé, ne pouvait engendrer, parce que la semence restait toujours au col de la matrice ; je lui fis faire un tuyau de plomb ou d'argent d'une grosseur convenable où je faisais emboiter la verge, et je fis tenir à l'entour des attelles, que l'on eut soin de lier. Par ce moyen la verge de cet homme se redressa, comme elle était naturellement, et il eut des enfants. »

« Quoique ce discours soit assez obscur, dit Astruc qui le rapporte, on ne laisse pas de voir quelle était l'intervention dont se servit cet auteur : ainsi, tous ceux qui en auront besoin pourront en faire eux-mêmes l'épreuve. »

Il faudra, au contraire, l'éviter avec soin ; car bien des malades ont tendance à opérer eux-mêmes le redressement de la déviation ; et il s'ensuit, comme nous l'avons vu, des tiraillements dans le tissu scléreux, des ruptures des trabécules voisins de l'induration, et une aggravation de l'affection.

Le traitement chirurgical ne devra être fait qu'en dernier ressort, et seulement sur la demande expresse du malade. L'ablation a du reste été très rarement tentée et ne doit pas avoir, *a priori*, de résultats appréciables. L'ablation du nodus, créant un tissu cicatriciel par le fait même de l'exérèse, ne saurait avoir d'effet curateur.

Il faut de plus songer avant d'intervenir à l'existence possible du diabète qui est une contre-indication formelle à l'intervention.

Il est un cas cependant dans lequel l'intervention peut être suivie de résultat, c'est lorsque l'on se trouve en présence d'une tumeur unique et latérale. Baudens, dans le *Traité des plaies par armes à feu*, rapporte l'histoire d'un militaire qui avait reçu une balle dans le corps caverneux droit. Le pénis présentait, après cicatrisation, une incurvation considérable à droite. Sur les instances du malade, Baudens imagina de pratiquer sur le côté sain une lésion analogue à celle qu'avait subie le côté opposé ; il fit alors deux incisions profondes dans la substance du corps caverneux du côté gauche ; au fond de ces incisions il mit une mèche de charpie afin de faire suppurer la plaie et d'obtenir une cicatrice adhérente et déprimée.

Le résultat fut excellent. Cette opération n'est évidemment pratiquable que dans les cas de lésions unilatérales.

TRAITEMENT PAR L'ÉLECTROLYSE. — Ce traitement a été tenté par M. Rochet sur deux malades ; et sur l'un après un échec d'extirpation qui avait laissé la verge aussi courbée qu'auparavant.

L'électrolyse a l'avantage de faire résorber des tissus fibreux pas trop anciens ou des exsudats encore inflammatoires ; tandis que l'extirpation, sur des sujets qui ont une tendance à faire des cicatrices exubérantes analogues aux chéloïdes que l'on voit sur la peau de certains sujets prédisposés, risque évidemment de reproduire de nouvelles cicatrices.

Un seul des malades a été revu ; c'est celui de l'observation IV.

Cinq mois après le traitement, il présentait une diminution considérable de la plaque dorsale. Il avait subi cinq séances d'électrolyse faites avec de petites aiguilles de platine, enfoncées directement au sein de la masse, avec un courant allant jusqu'à 15 ou 20 milliampères, en commençant, du reste, par de faibles intensités, et laissées appliquées sept ou huit minutes.

Les troubles de l'érection ont disparu, mais il reste encore un peu de coudure.

On ne peut rien tabler d'un seul cas ; mais c'est un traitement à essayer sur une vaste échelle, en raison de sa simplicité et de l'échec de tous les autres.

Le rôle du médecin n'est pas cependant tout à fait nul devant cette affection ; il devra recommander aux malades de ne pas essayer de redresser l'incurvation de leur pénis et les prévenir des désordres auxquels les exposeraient de semblables manœuvres : ruptures de la verge, aggravation de la lésion préexistante. Il devra prévenir également le malade des dangers du coït avec faux pas fréquents, rupture possible des corps caverneux.

Il sera prudent enfin de déconseiller le mariage en avertissant le malade de l'aggravation possible des déviations et de la gêne qu'elles apportent au coït. Ceci doit surtout se faire quand l'induration fibreuse commence à se produire et que la déviation n'est pas encore très accentuée.

Il ne reste le plus souvent au médecin que la ressource de consoler le malade en lui montrant l'innocuité de l'affection.

Voici quatre nouveaux cas que notre maître M. Rochet a observés et a bien voulu nous communiquer :

Observation I. — G..., âgé de quarante-huit ans. Ni syphilis, ni blennorragie dans ses antécédents. Sujet un peu goutteux.

Porteur d'une petite tumeur du volume d'une petite noisette dans la verge du côté gauche. Cette tumeur siège dans la partie moyenne du corps caverneux gauche, près de son enveloppe fibreuse qu'elle soulève par une petite bosselure arrondie; elle se prolonge dans l'épaisseur du corps caverneux. Elle n'est le siège d'aucune douleur spontanée, mais gêne considérablement l'érection et coude la verge de son côté, pendant cette érection, de façon à rendre le coït très difficile.

Rien n'a pu faire disparaître cette tumeur, ni frictions, ni massages, ni iodure de potassium. Le malade ne s'est pas prêté à une opération.

Obs. II. — X..., âgé de quarante ans. Marié, père de famille, a eu des blennorragies, mais jamais de syphilis. Pas de manifestations arthritiques nettes.

Porteur de deux petits noyaux indurés dans l'épaisseur des corps caverneux, l'un du volume d'un gros pois situé à droite, un peu en arrière du gland, l'autre sous forme de plaque ovalaire sous la capsule fibreuse, du volume d'un haricot, et plus en arrière que le précédent près de la racine de la verge, à droite de la ligne médiane.

Ces noyaux sont parfois, dit le malade qui est assez névropathe, le siège de petites douleurs lancinantes; leur palpation, même forte, n'est cependant pas douloureuse, un peu plus sensible qu'ailleurs cependant. Leur présence ne gêne pas beaucoup l'érection, comme direction du pénis tout au moins; mais pendant cet état physiologique, le pénis semble moins gros et légèrement incurvé du côté droit.

Les traitements variés locaux et généraux (iodure, alcalins, pommades) n'ont eu aucune influence sur la résorption de ces produits.

Obs. III. — D..., âgé de quarante-cinq ans. Une blennorragie assez rebelle dans les antécédents. Pas de syphilis, pas de goutte. Quelques manifestations de cet état vague et obscur dénommé arthritisme.

Porteur d'une longue et large traînée indurée dans le corps caverneux gauche commençant derrière le gland et s'étendant à 2 centimètres et demi environ en arrière, en même temps qu'on la sent s'enfoncer assez profondément dans l'épaisseur du corps caverneux.

Cette dureté déforme la verge, même en dehors de l'état d'érection, et on sent que le pénis est rétracté, et comme tassé à ce niveau. Pendant l'érection la déformation devient considérable, et la verge coudée fait un angle brusque au niveau de la sclérose caverneuse.

L'indication opératoire était ici manifeste, et le malade l'avait acceptée en principe, devant l'échec de tous les traitements médicaux tentés. Malheureusement il n'a pas été revu, et nous ne savons ce qu'il en est advenu.

Obs. IV. — G... (Rémy), cinquante-huit ans, a été opéré dans le service de M. Rochet pour un abcès périrectal. Il vient à la consultation des voies urinaires, se plaignant de troubles dans l'érection sur lesquels il s'explique très mal. Le canal est libre : sonde n° 20 passe facilement. Un examen plus attentif de la verge montre sur le dos de l'organe une petite tumeur allongée, quadrangulaire, lisse, faisant corps avec les organes érectiles; la peau est mobile sur l'induration.

Le siège du nodus est à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs; il présente en avant et en arrière des prolongements durs qui s'avancent sous forme de cordons. Ces appendices se poursuivent en avant jusqu'au gland, et en arrière jusqu'à la symphyse pubienne.

Pendant l'érection la verge est fortement courbée en haut : la courbure générale est assez régulière et ne forme pas de coudure brusque. Le gland est tourné complètement du côté de l'hypogastre, et le malade dit lui-même que s'il urinait étant en érection, il se pisserait sur le ventre. Le coït est impossible, depuis deux ans, date de l'apparition de cette tumeur. L'éjaculation est à peu près normale; elle ne se fait pas en bavant; ce qui tient sans doute à la courbure de la verge érigée sans coudure.

Il nous a été impossible de trouver une cause occasionnelle vraiment probante de l'apparition de cette tumeur. Jamais de syphilis; plusieurs blennorragies, il est vrai, mais la dernière remonte à vingt ans; pas de goutte militaire depuis. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre; pas de traumatisme. Il n'a pas eu d'attaque de rhumatisme, on ne relève guère qu'une sciatique dans son passé pathologique. Pas de ganglions inguinaux.

En somme, nos quatre observations viennent encore augmenter le nombre des indurations du pénis sans antécédents, elles rentrent dans le dernier groupe que nous avons étudié; comme nous l'avons vu à ce propos : l'âge seul du malade permet de concevoir leur mode d'apparition; il résulte probablement d'un travail physiologique à tendance fibreuse qu'accentue une prédisposition inconnue.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Bourses de doctorat. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu le mardi 28 octobre 1902. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie où ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 18 octobre, à quatre heures.

En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consistent en compositions écrites :

Seront admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. — L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angéiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire. Les épreuves sont : *a*. une épreuve d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie; *b*. une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire. Les épreuves sont : *a*. une composition de médecine; *b*. une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire. Les épreuves sont : *a*. une composition de médecine; *b*. une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Les candidats qui justifient de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir

sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

Hôpitaux de province. — *Rouen.* — Un concours pour la nomination à trois places d'internes en médecine aura lieu le jeudi 20 novembre 1902. Les épreuves commenceront à quatre heures, à l'Hospice-Général, salle des séances.

La Commission administrative des Hospices se réserve le droit d'augmenter le nombre des places mises au concours si de nouvelles vacances se produisaient avant le 31 octobre 1902.

Les candidats devront se faire inscrire avant le 5 novembre au plus tard.

Les internes sont logés et nourris dans l'hôpital où ils font leur service et reçoivent en outre un traitement annuel de 600 francs.

Marine. — M. le médecin principal Arène est désigné pour embarquer sur le *Jauréguiberry* (escadre de la Méditerranée).

M. le médecin principal Millou, du port de Lorient, embarquera le 1er octobre prochain sur le *Courbet* (force navale de l'Atlantique).

M. le médecin de première classe Amouretti, du port de Toulon, réservé pour les escadres, embarquera le 1er octobre prochain sur le *Galilée* (escadre de la Méditerranée).

M. le médecin en chef de deuxième classe Frison est désigné pour faire partie de l'état-major de M. le vice-amiral Pottier, nommé au commandement en chef de l'escadre de la Méditerranée.

M. le médecin de première classe Viancin, du port de Cherbourg, est désigné pour remplir les fonctions de médecin résidant à l'hôpital maritime de Lorient.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Groslier (de Châtelguyon) est nommé officier de l'Instruction publique.

MM. les docteurs Cruet (de Paris), Domeck (de Crémieu), Pradal et Vabre (de Béziers) sont nommés officiers d'Académie.

Concours pour l'érection, en Angleterre, d'un sanatorium de tuberculeux. — *Liste des prix accordés.* — Le comité de délibération chargé, par S. M. le roi d'Angleterre, de l'érection d'un sanatorium de tuberculeux, fait savoir que 180 travaux ont été présentés au concours pour les trois prix offerts par Sa Majesté et annoncés en janvier dernier dans les journaux de médecine. Le comité a reconnu les travaux ci-dessous comme les meilleurs et, avec l'approbation du roi, les prix ont été décernés dans l'ordre suivant :

Premier prix. — Devise : « Give him air; he'll straight be well » : docteur Arthur Latham (Londres). Architecte : William West (Londres).

Deuxième prix. — Devise : « If preventable, why not prevented ? » : docteur F. J. Wethered (Londres). Architectes : Law et Allen (Londres).

Troisième prix. — Devise : « Vis medicatrix naturæ » : docteur E. C. Morland (Croydon). Architecte : G. Morland (Croydon).

En outre, ont été accordées des mentions honorables aux travaux suivants :

a. « Fac recte, nil time » : docteur P. S. Hichens (Northampton). Architecte : R. W. Schuetz (Londres).

b. « Open, air, everywhere » : docteur Turban (Davos). Architecte : J. Cros (Zurich).

c. « Honesta quam magna » : docteur Jane Walker (Londres). Architectes : Smith et Brewer (Londres).

d. « Humus » : docteur J. P. Will (Bexhill). Architecte : Wills (Londres).

Londres en août 1902.

W. H. Broadbent, président.
R. Douglas Powell, Félix Semon, Hermann Weber, C. Théodore Williams.
P. Horton Smith, John F. H. Broadbent, secrétaires.

Le cours et les manipulations au service d'analyse et de chimie appliquée à l'hygiène (troisième année) commenceront en novembre.

Ce cours s'adresse spécialement aux pharmaciens, médecins et chimistes industriels.

S'adresser pour renseignements, Institut Pasteur, 26, rue Dutot.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17


YOST
« Porte-plume YOST en or »
à réservoir d'encre.
PRIX : 12.50, 17.50 et 20 francs.
Cie de la Machine à écrire « YOST ».
PARIS, 36, boulev. des Italiens, 36, PARIS
CATALOGUE FRANCO SUR DEMANDE

N° 107. — MARDI 23 SEPTEMBRE 1902. 75e ANNÉE. MARDI 23 SEPTEMBRE 1902. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DES CONDITIONS QUI LIMITENT LA TOLÉRANCE DES TISSUS PÉRI-APPENDICULAIRES

A L'ÉGARD DES CALCULS STERCORAUX PROVENANT DE L'APPENDICE

Par J. TOUBERT,
Médecin-major de l'armée, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Depuis que l'appendicite est traitée chirurgicalement, on sait combien sont fréquents les coprolithes. Pour ne donner qu'une statistique, celle de Lengfeld (citée par Jalaguier in *Bull. de la Soc. Chir.*, 1892, p. 403) relève sur 459 cas colligés 179 coprolithes et 16 corps étrangers proprement dits. On sait aussi que l'intolérance est la règle pour les calculs de l'appendice. Quénu (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1899, p. 126), recherchant sur 200 sujets pris à l'amphithéâtre les traces d'appendicites guéries, a trouvé 30 fois des adhérences périappendiculaires, mais jamais de calculs, d'où il conclut que la présence de ces calculs est incompatible avec la guérison. D'autre part les autopsies ou biopsies accompagnant les nombreuses observations présentées à la Société de chirurgie depuis une douzaine d'années démontrent que le calcul stercoral n'est en principe toléré ni par l'appendice avant la perforation de celui-ci, ni par le péritoine ou le tissu sous-péritonéal après la perforation de l'appendice.

Nous avons eu la bonne fortune d'observer un malade chez qui cette tolérance a été d'assez longue durée et c'est en raison de sa rareté, d'une part, de son intérêt clinique, d'autre part, que notre cas mérite d'être relaté en détail.

En rapprochant de notre observation personnelle certains cas communiqués à la Société de chirurgie, et en particulier ceux de Quénu et de Berger, nous nous proposons d'étudier les conditions qui limitent la tolérance des tissus périappendiculaires à l'égard des coprolithes et les indications cliniques et thérapeutiques qui en découlent.

Observation personnelle. — Per..., vingt-cinq ans, sergent d'infanterie, sans antécédents pathologiques héréditaires et sans autres antécédents personnels qu'un embarras gastrique léger en 1898, a été pris subitement, à la fin de mars 1902, au cours d'une permission, de vomissements subits, accompagnés de violentes douleurs dans l'abdomen, plus accentuées dans la fosse iliaque droite. Température : 39°5. Le diagnostic porté fut celui d'appendicite. Traitement par le repos au lit, le régime lacté, la glace et ultérieurement les pointes de feu. La douleur persiste pendant quinze jours, puis va en diminuant. Le malade, rentré dans sa garnison, est envoyé à l'hôpital, où il reste un mois : de là il revient à Paris en convalescence. La douleur spontanée a disparu, mais le palper provoque encore de la douleur et le 31 mai le malade entre au Val-de-Grâce, pour être opéré à froid.

État actuel. — Ventre plat et souple. La palpation de la fosse iliaque droite réveille une légère douleur; elle indique une tuméfaction assez vague, diffuse, dans la profondeur, autour du cæcum. Sauf un peu de constipation habituelle, le malade est en bon état de santé.

Opération. — Le 7 juin, avec l'assistance de mon collègue et ami le professeur agrégé Jacob, j'interviens. Sur le bord externe du muscle grand droit, incision verticale dont le milieu répond à la ligne ombilico-iliaque passant par le point de Mac Burney. Il faut, pour trouver l'appendice, attirer hors de l'abdomen le cæcum tout entier; l'appendice, qui est rétro-cæcal, apparaît alors, recroquevillé en « queue de porc »; il est rouge à la surface, très dur au palper, régulier; il ne mesure que 6 millimètres de calibre environ et 3 à 4 centimètres de long. Ces dimensions exiguës frappent un des assistants qui s'écrie : « Cela vaut-il la peine d'enlever si peu de chose? »

Autour de l'appendice, en arrière surtout, quelques adhérences ont été rompues, sans difficulté du reste, et l'excision a été facile, après ligature du méso et de l'appendice. Thermocautérisation de la surface muqueuse : réduction du cæcum. Suture classique de la paroi en trois étages.

Examen de l'appendice : épaississement des parois, qui sont dures et résistent au bistouri, rétrécissement de la lumière, uniformément réparti sur tout l'organe.

Le soir de l'opération, le malade va bien : sa température est de 37°2. Mais le thermomètre monte le lendemain matin à 38°3, marque le soir 37°9, puis redescend et reste pendant deux jours autour de 37 degrés. A partir du 10 juin, la température dépasse 37 degrés, oscillant sans régularité autour de 37°5, atteignant parfois 38 degrés. L'état général est très satisfaisant, le pouls excellent. Le pansement est changé le 13 juin; la réunion ne s'est pas faite; les fils de suture cutanée sont enlevés; il s'écoule un peu de sang mêlé de pus; les sutures paraissent avoir été infectées du fond vers la surface.

Malgré le drainage réalisé par la réouverture de l'incision opératoire, la fièvre persiste. Après une apyrexie de deux jours, les 16 et 17, le thermomètre remonte et décrit des

oscillations entre 37 et 37°5 le matin, entre 38 et 39 degrés le soir : on pense à de la tuberculose péricæcale, en raison de l'état général qui est peu brillant, alors que l'état de l'abdomen n'est nullement inquiétant.

Le 27 juin, réouverture de l'abdomen, sous le chloroforme, par M. Jacob : on trouve le cæcum, d'aspect normal, un peu rouge et épaissi, mais il n'y a autour ni pus, ni membranes fibrineuses; par prudence, il n'est pas fait d'exploration sur les côtés et en arrière du cæcum.

Le 30 juin, la température atteint le soir 39°5 et le malade accuse une vive douleur sous les fausses côtes droites. Ces douleurs persistent et s'exagèrent les jours suivants. Le 4 juillet, M. Jacob intervient à nouveau et cette fois par une incision lombaire, l'incision classique de l'abcès périnéphrétique, et il trouve, au fond de la fosse lombaire, un abcès peu volumineux mais très profond, qui est drainé par deux tubes de caoutchouc. Le 5 juillet, la température descend, pour ne plus remonter au-dessus de 37 degrés. L'état général s'améliore rapidement. Le 14 juillet, dans le drain, on trouve, en changeant le pansement, un calcul long de 2 à 3 centimètres, large de 5 millimètres, en forme de noyau de datte à extrémités émoussées, de consistance très dure : c'est un calcul stercoral, dont la forme révèle l'origine certainement appendiculaire.

Les drains sont enlevés le 20 juillet. Le malade quitte l'hôpital le 11 août, complètement guéri, et ne présente ni éventration, ni même impulsion au niveau de sa cicatrice abdominale.

Cette observation mérite d'être examinée en détail aux points de vue suivants :

1° Nature des lésions appendiculaires et péri-appendiculaires;

2° Pathogénie des accidents observés;

3° Diagnostic et traitement.

1° Nature des lésions appendiculaires et péri-appendiculaires. — a. *Perforation de l'appendice.* — Elle est indiscutable. Certes elle n'a pas été constatée *de visu* dans notre cas au cours de l'intervention; mais la découverte ultérieure d'un calcul, qui ne pouvait être qu'appendiculaire, démontre que cette perforation a dû exister fatalement à un moment donné. Cette perforation a-t-elle été latérale ou terminale? La première hypothèse paraît devoir être rejetée pour notre cas, d'après l'examen de l'appendice *intus et extra*.

b. *Amputation spontanée de l'appendice.* — La brièveté de l'appendice ne suffit pas pour affirmer la suppression de son extrémité terminale : en effet l'anatomie enseigne que la longueur de l'appendice varie de 3 à 15 centimètres. Mais la possibilité de l'amputation spontanée de l'appendice est bien démontrée par de nombreuses interventions, après lesquelles, l'abcès ouvert, l'appendice s'est éliminé spontanément, soit immédiatement, soit quelques jours après. Dans une intéressante observation de Quénu (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1898, p. 423), le processus d'amputation spontanée a été en quelque sorte saisi sur le vif.

Observation de Quénu. — Appendicite aiguë un an auparavant. Deuxième crise datant de six semaines. Opération : appendice rétro-cæcal. « L'appendice enlevé, nous constatons qu'il se compose de deux portions complètement séparées l'une de l'autre et seulement réunies par des adhérences solides anciennes; le tronçon continu avec le cæcum paraît normal; le tronçon périphérique est absolument clos et séparé par un intervalle de 1 centimètre du tronçon central : cependant il existe un petit pertuis correspondant à l'abcès constaté précédemment. Ce même tronçon renferme une concrétion calcaire; une culture faite avec le contenu donne un résultat positif au bout de vingt-quatre heures. De ces constatations très rigoureusement faites, il me paraît possible de tirer les conclusions suivantes : les adhérences qui réunissent les deux tronçons d'appendice attestent par leur organisation, leur solidité et l'absence de toute concrétion jaunâtre, que le processus de segmentation répond à la première attaque, celle d'il y a un an. La deuxième attaque, celle d'il y a six semaines, s'est développée manifestement autour d'un segment clos de toutes parts. »

Une autre observation, due à Berger (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1900, p. 1089), est comparable à la précédente.

Observation de Berger. — Enfant opéré à froid après plusieurs poussées d'appendicite. A la palpation, ni tuméfaction, ni sensation anormale. A l'opération, « on trouve le cæcum entouré d'adhérences : l'appendice, très volumineux à sa base, s'était sectionné spontanément; en arrière du cæcum, dans une cavité constituée par le fond de l'appendice, était le calcul stercoral, qui avait les dimensions de la dernière phalange du pouce (3 centimètres de long, sur 2 de large et 1 d'épaisseur); il était très dur et entouré d'un foyer circonscrit de suppuration. »

Il est à noter que, dans ces deux cas et dans le nôtre, il s'agissait d'appendices en position rétro-cæcale. Est-ce une simple coïncidence due au hasard? Il faudrait de plus nombreux cas pour résoudre cette question; en tout cas le fait est à retenir.

c. *Réaction péri-appendiculaire.* — Si le calcul intra-appendiculaire peut être considéré à la rigueur aussi bien comme l'effet que comme la cause de la réaction inflammatoire de l'appendice, il ne peut pas en être de même d'un calcul devenu libre hors de l'appendice. Ici c'est bien le calcul qui est la cause de l'infection. Selon les cas, l'infection aboutira à un abcès sous-péritonéal, à une péritonite enkystée ou à une péritonite généralisée ou enfin, si la résorption spontanée se produit, à quelques adhérences. Le calcul toléré sans réaction est certainement l'exception et le cas de Routier, concernant un étudiant valaque (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, p. 171) est probablement unique. La septicité du calcul n'est pas à démontrer. Quant aux adhérences péri-appendiculaires, on sait fort bien qu'elles recèlent des germes septiques à la période aiguë de l'appendicite; mais il est en outre prouvé par un nombre important de faits colligés par une élève de Roux, Mlle von Mayer (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1897), que les foyers microbiens persistent très longtemps dans les débris d'appendices et les adhérences péri-appendiculaires.

2° Pathogénie des accidents observés. — Dans les cas de Quénu et de Berger relatés plus haut, il est explicitement noté que les malades n'en étaient pas à leur première crise d'appendicite. On est donc autorisé à supposer que les germes infectieux qui « sommeillaient » dans les tissus péri-appendiculaires ont été réveillés par l'action de causes locales ou générales variables, mais en tous cas indépendantes du chirurgien.

Dans notre cas, il est hors de doute que c'est l'intervention qui a réveillé les germes latents. Le calcul était peut-être libre dans la fosse lombaire depuis la fin de la première crise d'appendicite, et il y est resté à peu près toléré pendant *plus d'un mois*, grâce sans doute à une sorte de coque d'enkystement. Les mouvements nécessaires pour amener le cæcum hors de l'abdomen ont dû fatalement léser cette

barrière protectrice. On connaît les dangers de la libération des adhérences dans les appendicites opérées à chaud. Pour être moins grands, ces dangers sont-ils à nier dans les appendicites opérées à froid ou presque à froid? Or, depuis qu'ils opèrent de plus en plus volontiers à froid, les chirurgiens constatent de plus en plus souvent que les appendicites dites refroidies peuvent n'être telles qu'en apparence: le cas de Berger en est un exemple frappant. Dans notre cas, on ne peut incriminer une infection apportée du dehors: en effet, la marche de la température, l'état du pouls, l'absence de réaction abdominale précoce ne cadrent pas avec l'hypothèse d'une infection d'origine opératoire, d'autant plus inadmissible d'ailleurs que les complications septiques des opérations aseptiques sont depuis longtemps inconnues dans le service où a été opéré notre malade.

Septicité du calcul, septicité des tissus atteints par la réaction péri-appendiculaire, tels sont en somme les facteurs des accidents tardifs observés dans les cas analogues au nôtre.

3° Diagnostic et traitement. — Ces deux questions de pratique ne sauraient être disjointes. C'est, en effet, au cours de l'opération que se fait le diagnostic, et l'intervention est à la fois exploratrice et curatrice.

a. *Calcul stercoral.* — Son existence doit toujours être au moins soupçonnée, puisque la statistique de Lengfeld indique la présence de coprolithes une fois sur deux et demie environ (exactement 179 sur 459). Ce calcul est fort heureusement, il est vrai, plus souvent intra qu'extra-appendiculaire. Toutefois, il sera prudent d'explorer la région péricæcale et péri-appendiculaire, afin de ne pas « enfermer le loup dans la bergerie ». Cette exploration sera particulièrement minutieuse quand l'état de l'appendice, en particulier sa brièveté, sa minceur et l'absence de calculs dans sa cavité pourront laisser supposer qu'il s'est fait une amputation spontanée.

b. *Réaction péri-appendiculaire.* — Quand, au cours de l'intervention faite à froid, on trouve des lésions péritonéales, même minimes, suffisantes pour démontrer que l'appendicite n'est en vérité que « tiède » et non pas absolument refroidie, il y a intérêt à ne pas fermer complètement toute l'incision opératoire. Un drain, unique mais gros, sera une soupape de sûreté. Il atténuera à coup sûr la réaction déterminée par la reviviscence des germes latents mis en liberté dans un foyer septique par l'intervention, si aseptique que soit celle-ci. Si un corps étranger péri-appendiculaire existe, et s'il est libre, il s'éliminera par ce drain. Si la réaction inflammatoire immédiate ne se produit pas, le drain enlevé tôt ne retardera guère la guérison et ne compromettra pas l'état de la paroi. Si la réaction est tardive, c'est-à-dire si le calcul stercoral a été méconnu, le malade peut encore guérir spontanément: la migration du calcul dans la fosse iliaque ou la fosse lombaire a été signalée, par Israël entre autres (cité par Moty, in *Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, p. 162). Son expulsion par une fistule persistant après une opération faite à chaud, ouverture d'abcès sans excision de l'appendice, est possible, même après un laps de temps assez long, quatre mois, par exemple, dans un cas de Mordret relaté par Potherat (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1899, p. 224).

De la lecture des faits cliniques, accumulés en France pendant ces dernières années, il est permis de tirer les conclusions suivantes:

1° Dans les opérations d'appendicite à froid, il y a lieu de songer à l'existence possible de calculs stercoraux péri-appendiculaires;

2° La réaction septique développée autour du calcul est la règle, et la tolérance du péritoine ou du tissu sous-péritonéal, quelquefois assez longue, ne peut être que limitée;

3° Le drainage est prudent après les opérations d'appendicite incomplètement refroidie, surtout si l'on a des raisons de croire à l'existence d'un coprolithe extra-appendiculaire.

IIe CONGRÈS D'ÉLECTROBIOLOGIE & D'ÉLECTROTHÉRAPIE

(BERNE, 1er-6 SEPTEMBRE 1902)

SOUS LA PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR DUBOIS (DE BERNE)

Rapport sur l'état actuel de l'électro-diagnostic. [M. Cluzet (de Toulouse), professeur agrégé.] — L'auteur passe d'abord en revue les différentes réactions électriques, réaction de Duchenne, réaction d'Erb, réaction de Doumer, etc. Il signale ensuite la tendance qui se manifeste d'utiliser de plus en plus le condensateur dans les recherches d'électro-diagnostic. Dubois et Zanietowski ont toujours constaté avec ce procédé une constance et une régularité parfaite dans les résultats. Avec le condensateur on peut, grâce à la loi de M. le professeur Weiss, avoir la grandeur exacte de l'excitation reçue par les nerfs et les muscles. Depuis quelque temps, le tableau des conditions particulières dans lesquelles apparaissent les réactions élémentaires pour une affection donnée, a reçu le nom de syndrome électrique de l'affection. Ces syndromes sont très nettement déterminés pour un certain nombre de maladies, maladie de Thomsen, dégénérescence traumatique des nerfs, paralysie faciale par exemple. Beaucoup d'autres syndromes ont été étudiés dans ces derniers temps par Capriati (réaction antagonistique caractéristique de la polynévrite), Oddo et Darcourt (syndrome de la paralysie familiale périodique), Hoffmann, Roger et Detot (tracés se rapprochant de ceux du muscle fatigué obtenu dans la variole expérimentale), enfin syndrome du professeur Bianchi dans la paralysie générale progressive.

Rapport sur les accidents dus aux rayons X. [M. Oudin (de Paris).] — Les accidents dus aux rayons X sont locaux ou généraux. Les accidents généraux consistent en vomissements, palpitations, tremblements semblables à ceux de l'alcoolisme, troubles de la sensibilité, blépharites, conjonctivites, paraplégie (cas d'Oudin, Barthélemy et Darier).

Les accidents locaux sont aigus ou chroniques. Les accidents aigus consistent: 1° un érythème débutant le lendemain de l'opération, qui se couvre 2° de vésicules, de bulles, de pustules et s'entoure d'une zone pigmentée avec chute des poils. Peu après se produisent des ulcérations superficielles, ensuite des escares sèches, dures, épaisses, persistant pendant très longtemps. Quand elles tombent, elles laissent à nu une surface rouge saignante, qui devient le siège de nouvelles escares. La cicatrice d'aspect de carte géographique est absolument caractéristique. Les accidents de radiodermite chronique débutent par des troubles circulatoires, un épaississement du derme, des altérations des ongles, de l'hyperostose, de l'ankylose des phalanges (Hallopeau). D'après Darier, il y aurait un épaississement énorme de l'épiderme, envahissement des cellules de Malpighi, atrophie des follicules pilosébacés, pigmentation du cho-

rion, augmentation des fibres conjonctives. Rodet et Bertin Sans ont observé des lésions de méningo-myélite.

Les corps radio-actifs : uranium (Becquerel), thorium (Currie), actinium, peuvent donner lieu à des accidents du même ordre. L'auteur étudie ensuite la manière d'éviter les radiodermites et leur mécanisme.

Rapport sur la radiologie et la radiographie des organes internes. [M. Béclère (de Paris).] — Le rapporteur parle d'abord de la production des rayons X, de la manière dont l'ampoule et le patient doivent être placés, de la variation dans la quantité et la qualité des rayons, de la sensibilité lumineuse de l'observateur. Il montre ensuite cet aspect de verre à moitié plein d'encre que présente le thorax du malade atteint d'hydro et pyo-pneumothorax ; il s'étend ensuite sur l'aspect présenté par les épanchements liquides; le déplacement du cœur se perçoit beaucoup mieux par les rayons que par la percussion et l'auscultation.

Si les épanchements interlobaires sont faciles à déceler, il n'en est plus de même de l'épanchement médiastinal. L'emphysème donne une ombre plus claire, la sclérose pulmonaire une opacité qui ne varie pas aux deux temps de l'inspiration, la congestion pulmonaire se décèle par une obscurité des bases, tous les foyers de condensation pulmonaires se traduisent par une opacité anormale (pneumonie, kystes, cancer, gangrène, adénopathie trachéo-bronchique). L'examen radioscopique permet aussi d'étudier les changements survenus dans la situation, la forme, le volume du cœur, de distinguer les dextrocardies acquises des congénitales. La radiographie constitue le procédé de choix pour l'examen de l'aorte, des corps étrangers de l'œsophage, les rétrécissements (avec du bismuth).

Les organes abdominaux sont moins favorables à l'examen, néanmoins l'introduction du bismuth dans le tube digestif (Roux et Balthazard) permet de faire d'intéressantes recherches. L'abcès gazeux sous-phrénique, le pouls veineux hépatique peuvent être vus, il en est de même de la rate, des néoplasmes gastriques. Les calculs hépatiques échappent presque toujours à l'examen, par contre, les calculs rénaux quelque peu volumineux, sont assez facilement perçus. La radiographie enfin permet de localiser les corps étrangers métalliques à l'intérieur des cavités cranienne et rachidienne, elle peut aussi faciliter le diagnostic du mal de Pott.

Rapport sur l'électrolyse chirurgicale. [M. Guilloz (de Nancy), professeur agrégé.] — L'auteur fait un résumé des applications de l'électrolyse aux tumeurs vasculaires, angiomes, lymphangiomes. Il consacre une partie de son mémoire à l'électrolyse des fibromes par la méthode d'Apostoli, et termine par les applications aux rétrécissements des voies lacrymales, urinaires, et à l'épilation.

Rapport sur les dangers des courants industriels. [M. Batelli (de Genève).] — L'auteur s'étend sur des considérations d'ordre physique, sur des expériences faites sur des animaux et sur les relations des autopsies des électrocutés des Etats-Unis. Le rapport se termine par un résumé des soins à apporter aux blessés. Il faut d'abord faire cesser le contact, avec un corps isolant, ou à coups de pied, un courant passant d'une jambe à l'autre n'offrant aucun danger pour le cœur. Il faut ensuite faire usage de tous les procédés utilisés contre la syncope (flagellations, tractions de la langue, etc.).

Près de soixante communications ont été faites. Les unes ont traité de l'électrodiagnostic et l'électrophysiologie : Sudnik a montré l'utilité du condensateur en électrodiagnostic, Dubois a insisté sur le dosage du courant excitateur ; le professeur Weiss (de Paris) a parlé de l'unification des méthodes employées en physiologie et en médecine. Le professeur Chatzky et Moutier ont parlé du traitement des inflammations aiguës par les courants; Delherm, de l'action du courant continu dans les arthrites blennorragiques.

Le système nerveux a servi de sujet à M. le professeur Bergonié (de Bordeaux), qui a pratiqué l'excitation intra-rachidienne chez l'homme avec le courant faradique et a pu constater que les racines rachidiennes et la moelle sont facilement excitées. Le professeur Leduc (de Nantes) a produit le sommeil et l'anesthésie générale et locale avec les courants intermittents.

Le tube digestif a été l'objet de communications de Sala, de Laquerrière et Delherm sur le traitement de la constipation spasmodique et de l'entérocolite, et sur l'influence des traitements gynécologiques sur la constipation, de Bloch sur le même sujet.

Laquerrière a traité des affections périutérines, et des contre-indications du traitement électrique dans les myomes utérins (méthode d'Apostoli).

De nombreux mémoires ont été présentés sur les rayons X par Schiff, Cruchod, le professeur Benedickt (de Vienne), Dessauer, d'Arman, etc. Les hautes fréquences ont servi de sujet à Bergonié (traitement des angiomes plans par les étincelles de haute fréquence), à Bordier (de Lyon) [traitement de l'ozène], à Moutier (résultats thérapeutiques de la d'Arsonvalisation). Guilleminot a apporté un nouveau mode de réglage des résonnateurs de haute fréquence.

La photothérapie et la radiothérapie a été l'objet des communications de Foveau (de Courmelles); de Bordier, de Leuilleux, de Neumann (de Vienne) dans les affections cutanées.

Un grand nombre d'autres communications ont enfin été faites par le professeur Salomonson, Schiff, Luraschi, Mann Grunbach, Libotte, Thiellé, Muller.

Enfin Albert Weill a étudié les services que l'électrothérapie est appelée à rendre en orthopédie.

Le prochain Congrès (IIIe) aura lieu à Amsterdam en 1905, sous la présidence de M. le professeur Wertheim Salomonson.

L. DELHERM,
Interne des hôpitaux.

MÉDECINE PRATIQUE

Quelques formules de médications quiniques.

Peu de substances sont, en médecine, d'un emploi aussi fréquent que la quinine, peu sont aussi difficiles à manier; aussi est-il nécessaire d'avoir à sa disposition quelques formules irréprochables et sûres des médications quiniques. C'est au beau livre que M. Pouchet vient de faire paraître (1) que nous empruntons les intéressants détails qui suivent.

Le plus anciennement employé parmi les sels de quinine est le *sulfate*. La solubilité de ce sel, très faible à l'état nor-

(1) *Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale*, 1902, 3e série, p. 335 et sq. — Paris, O. Doin.

mal, peut être augmentée par l'addition d'acide tartrique ou d'eau de Rabel (une goutte d'eau de Rabel dissolvant cinq centigrammes de sel), comme dans les formules suivantes :

Sulfate de quinine............	1 gramme.
Acide tartrique...............	cinquante centig.
Eau distillée.................	10 grammes.

Sulfate de quinine............	1 gramme.
Eau de Rabel..................	cinquante centig.
Eau distillée.................	10 grammes.

Chaque seringue contient 0gr10 centigr. de sulfate de quinine. Pratiquer les injections dans la couche la plus profonde du tissu cellulaire sous-cutané.

Les injections de sulfate étant toujours irritantes et douloureuses, on a proposé de remplacer ce sel par le *chlorhydrate neutre*.

Chlorhydrate neutre de quinine....	5 grammes.
Eau distillée bouillie... Q. S. pour	10 —

Chaque seringue contient 0gr50 centig. de sel.

Le *chlorhydro-sulfate* de Grimaux est à rapprocher étroitement du chlorhydrate. Il se prescrit ainsi :

Chlorhydro-sulfate de quinine......	8 grammes.
Eau distillée bouillie..............	6 —

Chaque seringue contient 0g50 centig. de sel.

Les injections faites avec ces solutions sont encore assez irritantes : on peut diminuer la douleur en ajoutant à la solution une substance analgésique telle que l'antipyrine, qui jouit encore de l'avantage d'augmenter la solubilité du sel quinique.

Chlorhydrate basique de quinine.	3 grammes.
Antipyrine....................	2 —
Eau distillée bouillie. Q. S. pour	10 cent. cubes.

Une seringue contient 0g30 centig. de quinine.

On peut encore ajouter au *bromhydrate basique* dissous dans l'eau un peu d'alcool : la solution ainsi obtenue serait peu irritante.

Bromhydrate basique de quinine....	1 gramme.
Alcool à 90 degrés................	1g50 centig.
Eau distillée stérilisée............	7g50 —

Chaque seringue correspond à 0gr10 centig. de sel.

Le mélange suivant solubilise les sels basiques et diminue la douleur de l'injection :

Alcool à 95 degrés..............	25 grammes.
Glycérine.......................	35 —
Eau distillée...................	60 —

Employer 1 gramme de sel pour 20 cent. cubes de dissolvant. Chaque seringue correspond à 0gr40 centig. de sel quinique.

L'uréthane exalte encore la solubilité du chlorhydrate (Gaglio).

Chlorhydrate basique.............	3 grammes.
Uréthane........................	1g50
Eau distillée stérilisée............	3 grammes.

Chauffer légèrement. Chaque seringue correspond à 0gr40 centig. de sel.

Le *lactate* et le *valérianate de quinine* peuvent être employés en solution aqueuse simple en raison de leur facile solubilité.

Le *sulfovinate*, provoquant presque toujours des accidents graves, est aujourd'hui abandonné.

Les injections de sels quiniques peuvent se faire dans le tissu sous-cutané, dans les voies respiratoires (Jousset de Bellesme), dans les veines. Cette dernière méthode, due à Baccelli, a l'avantage de produire des effets presque immédiats. On injecte dans une des veines du coude 40, 60, 80, 100 centigrammes de la solution suivante :

Chlorhydrate neutre de quinine...	1 gramme.
Sel marin.........................	75 milligr.
Eau distillée bouillie.............	10 grammes.

Lorsqu'on veut introduire la quinine dans l'organisme par les voies digestives, il faut d'abord corriger son excessive amertume. Dans ce but on a employé la poudre de fenouil ou d'anis qui, dans la proportion de dix parties pour une de quinine, masque la saveur de cette substance; le carbonate de magnésie, dont on mélange six parties à une partie de quinine, les sirops acides (sirops tartrique, citrique), les fruits renfermant une notable proportion de ces acides : groseille, orange, limon. On emploie alors une solution renfermant 1 gramme de sulfate pour 50 grammes de sirop. Le café torréfié donne encore de meilleurs résultats. On fait une infusion de café torréfié (15 grammes de café pour 100 grammes d'eau bouillante), et l'on verse cette infusion sur un mélange de 20 grammes de sucre et de 1 gramme de sulfate de quinine que l'on a triturés ensemble au préalable.

L'amertume du sulfate de quinine est également assez bien masquée par le sirop de quinquina.

Sulfate de quinine...............		1 gramme.
Sirop de quinquina .... Sirop diacode	} *ââ*	20 grammes.
Eau distillée de fleurs d'oranger..		100 —

A faire prendre en deux ou trois fois, à une heure d'intervalle.

En cachets, le sulfate ne doit pas être donné seul, sous peine d'irriter violemment la muqueuse digestive : on doit l'associer à une poudre inerte, ou mieux encore à une substance corrective.

Sulfate de quinine	1 gramme.
Poudre de fleurs de camomille	5 grammes.
Poudre de belladone	vingt centig.

Pour 10 cachets.

La forme pilulaire n'est pas très recommandable. On peut cependant prescrire :

Sulfate de quinine............ Caféine......................	} *ââ*	1 gramme.
Extrait mou de quinquina..........		Q. S.

Pour 20 pilules. — De 4 à 10 par jour.

Si l'on veut associer quinine et arsenic, il ne faut pas s'adresser à l'arséniate de quinine qui est, pour M. Pouchet, une combinaison absolument inconstante et variable. Il vaut mieux associer la quinine et l'acide arsénieux comme dans la *mixture antimalarique de Baccelli*.

Sulfate de quinine...............	4 grammes.
Acide arsénieux..................	six centig.
Tartrate ferrico-potassique.......	10 grammes.
Eau distillée....................	300 —

A donner par cuillerées à café toutes les heures le premier jour après l'accès de fièvre; toutes les deux heures le second, etc.

Les lavements et suppositoires de quinine constituent un très mauvais mode d'administration du médicament, à cause du faible pouvoir absorbant de la muqueuse rectale et de l'action irritante que provoque la quinine sur le tube digestif. Cette méthode est particulièrement fâcheuse chez les enfants. Il faut se rappeler à ce sujet que les enfants sont particulièrement sensibles à la quinine, et présentent

des phénomènes d'intoxication après l'absorption de doses très faibles. Aussi ne faut-il pas, chez eux, dépasser les doses de 2 à 6 centigrammes au-dessous d'un an, de 8 à 15 d'un à deux ans, de 15 à 40 au-dessus de deux ans.

L. B.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Sur les mélanodermies phtiriasiques (1), par M. le docteur Paul FABRE (de Commentry).

Entrevues par G. Pouchet (1864), et A. Gillet (1867), les mélanodermies d'origine phtiriasique ont été isolées par M. Fabre dans sa thèse inaugurale. Depuis, ce type clinique est généralement accepté aujourd'hui, quoique les cas n'en soient plus guère communs. La présence continue et prolongée de poux en grand nombre à la surface du corps peut arriver à provoquer une superpigmentation de la peau, spécialement dans les régions où les poux s'accumulent le plus facilement et se trouvent le plus à l'abri des frottements continuels. La présence et la pullulation des poux coïncident généralement avec un état de misère physiologique, et s'observe surtout chez les inanitiés, les tuberculeux, les fatigués, etc.

Comment distinguer cette mélanodermie des autres formes actuellement connues?

1° En ce qu'elle n'est sous la dépendance d'aucune maladie diéthétique (ni cancer, ni tuberculose, ni impaludisme, ni lésion des capsules surrénales, etc.);

2° En ce qu'elle ne s'accompagne pas des grands symptômes de la maladie d'Addison (l'asthénie, les douleurs abdominales, les troubles digestifs, joints à la coloration de la peau, coloration atteignant parfois même les muqueuses, caractérisent, on le sait, cette affection que le professeur Jaccoud a proposé d'appeler *mélanodermie asthénique*);

3° En ce que la pigmentation est diffuse et non circonscrite, comme elle l'est dans le vitiligo, les nævi pigmentaires, le *caratès* (ou la *pinta* de l'Amérique intertropicale), les pigmentations cicatricielles, les éphélides inégales, le chloasma, etc.;

4° Surtout en ce qu'elle coïncide avec la misère et succède à la présence récente, et souvent persistante, de nombreux parasites, animaux du genre *pediculus corporis*;

Et 5° enfin, en ce que cette forme de mélanodermie commence à pâlir, dès que les fumigations cinabrées, les bains sulfureux, les lotions de sublimé, les onctions d'onguent napolitain, etc., sont venus supprimer la cause en tuant les parasites.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

M. GOYARD. Valeur clinique des adénopathies externes à distance dans les néoplasmes de l'estomac. — M. CAUDERAY. Contribution à l'étude des abcès sous-phréniques. — M. DUPRAT. Le képhir : sa valeur thérapeutique, son emploi chez les enfants. — M. DURANDARD. Contribution à l'étude des artérites syphilitiques des membres. — M. SESBOUÉ. Étude des mesures sanitaires résultant de l'application de la loi du 15 février 1902. — M. MILLANT. Castration criminelle et maniaque (étude historique et médico-légale). — M. CASSE. Zona de la troisième branche du trijumeau. — M. ESMENARD. Contribution à l'étude du phénomène des orteils dans l'épilepsie. — M. AUDEBERT LASROCHAS. Contribution à l'étude de la parakératose. — M. HAZARD. Rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement, en dehors de celle qui est occasionnée par les tumeurs. — M. ROUET. Traitement des pleurésies à répétition par l'injection gazeuse intrapleurale. — M. BEAUPERTHUY. Rapports de la syphilis avec certaines dermatoses. — M. QUISERNE. Les polyglobulies. — M. PELICIER. De la transposition opératoire du testicule (méthode et procédés de Longuet). — M. JAUME. De la dacryocystite aiguë primitive. — M. COUTARD. Lésions extra-péritonéales de la vessie et du rectum dans les fractures du bassin. — M. BLOUET. Contribution à l'étude des « polypes saignants de la cloison nasale ». — M. SCEMAMA. Des hernies inguino-interstitielles. — M. CISTRIER. Contribution à l'étude des plaies de la région vulvaire lors de l'accouchement chez les primipares. — M. POMMERET. La fièvre aphteuse : sa nature, ses formes cliniques. — M. BOULADE. La coqueluche aux Enfants-Malades en 1901 (étude statistique et clinique). — M. BORNE. Vaccinations et revaccinations obligatoires. — M. KERAMBRUN. Contribution à l'étude des kystes appendiculaires et paracæcaux. — M. HIBERT. De l'emploi des éthers salicyliques dans le traitement du rhumatisme. — M. ROBELIN. Modifications organiques des rejetons des mères tuberculeuses (mécanisme de ces modifications). — M. PIMPOT. Contribution à l'étude de la gélatine comme hémostatique (administration par voie buccale). — M. HERSCHER. Origine rénale de l'urobiline. — M. MAZE. De la méthode du dédoublement dans le traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales. — M. KRESSER. Les limites ultimes de l'opérabilité en chirurgie d'urgence. — M. MAZET. Diagnostic et traitement des prostatites mixtes. — M. YAICH. De la cholédocotomie sans sutures. — M. BLANDIN. Épilepsie traumatique consécutive aux plaies du crâne produites par les armes à feu. — M. SETBON. La perforation intestinale dans la fièvre typhoïde des enfants. — M. LEFIZELIER. Des fractures de l'extrémité inférieure du radius chez l'enfant. — M. GONTIER. Traitement des phlegmasies mammaires par réfrigération. — M. MICAUD dit DALBAN. De l'influence des dispositions anatomiques dans la marche des abcès dentaires. — M. CARADJAS. L'urétrostomie périnéale. — M. MÉNARD. Des variétés anatomiques de l'appendice cæcal et leur influence sur la pathologie de l'appendicite. — M. BEAUCHEF. Le massage dans la thérapeutique cutanée. Son action physiologique, ses indications et son emploi. — M. POTEL. L'amnésie continue associée aux polynévrites. — M. LEBAILLY. Contribution à l'étude du bubon scarlatineux. — M. LAGARDERE. La sciatique dans le diabète. — M. LECOCONIER. Contribution à l'étude du traitement du rhumatisme noueux. — M. CLESINGER. Étude sur les eaux minérales de Besançon-la-Mouillère, le Salies franc-comtois. — M. GAILLARD. De la polyarthrite aiguë tuberculeuse à allures cliniques rhumatismales. — M. LEBRETON. De l'actinomycose dans le département de la Seine. — M. FARGUES. Contribution à l'étude de la topographie des troubles sensitifs dans la syringomyélie. — M. LANGERON. Le genre aleurites (euphorbiacées); systématique, anatomie, pharmacologie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Bordeaux.* — Le concours pour 9 places d'internes titulaires s'ouvrira le lundi 6 octobre 1902, à l'hôpital Saint-André, à huit heures du matin.

Le concours pour 54 places d'externes titulaires s'ouvrira le mardi 7 octobre 1902, à quatre heures du soir.

Les candidats doivent se faire inscrire dans les bureaux du contrôleur général de l'hôpital Saint-André cinq jours au moins avant l'ouverture du concours.

Faculté de médecine de Paris. — Les demandes de dispense du droit d'inscriptions pour l'année scolaire 1902-1903 seront reçues du 15 octobre au 1er novembre 1902.

Facultés de médecine. — *Bordeaux.* — Un concours pour une place de chef de clinique médicale sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux le lundi 17 novembre 1902, à neuf heures du matin.

Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au jeudi 13 novembre, à midi.

(1) In-8°. — Paris, G. Steinheil.

Écoles de médecine. — *Tours.* — Un concours pour une place de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale aura lieu a la Faculté de médecine de Paris le 19 janvier 1903.

Guerre. — M. le médecin-major de deuxième classe Morel est inscrit d'office au tableau de concours pour la Légion d'honneur pour faits de guerre au Chari.

Marine. — MM. les médecins de première classe Pourtal, du port de Rochefort, et Taddéi dit Torella, du port de Toulon, sont autorisés à prendre part aux concours qui s'ouvrent aujourd'hui 22 septembre, à Toulon, pour des emplois de professeur dans les écoles de médecine navale.

M. le médecin en chef de deuxième classe Pfihl, du port de Lorient, est désigné pour remplir les fonctions de médecin résident à l'hôpital maritime de Port-Louis.

M. le médecin de deuxième classe Briant, du port de Lorient, est désigné pour embarquer le 1er octobre prochain sur le *Pothuau*.

M. le médecin auxiliaire de deuxième classe Ségalen est désigné dour embarquer sur la *Durance* à Tahiti.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-septième semaine, 735 décès, au lieu de 813 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 801; c'est le chiffre le plus faible qui ait été constaté depuis le commencement de l'année.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, chiffre inférieur à la moyenne (14); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 33, chiffre analogue à celui de la semaine précédente (32) et inférieur à la moyenne (78).

La variole, comme les trois dernières semaines, n'a pas causé de décès; le nombre des cas nouveaux est de 6, au lieu de 9 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 12.

La rougeole a causé 4 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 10 pendant la semaine précédente; la scarlatine n'a pas causé de décès; la coqueluche a causé 6 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 1 pendant la semaine précédente; la diphtérie, 8 décès, au lieu de la moyenne 4; pour cette dernière affection le nombre des cas nouveaux est de 62, au lieu de 66 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (36).

La diarrhée infantile a causé 77 décès de 0 à 1 an, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (95), mais encore supérieur à la moyenne (70); on ne saurait trop veiller à la parfaite pureté du lait servi aux enfants et à l'extrême propreté des vases qui le contiennent.

En outre, 15 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 76 décès, au lieu de 86 pendant la semaine précédente et au lieu de 94, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 9 décès (au lieu de la moyenne 5); bronchite chronique, 6 (au lieu de la moyenne 16); pneumonie, 12 (au lieu de la moyenne 27); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 49 (au lieu de la moyenne 46), dont 15 sont dus à la congestion pulmonaire et 22 à la broncho-pneumonie. Aucun décès n'a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 171 décès; la méningite tuberculeuse, 8; la méningite simple, 24; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 11 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 37; les maladies organiques du cœur, 34; le cancer a fait périr 49 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 5 décès; la cirrhose du foie, 9; la néphrite, 24; enfin, 24 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Delacour (de Rennes) et Malapert du Peux (de Lille).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 108. — JEUDI 25 SEPTEMBRE 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 25 SEPTEMBRE 1902. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL

Lorsque l'allaitement du nourrisson par sa mère ou une nourrice devient impossible, il faut recourir à l'allaitement artificiel, mais ce mode d'alimentation est si difficile, si délicat à pratiquer qu'il faut en connaître avec soin toutes les règles : ce sont ces règles que vient de résumer heureusement M. Dhomond dans les *Annales de médecine et de chirurgie infantiles* (1).

Dans quels cas faut-il employer l'allaitement artificiel? Cet allaitement est indiqué surtout dans certaines maladies générales de la mère, telles que la tuberculose : l'allaitement épuise alors la mère sans profiter en aucune façon au nourrisson. De plus, quoiqu'il soit admis que les bacilles ne traversent pas une mamelle saine, chez une femme poitrinaire le lait peut contenir des toxines tuberculeuses. D'ailleurs il est préférable à tous points de vue que le nouveau-né ne reste pas en rapports constants avec une mère tuberculeuse qui risque de l'infecter par la voie pulmonaire. Pour toutes ces raisons, la tuberculose maternelle, si elle est avérée, constitue une contre-indication absolue à l'allaitement naturel.

En est-il de même de l'albuminurie ? La chose est discutée. MM. Pinard et Budin pensent que l'allaitement maternel pratiqué dans ces conditions donne de bons résultats si l'on a le soin de mettre la femme au régime lacté exclusif; mais M. Marfan fait observer avec raison que, si l'albuminurie s'accompagne de phénomènes caractériques du mal de Bright (œdèmes, troubles oculaires, accidents urémiques), il faut interdire l'allaitement parce que la sécrétion lactée sera d'ordinaire insuffisante et le lait chargé de toxines.

Le cancer, les affections organiques du cœur ou du système nerveux, les maladies infectieuses nécessitent à tout prix l'allaitement artificiel. Celui-ci est encore indiqué lorsque la femme, obligée de travailler pour vivre, ne peut nourrir elle-même son enfant sous peine de perdre son gagne-pain ou lorsque, la mère n'ayant pas de lait et l'enfant étant syphilitique, on ne peut pas confier ce dernier à une nourrice.

(1) 1er juillet 1902.

Parmi les affections locales de la mère qui contre-indiquent l'allaitement maternel, il faut citer les vices de conformation des mamelons, qui sont plats ou ombiliqués et ne peuvent, de ce fait, être pris par l'enfant, les crevasses profondes du sein, le galactophorite de Chassaignac et de Budin, la lymphangite suivie ou non d'abcès du sein : lorsque ces affections sont bilatérales, la contre-indication est absolue, parce que l'allaitement, continué dans ces conditions, cause de violentes douleurs à la mère et expose le nourrisson à l'absorption de pus. Quant à l'agalactie, elle n'existe pas d'une façon absolue (Pinard, Dludsky). Cependant la sécrétion lactée est parfois tout à fait insuffisante.

Enfin, c'est quelquefois l'état de l'enfant qui oblige à recourir à l'allaitement artificiel; soit que l'enfant possède un bec de lièvre ou une gueule de loup, soit qu'il se refuse obstinément à téter, soit qu'il ne digère pas le lait de femme.

Dans tous les cas, l'allaitement artificiel s'impose. Comment le diriger pour en obtenir les meilleurs résultats ?

La première question à résoudre est celle du choix du lait. On ne se sert guère que du lait de chèvre, du lait d'ânesse et du lait de vache : encore les deux premiers sont-ils peu employés. Le lait d'ânesse est celui qui se rapproche le plus du lait de femme par sa composition : c'est un lait léger qui contient à peu près les mêmes quantités de caséine (15 à 16 grammes par litre) et de lactose (60 grammes) que le lait de femme. Il est d'une digestion très facile, mais ne convient aux enfants que pendant les deux premiers mois, car, plus tard, il est trop faible et il faut en donner de grandes quantités. Enfin il est extrêmement cher, ne supporte pas l'ébullition et doit être consommé immédiatement. Il convient surtout aux enfants délicats — et fortunés — dans les premiers mois de la vie.

Le lait de chèvre, au contraire, est un lait fort riche en caséine (40 grammes), en beurre (47 grammes) et en sels (6 grammes), mais un peu moins sucré que le lait de femme (43 au lieu de 63). Il est donc à la fois très nourrissant et très indigeste. La composition de ce lait est d'ailleurs variable.

Le seul lait utilisé d'une façon courante est le lait de vache, parce qu'il est abondant et facile à se procurer à un prix raisonnable, mais il est l'objet de nombreuses falsifi-

cations, qu'une analyse élémentaire permet de déceler pour la plupart.

L'hygiène de l'animal et son alimentation ont une grande importance. Les vaches laitières vivront dans des étables propres et aérées, seront nourries largement, surtout avec du fourrage sec, et ne boiront que de l'eau propre. Il sera bon de leur donner à lécher un bloc de sel gemme, comme excitant de la digestion. Au mois de mai, au moment où l'on met les vaches au vert, leur lait devient purgatif pour le veau et pour les nourrissons. Les fermières savent bien que le beurre préparé à cette époque de transition ne se conserve pas. Signalons encore les fâcheuses conséquences, au point de vue de la qualité du lait, de la nourriture des vaches par les drèches des brasseries et des distilleries, résidus qui contiennent une forte proportion d'acide acétique.

Le lait du commencement de la traite étant moins concentré que celui de la fin, il y aura avantage à mélanger tout le produit d'une traite et même tout le lait recueilli en une fois sur toutes les vaches d'une même étable, afin d'avoir un lait de composition moyenne et plus uniforme.

Pour éviter l'infection du lait au moment de la traite, il est nécessaire que les mains de la personne qui trait et les pis de la vache soient lavés avant l'opération avec de l'eau bouillie chaude et du savon. Les vases, en métal émaillé ou étamé, seront tenus avec une propreté parfaite et lavés à l'eau bouillante. Le lait, aussitôt après la traite, sera refroidi, puis passé à travers un tamis très fin pour retenir les grosses impuretés.

Pour le débarrasser des germes qu'il contient, la stérilisation est absolument nécessaire; évidemment, elle modifie le goût du lait, mais c'est là un inconvénient minime, à côté des avantages considérables qu'elle procure : asepsie complète du lait, digestibilité plus facile.

La congélation ou la pasteurisation ne font que retarder les altérations du lait : elles sont insuffisantes à elles seules. La tyndallisation est un procédé coûteux et compliqué; on a donc recours pratiquement, soit au lait soumis dans l'industrie à une température de 110 degrés, soit au lait stérilisé par les procédés domestiques de l'ébullition et de l'appareil Soxhlet. Ces deux méthodes ont leurs partisans.

M. Budin se loue beaucoup de l'emploi du lait stérilisé préparé au bain-marie et montre par de nombreux exemples que ce procédé donne d'excellents résultats. Mais les conclusions de M. Budin ne s'appliquent qu'aux laits récents et de bonne qualité; elles ne sont pas valables pour les laits douteux ou ayant déjà subi un commencement d'altération et pour lesquels l'ébullition n'agit que sur les microbes — et encore incomplètement — et non sur les toxines. On peut encore reprocher à la stérilisation domestique la difficulté relative de son application. Ainsi que l'a dit M. Variot, une mère de cinq ou six enfants, obligée de vaquer seule aux soins du ménage, est incapable de s'astreindre à manier quotidiennement un appareil Soxhlet.

Le procédé de l'ébullition, plus simple évidemment, demande encore à être employé avec beaucoup de soins. Il ne faut pas se contenter de laisser monter le lait, mais de le faire bouillir à gros bouillons pendant trois ou quatre minutes, puis le laisser refroidir à l'air libre, en ne le couvrant qu'une fois refroidi. On devra ensuite verser directement le lait bouilli dans le biberon chaque fois qu'on voudra s'en servir pour un repas. Dans ces différentes opérations, il est à craindre qu'on ne perde le bénéfice de la stérilisation : aussi l'emploi de l'appareil Soxhlet, qui permet d'utiliser à chaque tétée, comme biberon, la petite bouteille qui à servi à la stérilisation, est-il préférable à la simple ébullition.

L'emploi du lait stérilisé industriellement à 115 degrés donne toutes garanties tant au point de vue de la provenance du lait que de sa parfaite asepsie et de la commodité de son emploi. C'est à tort qu'on l'a accusé récemment de produire, chez les nourrissons, des accidents plus ou moins graves, et MM. Pinard, Hutinel, Marfan, Josias et Lepage ont affirmé récemment, au cours d'une discussion à la Société de pédiatrie, leur absolue confiance dans le lait stérilisé.

Quel que soit le mode de stérilisation choisi, il sera bon de prendre certaines précautions avant de le donner à l'enfant.

Si l'on emploie l'appareil Soxhlet, on devra s'assurer que le vide existe dans le flacon et que par conséquent la stérilisation a été faite. M. Budin indique les différents moyens qui permettent d'arriver à ce résultat; ce sont : « 1° l'adhérence du disque sur le goulot de la bouteille; 2° la dépression centrale de l'obturateur; 3° l'expérience du marteau d'eau. Pour faire cette dernière, on renverse la bouteille qu'on doit tenir de la main gauche, pendant que, avec le rebord cubital de la main droite, on frappe d'un coup brusque sur le fond; le liquide se déplace en masse et vient heurter la paroi en produisant un claquement sec. »

Quand on veut utiliser le lait d'un des flacons, on plonge celui-ci dans de l'eau à 50 degrés pour faire tiédir son contenu, on enlève l'obturateur (l'air doit rentrer dans la bouteille en sifflant) et on adapte sur le goulot une tétine large en caoutchouc stérilisée par l'ébullition.

Qu'il s'agisse du lait stérilisé industriellement ou de celui qu'on prépare dans l'appareil Soxhlet, il sera bon de le goûter et de l'examiner avec soin, avant de le donner à l'enfant. Quand on emploie le lait de l'industrie, certaines bouteilles peuvent n'avoir pas été stérilisées parfaitement, le lait sera quelquefois altéré, ce dont on s'apercevra, soit parce qu'il est coagulé, soit parce qu'il a une odeur désagréable, un goût aigre ou amer. Il faut se méfier du lait trop foncé en couleur.

Le lait stérilisé au bain-marie doit être consommé dans les vingt-quatre heures, celui de l'industrie ne doit pas avoir plus d'une semaine, car, après ce temps, la matière grasse émulsionnée dans le lait vient flotter à la surface sous forme de beurre (ce beurre peut même à la longue prendre le goût de rance); or la matière grasse est d'autant plus digestible qu'elle est à l'état de plus grande division. Il faudra aussi agiter le lait avant de s'en servir, afin de remettre les sels en suspension.

Le biberon doit être tenu dans le plus grand état de propreté. Au biberon à long tube, dont la condamnation reste sans appel, on préfère le biberon muni d'une tétine; la tétine sera nettoyée, puis trempée à l'eau bouillante après chaque tétée. Le biberon sera également, après chaque repas, lavé avec de l'eau chaude additionnée de bicarbonate de soude, frotté et passé à l'eau bouillante. Malgré les soins minutieux qu'il exige, le biberon est le seul instrument pratique pour l'allaitement artificiel; aussi est-il indispensable de bien expliquer aux familles la façon de s'en servir pour en tirer les meilleurs résultats.

Lorsqu'on eut reconnu que le lait de vache contient une quantité excessive de caséine, on eut l'idée de rapprocher

artificiellement sa composition de celle du lait de femme. Le moyen le plus simple était de le couper d'eau, mais de cette façon on diminue la teneur du lait en beurre et en sucre, ce qui est un grave inconvénient. Soxhlet supplée à la diminution du beurre par une quantité équivalente de sucre; on sait en effet que les hydrates de carbone et les graisses peuvent se suppléer dans l'alimentation pour donner à l'organisme la quantité de calories nécessaire à l'entretien de la chaleur et de l'énergie; on peut donc, comme l'a proposé M. Marfan, effectuer un mélange de deux tiers de lait de vache et d'un tiers d'eau sucrée, mélange qui développe un nombre suffisant de calories, ne contient pas trop de sucre et est facilement accepté par les nourrissons.

Les laits corrigés et artificiels, maternisés, digérés, sont d'un usage très répandu en Amérique et en Angleterre, surtout dans les classes aisées; ils sont peu employés en France où on leur a reproché de donner cette forme aiguë de rachitisme qu'on désigne sous le nom de maladie de Barlow.

Doit-on couper d'eau le lait de vache pour le donner au nourrisson? La question est discutée : M. Marfan la tranche par l'affirmative, pensant que l'usage de lait de vache pur conduit à la gastro-entérite chronique et au rachitisme, MM. Parrot, Guéniot, Budin, Variot donnent au contraire systématiquement le lait pur à tous les nourrissons. En réalité tout le monde est d'accord pour penser que, au-dessus de quatre à cinq mois, le lait pur peut être donné sans inconvénients; au-dessous, même les partisans du lait pur admettent quelques exceptions, et M. Budin dit expressément : « Nous nous garderons d'affirmer que, dès les premiers mois de la vie, le lait devra toujours, invariablement être administré non mélangé d'eau... Il n'y a pas de règle absolue. »

C'est en effet, comme le dit très bien M. Dhomond, une question de tact médical, et une question des plus difficiles, des plus délicates, mais en tout cas il faut se garder des coupages excessifs qui obligent l'enfant à absorber de grandes quantités de liquide et le conduisent ainsi à la dilatation de l'estomac.

Quelles quantités de lait donner par biberon et par jour? Quoique assez variables, ces quantités ne doivent pas, pour un âge donné, dépasser certains chiffres, sous peine de voir le nourrisson arriver à la gastro-entérite et au rachitisme, et l'on peut, à cet égard, adopter le tableau suivant :

Age.	Quantité de lait pur par repas
Premier jour	10 grammes.
Deuxième jour	20 —
Troisième jour	30 —
Quatrième au septième jour	40 —
Huitième au trentième jour	75 —
Deuxième mois	100 —
Troisième mois	120 —
Quatrième mois	140 —
Cinquième mois	160 —
Sixième et septième mois	180 —
Neuvième au douzième mois	200 —

Il ne faut rien donner au nouveau-né pendant les douze premières heures.

Pendant le premier mois, on donne le biberon toutes les deux heures, dans la journée, et une ou deux fois la nuit. Vers deux mois et demi, on ne devra plus le faire prendre que toutes les deux heures et demie et, à partir du quatrième mois, que toutes les trois heures dans la journée. On supprimera le plus tôt possible les tétées de la nuit.

Le nombre des tétées doit être, en vingt quatre heures, de neuf pendant les premiers quinze jours, de huit pendant les quinze jours suivants, de sept pendant le deuxième, le troisième et le quatrième mois, de six à partir de cinq mois.

L'enfant soumis à l'allaitement artificiel doit être l'objet d'une surveillance rigoureuse. Son poids, contrôlé chaque semaine, doit augmenter progressivement, les selles doivent être régulières et de belle apparence, la première dent doit apparaître vers six-sept mois, la grande fontanelle commence à se rétrécir vers six mois, se ferme vers dix-huit.

Ce n'est pas avant le neuvième ou le dixième mois qu'il faudra donner au bébé une autre nourriture que du lait : il faut, pour lui donner une bouillie de farine de froment, de semoule, de tapioca, non seulement qu'il ait atteint cet âge, mais encore qu'il ait quatre dents et ne présente pas de troubles digestifs. A partir d'un an, on doit l'habituer peu à peu à le prendre au verre; on substitue au lait, progressivement, des aliments peu substantiels et l'on en arrive ainsi, avec les plus grandes précautions, à la nourriture habituelle.

L. B.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Traitement de l'asthme des foins. — Wilkinson Jervey estime que la thérapeutique dans cette affection doit viser les trois facteurs étiologiques suivants : 1° un certain degré de nervosisme; 2° quelque lésion souvent très facile à trouver au niveau de la muqueuse pituitaire (hypertrophie, malformation, etc.); 3° la présence dans l'atmosphère d'un agent irritant quelconque. Pour agir localement il conseille d'employer, après un lavage alcalin, une solution aqueuse d'extrait de glande surrénale alternée avec une solution à 10 p. 100 de chlorhydrate de cocaïne. On peut de plus instiller une goutte de la solution surrénale dans le sac lacrymal.

Le traitement consécutif consiste en irrigations locales; le malade se conforme en outre aux prescriptions diététiques habituelles. Enfin, on administre 0,15 centigrammes d'extrait surrénal de trois en trois heures. (*New-York med. Journ.*, 9 août 1902.)

Clark, qui a étudié récemment la même question, pense que le traitement par l'extrait de glande surrénale est suivi d'une grande amélioration dans la plupart des cas. Il lui préfère cependant l'emploi de l'adrénaline, à 1 p. 1000 ou mieux à un taux de concentration moins élevé, 1 p. 5000 par exemple. Elle provoquerait moins d'irritation locale.

L'extrait surrénal agit parfaitement quand il y a un peu de rhinite hypérémique sans état général dyscrasique. Il diminue ou supprime les attaques. S'il y a quelque affection profonde de la muqueuse pituitaire on doit la traiter préalablement, faute de quoi l'extrait surrénal est sans action. Si le sujet est entaché d'arthritisme avéré la médication n'est pas sans l'améliorer, mais son effet est beaucoup plus limité. (*Boston med. and surg. Journ.*, 19 juin 1902.)

A. H.

CHIRURGIE

Embolies graisseuses consécutives à une fracture : présence de globules de graisse dans l'expectoration et dans l'urine. (Southam.) — Un homme de quarante-trois ans, ayant reçu sur la jambe une balle de coton, fut atteint de fracture compliquée du tibia droit. La plaie, très limitée, qui siégeait au niveau de la fracture, présentait un léger degré d'écrasement; les fragments n'étaient pas déplacés.

On appliqua le traitement ordinaire : détersion de la plaie au moyen d'une solution au sublimé; pansement sec et appareil plâtré formé d'une attelle postérieure et d'un étrier. Le lendemain matin, le sujet présentait un état de somnolence anormal avec quelques signes de délire; le soir, il divaguait en essayant de quitter son lit. Sa température était de 40 degrés. Le quatrième jour, la somnolence était plus marquée; on ne pouvait en retirer le malade qu'avec difficulté. Quand on essayait de le soulever pour l'alimenter, il ne tardait pas à retomber dans le même état. A plusieurs reprises, il eut des accès de toux accompagnés de crachats spumeux et striée de sang. A ce moment, la température était descendue à 37°8. Le cinquième jour, on remarqua à la surface de l'urine un certain nombre de globules. Le microscope montra qu'il s'agissait de gouttelettes de graisse se colorant en noir par l'acide osmique. La température était redevenue normale et se maintint désormais à 37 degrés. Le septième jour, l'examen de l'expectoration y révéla d'un certain nombre de globules graisseux mêlés à des globules rouges. La base du poumon droit offrait des signes de condensation, mais sans dyspnée. La guérison se fit assez rapidement et on ne put bientôt plus constater de globules graisseux ni dans l'urine, ni dans l'expectoration. Les signes cérébraux s'amendèrent et, comme la plaie était guérie sans suppuration et que la fracture était consolidée, le malade ne tarda pas à quitter l'hôpital.

Ce cas d'embolie graisseuse consécutive à une fracture est des plus typiques. Cet accident est probablement plus fréquent que ne l'indiquent les faits signalés. On suppose que les globules graisseux de la moelle osseuse absorbés au niveau de la fracture, à la faveur des capillaires lacérés, se répandent dans le torrent circulatoire et gagnent les différents viscères. Dans le cas cité plus haut, le cerveau, les reins et les poumons ont été embolisés. La présence de gouttelettes graisseuses dans l'expectoration et dans l'urine doit toujours être recherchée au microscope en pareil cas. (*The Lancet*, 3 mai 1902.) A. H.

TOXICOLOGIE

L'intoxication saturnine chez l'enfant. — Nous avons publié *in extenso* (1) deux intéressantes communications de M. Variot sur l'intoxication saturnine chez l'enfant. Dans l'un de ces cas, l'intoxication, due à l'usage d'une trompette à embouchure de plomb, se manifesta, chez un enfant de huit ans, par une paralysie des membres inférieurs. Dans le second cas, la paralysie reconnaissait pour cause l'usage de gobelets en étain plombifère. M. Romme, dans un article de la *Presse médicale*, vient de reprendre cette question peu connue de l'intoxication saturnine chez l'enfant :

« L'intoxication saturnine acquise chez l'enfant peut être professionnelle ou accidentelle. L'étiologie de la première est la même que chez l'adulte et nous n'avons pas à nous en occuper.

Parmi les causes accidentelles de l'intoxication viennent en premier lieu les aliments, et, chez le nourrisson, le lait.

Le cas s'est présenté, de nourrices s'intoxiquant par l'abus de topiques divers : fards sur le visage, cosmétiques à la litharge et teintures pour les cheveux, et communiquant par le lait le poison à leur nourrisson. Balland a fait à ce sujet des expériences particulièrement intéressantes. Il intoxiqua une chienne le jour de sa mise à bas; pendant trente-six jours les petits ne furent nourris que par le lait de la chienne. Bientôt ceux-ci, venus au monde bien conformés et vigoureux, présentèrent les symptômes d'une anémie qui ne fit qu'augmenter jusqu'au jour où on cessa l'intoxication maternelle. Les petits restèrent très longtemps chétifs et atteints d'anémie assez rebelle; quelques-uns même présentèrent des symptômes nets d'intoxication consistant en paraplégie. On retrouva du plomb dans les muscles et les viscères des petits.

Le lait peut aussi emprunter le poison aux préparations plombiques appliquées sur les mamelons de la nourrice. Bouchut a rapporté le cas d'un empoisonnement causé par une solution concentrée d'acétate de plomb, mise sur les gerçures du sein de la nourrice. Récemment encore, M. Roussel a insisté sur la difficulté du diagnostic étiologique des coliques, avec constipation et vomissements, chez le nouveau-né, lorsque ces coliques ont été provoquées par l'usage d'un cosmétique très employé pour les crevasses du sein et composé d'un alliage de plomb et d'étain.

Enfin, les biberons peuvent causer des accidents par leurs bouts en plomb (Flemming) ou en caoutchouc vulcanisé plombifère; Eulenberg fit examiner plusieurs de ces derniers provenant d'une fabrique de Berlin : ils contenaient des traces d'oxyde de zinc, 25 p. 100 de craie et 13 1/2 p. 100 de carbonate de plomb.

L'eau, les vins, les cidres et bières, les eaux dites de Seltz, le vinaigre, le rhum et les eaux-de-vie, l'eau de fleurs d'oranger, les sirops peuvent contenir du plomb : des fabricants se servent de litharge pour frelater ou adoucir certains de ces liquides; le plomb peut provenir aussi du récipient où le liquide a séjourné. Un des cas les plus intéressants est celui de M. Variot dont nous venons de parler. Il a, comme étiologie, un gobelet d'étain plombifère dans lequel on laissait séjourner du lait pendant toute la journée; l'enfant y avait bu en outre de la tisane chaude et de l'eau rougie. Les gobelets de ce genre doivent être d'un usage assez courant pour les enfants, en raison de leur solidité. M. Variot eut l'idée de faire analyser par le laboratoire municipal une des timbales que l'Assistance publique donne aux enfants de nos hôpitaux. Elle était plombifère et contenait 12 p. 100 de plomb.

Du reste, les aliments solides peuvent, comme les boissons, s'imprégner de plomb au contact de leurs divers récipients, qu'ils soient conservés dans des vases soudés, contenus dans des poteries vernies au plomb ou émaillées, ou cuits dans des rôtissoires émaillées et surtout dans des casseroles étamées.

Parmi les aliments d'usage journalier qui peuvent causer des intoxications, il faut citer : le pain, soit parce que la farine a été additionnée de céruse ou mélangée avec des parcelles de plomb provenant des meules, soit parce qu'il a été cuit avec des bois peints à la céruse; le sucre qui a été fabriqué par le procédé de Scoffern ou coulé dans des formes peintes intérieurement à la céruse; et le beurre adouci à la céruse; ou coloré avec le chromate de plomb.

Le chromate de plomb a été l'origine de nombre d'intoxications chez l'enfant, parce qu'il sert à colorer les bonbons et les gâteaux.

Les papiers qui servent à envelopper les bonbons de tous genres sont souvent peints avec des préparations saturnines qui leur donnent une couleur vive et agréable. C'est du chromate de plomb, du carbonate de plomb ou du jaune de Naples qu'on se sert pour colorer ces papiers ou papillotes.

Dans une seconde classe de causes d'intoxication, on peut faire entrer les surfaces, les tissus et les topiques plombifères. L'absorption ne se fait plus toujours par les voies digestives, comme pour les aliments, mais aussi par les voies respiratoires et la surface tégumentaire, et quelquefois uniquement par elles, comme dans les cas suivants.

Parmi les causes générales de cette catégorie, il faut citer l'habitation d'appartements fraîchement peints à la céruse, le chauffage avec de vieilles boiseries peintes ou avec de la braise en provenant; les tissus, lainages et soies chargés de plomb; les chaussures à cuir intérieur blanchi au plomb (le cas est assez commun, d'après M. Gautier).

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 126, p. 1211, et 1902, n° 49, p. 482.

Quelquefois, comme dans le cas rapporté par M. Variot, l'intoxication a dû se faire surtout par les voies digestives. L'enfant en question jouait l'été sur une terrasse recouverte de lames de plomb, exposée au soleil; s'il pleuvait après une journée très chaude, le plomb se recouvrait d'un dépôt blanc grisâtre pulvérulent, probablement de carbonate de plomb, qui s'enlevait facilement au moindre frottement, et que l'enfant faisait certainement pénétrer dans son tube digestif, en portant les doigts à sa bouche.

Il faut noter, dans cette observation, l'influence que paraît avoir exercée la chaleur solaire sur l'éclosion des accidents. La même action lui a été attribuée par des médecins allemands et suisses dans l'intoxication dont ils ont observé les premiers symptômes chez des enfants charriés dans des voitures d'osier protégées contre les intempéries par une capote qui se replie, faite en toile vernie blanche, grise ou verte. Un fragment d'une de ces toiles, pesant 10 grammes, donna à l'analyse un grain de plomb de 4gr27.

La même remarque s'applique aux toiles cirées blanches imitant le linge damassé dont on recouvre les tables à manger, et qui peuvent contenir, d'après M. Gautier, 330 grammes de plomb par mètre carré.

Une cause avérée d'intoxication pour l'enfant est l'usage de jouets colorés au plomb (que ce soit à la céruse, à la mise d'orange, au minium ou au chromate de plomb) souvent peints par un simple encollage et non vernis : tous sont dangereux, puisque l'enfant a la malheureuse habitude de tout porter à sa bouche; mais l'intoxication n'est-elle pas presque fatale lorsqu'il s'agit de soldats de plomb ou d'une trompette dont l'embouchure peut contenir jusqu'à 88 p. 100 de plomb, comme dans l'observation de M. Variot?

Les boîtes de couleurs avec lesquelles jouent les enfants contiennent souvent des matières toxiques. Les couleurs jaunes sont faites avec du chromate de plomb (jaune de chrome); les vertes avec un mélange de cyanure de fer et de chromate de plomb; les rouges avec de l'oxyde rouge de plomb (minium); les blanches avec du carbonate de plomb (céruse); les autres couleurs sont obtenues par des mélanges. Au lieu de tremper les pinceaux dans l'eau pour délayer les couleurs, les enfants malheureusement trouvent plus expéditif et plus commode de les mouiller dans leur bouche.

Les cartes de visite glacées au moyen d'une préparation contenant de la céruse, avec lesquelles jouent les enfants, et dont ils peuvent mâcher et avaler des fragments, ont déterminé à plusieurs reprises des phénomènes d'intoxication. La même remarque s'applique aux pains à cacheter, colorés au minium ou au jaune de chrome.

Dans une dernière catégorie, on peut ranger les substances plombifères employées dans un but thérapeutique. Citons seulement, comme ayant produit des phénomènes d'intoxication chez des enfants : la céruse employée à saupoudrer des excoriations aux cuisses (Chaussier); l'acétate de plomb employé soit en solution pour une coupure (Chapin), soit en collyre pour une conjonctivite granuleuse chronique; l'eau de Goulard mise en grande quantité sur la poitrine de la nourrice (Lœwy); et les solutions plombifères employées contre les gerçures du sein, que nous avons déja signalées.

Pour terminer, il nous reste encore à citer un cas très curieux rapporté par M. Dufour-Labastide. Il s'agit de grains de plomb qu'un enfant reçut dans un accident de chasse et qui, laissés dans la plaie, furent l'origine de l'intoxication.

Les cas que nous avons cités ne sont pas seulement intéressants au point de vue anecdotique. Ils sont vraiment instructifs, en ce sens qu'ils nous montrent toute la sagacité dont le médecin doit parfois faire preuve pour reconnaître une intoxication saturnine que rien, de prime abord, ne faisait soupçonner. »

F. R.

REVUE DES THÈSES

Des hernies adhérentes inflammatoires et de leur traitement, par le docteur Lucien de Montille. (Th. de Paris, 1901.)

Les hernies adhérentes inflammatoires diffèrent essentiellement des hernies adhérentes par glissement, par leur pathogénie, leur anatomie pathologique et leur traitement. Il convient donc de les séparer.

Ce sont surtout les grosses hernies, anciennes, mal soignées, mal réduites, qui sont le siège d'adhérences.

Celles-ci peuvent être lâches ou serrées, dures et fibreuses ou molles. Parfois il y a fusion totale du sac avec son contenu.

Les hernies adhérentes peuvent, le plus souvent, être diagnostiquées avant l'opération par les symptômes que nous avons exposés, mais il est difficile parfois de préciser le mode d'adhérence (inflammatoire ou par glissement).

Les hernies adhérentes exposent à des accidents graves d'occlusion, d'étranglement, etc., qui assombrissent leur pronostic et rendent plus formelle l'indication opératoire.

Il est cependant des cas où l'abstention s'impose : l'état général du malade, son âge avancé, en l'absence d'accidents graves et immédiatement menaçants, constituent les contre-indications opératoires.

La cure radicale après libération des adhérences et résection de l'épiploon est l'opération de choix quand elle est possible; mais si les adhérences sont très étendues et rendent la dissection presque impossible et dangereuse, mieux vaut recourir à la hernio-laparotomie, et à l'entérorraphie circulaire.

Dans les cas d'accidents graves, avec altération profonde des parois intestinales et état général inquiétant, la prudence conduit à faire l'anus contre nature, quitte à traiter ultérieurement cette infirmité.

Contribution à l'étude clinique de l'aspirine (acide acétylsalicylique), par M. le docteur Genglaire. (Th. de Paris, 1902.)

Après avoir passé en revue les propriétés physiques, chimiques de l'aspirine, l'auteur reproduit les communications existantes sur ses effets physiologiques. Il s'est appesanti sur les résultats en thérapeutique de l'acide acétylsalicylique. Ayant fait un choix parmi les nombreuses observations qu'il a recueillies dans le service médical de l'Hôtel-Dieu de Laon, il expose de parti pris les résultats brillants de l'aspirine comme aussi bien ses insuccès, cela dans le but de limiter son emploi, de préciser son utilité justifiée. Comme ses maîtres, M. Genglaire a eu des succès isolés avec l'aspirine dans le traitement des rhumatismes scarlatineux, typhoïdique, tuberculeux, comme des rhumatismes de la variole, des oreillons, de la rougeole, de la grippe, de la diphtérie, comme enfin du rhumatisme chronique.

C'est l'exception. Où l'aspirine rend des services incontestables, c'est pour combattre le rhumatisme articulaire aigu franc.

Sur ce terrain, l'aspirine est infiniment supérieure au salicylate de soude et à l'antipyrine, aussi bien au point de vue tolérance que pour la rapidité des résultats.

Enfin, comme dans toute névralgie d'origine rhumatismale, l'aspirine fait disparaître presque instantanément l'élément douleur, il semble que l'on devrait pouvoir dénommer l'aspirine la « pierre de touche » du rhumatisme aigu, dont elle est, à vrai dire, l'antidote.

Chez les arthritiques nerveux que le professeur Landouzy dénomme algiques, l'aspirine constitue la médication de choix.

Enfin l'aspirine est le plus inoffensif de tous les médicaments analgésiques. Pour cela, du rôle d'utilité l'aspirine passe au rang de nécessité.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

A la Société médicale de Berlin, le docteur Georges, médecin-chef de l'hôpital pour enfants Elisabeth, vient de faire connaître les résultats excellents qu'il a obtenus avec l'aspirine dans la pratique infantile. D'après l'auteur, c'est surtout dans les affections rhumatismales que l'aspirine trouve son indication; il a suivi très minutieusement de nombreux cas de rhumatisme articulaire, dans lesquels l'action du médicament se fit toujours sentir promptement. Aussitôt après l'administration de la dose d'aspirine il se produisait une chute de la température et une diminution des douleurs, même dans les cas où il existait de graves complications. Le docteur Georges a également employé l'aspirine contre la chorée et, d'accord en cela avec Besançon et Paulesco (*Journ. de méd. int.*, n° 7, 1901), il déclare que le succès a été éclatant. L'auteur prescrivait 1 gramme d'aspirine trois fois par jour pendant cinq jours, puis après un jour de repos, une nouvelle période de cinq jours avec 1 gramme trois fois par jour. Il a amené la guérison de 10 cas dans un délai variant de onze jours à trois semaines au plus.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

Mlle Fédoroff. L'anémie bothriocéphalique. — M. Jourdanne. Des névralgies d'origine paludéenne. — Mlle Szczwinska. Sérums cytotoxiques. — M. Bazerolle. Le vin. — M. Chavastelon. De la nature tuberculeuse des pleurésies séro-fibrineuses d'origine traumatique. Application de ces faits à la loi du 9 avril 1898. — M. Berrier. Contribution à l'étude de la coexistence de l'ulcère et du cancer de l'estomac et des perforations de l'estomac au cours du cancer. — Mlle Liberman. Psychose polynévritique de Korsakoff. — M. Marcotte. Contribution à l'étude du sang dans le cancer (sa valeur diagnostique). — M. Got. Contribution à l'étude des inflexions de l'épiphyse supérieure du tibia sur la diaphyse. — M. Hideux. Contribution à l'étude de l'ophtalmie sympathique. — M. Fortin. Des plaies de la cornée, causes de la myopie. — M. Faidherbe. La mécanothérapie et les blessés du travail. — M. Cabon. Étude sur les accidents paralytiques. — M. Bonnel. Contribution à l'étude de la tuberculose osseuse juxta-articulaire. — M. Cattier. Contribution à l'étude de l'eau oxygénée, ses applications en obstétrique. — M. Cabèche. Étude clinique de l'achondroplasie. — M. Gennet. Étude comparée des réactions de Hay et de Solkowski dans l'urine. — M. Duperrier. Essai sur la gangrène pulmonaire. — M. Solacolu. Étude clinique sur un sel soluble de théobromine (l'agurine). — M. Guichard. De la ténotomie du tendon d'Achille. — M. Gallony. Contribution à l'étude des luxations du semi-lunaire. — M. Dennece. Du rôle de l'insuffisance musculaire dans la pathogénie des éventrations. — M. Vincelet. Contribution à l'étude de la maladie d'Addison. — M. Boyer. Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie. — M. Renaivo. Pratiques et croyances des Malgaches relatives aux accouchements. — M. Cochet. Etude sur Tissot. — M. Legros. Monographie des streptocoques et des agents des septicémies métadiphtériques, particulièrement des diplocoques. — M. Camuset. Contribution à l'étude de l'artérite dite spontanée. — M. de Moraes Miranda. Contribution à l'étude de l'acétopyrine et de ses applications thérapeutiques. — M. Souhaut. Etude sur le rétrécissement de l'artère pulmonaire dans ses rapports avec la tuberculose du poumon. — M. Chaumier. La variole, maladie professionnelle évitable. Etude d'hygiène sociale. — M. Genglaire. Contribution à l'étude clinique de l'aspirine. — M. Gaussin. Recherches sur l'air confiné. — M. Baracoff. Du rôle des troubles de la nutrition dans la pathogénie. — M. Montier. Contribution au diagnostic de la forme pulmonaire de la fièvre typhoïde. — M. Le Prieur. Sur les aphasies sensorielles; la cécité et la surdité verbales pures. — M. Chenais. Recherches sur les symptômes physiques de la démence précoce à forme catatonique. — M. Medici. L'assistance familiale des aliénés. Colonie de la Seine. — M. Peyre. Contribution à l'étude clinique de l'arythmie chez le vieillard. — M. Genevrier. L'iode en solution dans un carbure d'hydrogène (métall.-iode). — M. Roubaud. Contribution à l'étude anatomique des lymphatiques du larynx. — M. Frenzel. Mortalité par tuberculose pulmonaire à Saint-Pétersbourg et à Paris (1880-1899). — M. Berigaud. Cure hygio-diététique associée à la cure d'altitude dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Khayatt. Prophylaxie de la peste par la destruction des insectes et des rongeurs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Limoges.* — Voici le résultat du concours pour six places d'internes titulaires et quatre places de suppléants à l'hôpital de Limoges :

Internes titulaires : MM. Quertant, Brénac, Laganne, Mousnier, Vouzelle et Magrangeas.

Internes suppléants : MM. Ballet, Mallet, Debellut et Masdepuy.

Guerre. — Par décision ministérielle du 22 septembre 1902, ont été désignés pour entrer dans la composition des 21e et 23e d'infanterie coloniale à Paris :

21e régiment : MM. les médecins-majors de deuxième classe Salanoue-Ipin, Ollivier et Lherminier.

M. le médecin aide-major de première classe Le Corré.

23e régiment : MM. les médecins-majors de première classe Le Moine et de deuxième classe Sarrat.

MM. les médecins aides-majors de première classe Rogé et Régnier.

Par la même décision, MM. les médecins aides-majors de première classe Vallet, Creignou et Ferris, actuellement classés au 21e d'infanterie coloniale à Brest, ont été affectés au 6e dans cette place.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Lebeaupin, du port de Cherbourg, est désigné pour embarquer le 18 octobre prochain sur le *Brennus* (division de réserve de l'escadre de la Méditerranée).

Concours pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire des troupes coloniales. — Un concours s'ouvrira, le 1er décembre 1902, à Paris, dans un local qui sera ultérieurement indiqué, pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Être nés ou naturalisés Français;

2° Avoir eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier de l'année du concours;

3° Avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée, en France et aux colonies (1). Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de deuxième classe au moins;

4° Souscrire un engagement de servir pendant six ans au moins dans le corps de santé des troupes coloniales, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir seront les suivantes :

1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un, d'une affection médicale; l'autre, d'une affection chirurgicale;

(1) Instruction du 31 janvier 1902 sur l'aptitude physique au service militaire.

3° Épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter;

4° Interrogation sur l'hygiène.

Notes. — L'appréciation de chacune des épreuves, écrites et orales, est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20. Les notes obtenues par les candidats sont multipliées par des coefficients fixés ainsi qu'il suit : composition écrite, 12, examen clinique, 15 : médecine opératoire, 12; interrogation sur l'hygiène, 10.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la Guerre (8e direction, 3e bureau), le 15 novembre 1902, au plus tard.

Les pièces à fournir sont :

I. *Avant le concours.* — 1° L'acte de naissance, établi dans les formes prescrites par la loi;

2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves);

3° Certificat d'aptitude physique;

4° Certificat, délivré par le bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou état signalétique des services;

5° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la commission de stagiaire.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les dossiers des candidats non reçus sont renvoyés par l'intermédiaire des maires des communes indiquées dans la pièce n° 5.

II. *Après l'admission.* — Engagement de servir pendant six ans au moins, au titre de l'activité, dans le corps de santé des troupes coloniales, à partir de la nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les médecins stagiaires reçoivent, au moment de leur nomination, un brevet les liant au service dans les conditions du paragraphe 1er de l'article 30 de la loi du 15 juillet 1889.

Les médecins stagiaires suivent pendant un an les cours de l'École d'application.

Ils portent l'uniforme du corps de santé des troupes coloniales, avec les marques distinctives adoptées pour les stagiaires du corps de santé militaire.

Ils sont rétribués sur le pied de 3060 francs par an, et il leur est accordé une première mise d'équipement de 350 francs reversible au Trésor en cas de licenciement, démission, non-obtention du grade d'aide-major de deuxième classe ou non-accomplissement des six années effectives de service à partir de la nomination à ce grade.

Les stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés aides-majors de deuxième classe des troupes coloniales.

Ceux qui n'auront pas satisfait auxdits examens seront licenciés.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les forbans de la médecine, par le docteur Ch. LAVIELLE, directeur de l'Établissement thermal des « Baignots », à Dax. 1 vol. broché, avec une lettre de Léon DAUDET. — Prix : 5 francs. — Dax, chez l'auteur.

Dysenterie aiguë et chronique, symptomatologie, traitement, prophylaxie, par le docteur A. GALLIOT, médecin en chef de première classe de la marine, professeur de clinique médicale à l'École des médecins stagiaires de la marine, médecin en chef résidant à l'hôpital maritime Saint-Mandrier de Toulon. Petit in-8°. (Encycl. scient. des Aide-Mémoire.) — Prix : broché, 2 fr. 50; cart., 3 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 109. — SAMEDI 27 SEPTEMBRE 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 27 SEPTEMBRE 1902 — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

La pelade.

Par M. F. TRÉMOLIÈRES, interne des hôpitaux (1).

« Le mot pelade, assurément d'origine populaire, est représentatif à souhait; c'est un bon exemple de la supériorité du peuple sur les savants à nommer pittoresquement les choses » (Jacquet). Mais il est imprécis. Il désignait jadis toutes les alopécies, localisées ou diffuses, quelle qu'en fût l'origine. Aujourd'hui on ne décrit plus sous le nom de pelade que des alopécies en aires. Mais toute aire dépilée n'est pas une pelade. Des causes diverses, inflammatoires, traumatiques, toxiques, etc., provoquent des alopécies qui ne sont en rien peladiques. Isoler, cependant, n'est pas définir. Malheureusement, en l'absence de tout critérium étiologique, il est impossible de caractériser la pelade autrement que par son aspect clinique. Nous appellerons donc pelade, avec Déhu, une forme d'alopécie caractérisée : 1° par la chute totale ou presque totale des poils de la région atteinte, sans lésion préalable de téguments; 2° par la forme arrondie des taches alopéciques et leur limitation nette, au moins au début, sauf dans un petit nombre de cas où le processus très rapide décalve d'emblée des surfaces étendues.

I

Historique. — C'est dans l'œuvre de Celse qu'on trouve la première description scientifique de la pelade; il en distingue deux formes : l'*ophiasis* (de ὄφις, serpent), définie par sa topographie, son allure serpentine, sa plus grande fréquence chez l'enfant, et l'*alopécie* (2) constituée par des plaques disséminées, pouvant se rencontrer à tout âge.

Le terme d'*area* est dû à Johnston, qui, au XVIIe siècle, trace un tableau bref, mais précis, de notre pelade actuelle.

(1) Je tiens à remercier ici mon maître, le docteur Jacquet, qui m'a donné, pour rédiger cet article, de précieux renseignements et d'utiles conseils, ainsi que le docteur Sabouraud, qui a bien voulu m'exposer ses idées actuelles sur la question de la pelade. J'ai adopté le plan suivi par Déhu dans la *Pratique dermatologique* : il n'en est pas de meilleur.

(2) Alopécie, de ἀλώπηξ, renard, parce que la dépilation saute de place en place, comme le renard, contrairement à l'ophiasis, qui serpente (Celse).

Cent ans plus tard, Sauvages la décrit très exactement et la dénomme « area de Johnston » ou *alopecia areata*; c'est donc à cet auteur qu'appartient la dénomination d'alopécie en aire, dont l'usage aujourd'hui est universel.

La période moderne de l'histoire de la pelade commence avec la grande réforme de Willan. Bateman, en 1820, donne de la dermatose une description saisissante et encore acceptée.

Les auteurs, qui n'avaient jusqu'ici considéré que l'aspect clinique de la maladie, commencent à en rechercher les causes. Tout d'abord on semble attribuer à la pelade une origine nerveuse; mais cette théorie reste à l'état d'ébauche. Il faut arriver jusqu'au célèbre Bazin (1853) pour trouver la première notion de la nature parasitaire et contagieuse de la pelade. Cette notion, enracinée dans l'esprit médical français, a pris depuis la valeur d'un dogme. Ce n'est là cependant qu'une hypothèse, née d'une grossière ressemblance avec les teignes à champignons qui causent, non une véritable alopécie, mais des fractures de poils. Bazin, qui décrivait dans la pelade, deux formes bien mal dénommées, l'une teigne achromateuse, l'autre teigne décalvante, attribuait la première à l'action du microsporon Audouini, découvert par Gruby en 1843, et assignait comme cause à la seconde une variété de trichophyton. Hardy propagea les erreurs de Bazin, Gibert les accentua. Mais tous les médecins ne les acceptèrent pas. Robin, d'abord partisan du parasitisme, s'en fit ensuite l'adversaire. Hébra soutint son opinion. Vidal, Lailler, Bergeron, tout en admettant que la pelade est de nature contagieuse, rejetèrent les parasites de Bazin, Malassez et Courrèges leur opposèrent un organisme sporulé (1874).

Cependant, en face de la doctrine parasitaire, se dressait, rénovée, celle de l'origine trophonévrotique de la pelade. Déjà Cazenave avait assimilé la pelade au vitiligo. Mais c'est à l'étranger que la théorie nerveuse s'affirme avec Baerensprung et Rindfleisch en Allemagne, Purdon et Wilson à Londres, Hebra à Vienne, Duhring en Amérique. Elle trouve aussi en France un ardent défenseur dans Horand qui, dans une suite de travaux remarquables (1874-1876), s'efforce de démontrer l'inanité de la théorie parasitaire. Ollivier ne fait que reprendre les arguments d'Horand.

Malgré leurs efforts, le parasitisme se maintenait en France, bien que l'organisme causal restât inconnu. Sabouraud vint lui fournir un nouvel appui en publiant ses brillants mémoires de 1896, où se trouvent décrits son microbacille et le rôle pathogène qu'il lui attribue.

Il appartenait à Jacquet de déterminer dans notre pays une réaction vigoureuse contre l'opinion presque exclusivement admise de la contagiosité de la pelade. Reprenant à nouveau l'étude de la dermatose, dans une série de recherches, il sut donner à la théorie dystrophique, jusqu'à lui fort vague, une base clinique et anatomo-physiologique positive.

II

Étiologie. — On a observé la pelade chez tous les peuples civilisés. Peut-être atteint-elle toutes les races humaines: les documents manquent pour l'affirmer.

Assez fréquente en France et en Angleterre (4 p. 100 du nombre des maladies cutanées), elle semble moins répandue en Allemagne, en Autriche, en Amérique. Dans son ensemble, la pelade semble en voie d'augmentation progressive.

Tandis que la teigne affecte de préférence la population pauvre, la pelade atteint toutes les classes sociales et peut-être même prédomine dans la clientèle aisée.

Le sexe féminin est plus souvent frappé dans les premières années de la vie; après vingt ans, ce sont les hommes qui sont le plus fréquemment atteints; d'une façon générale, ceux-ci paient à la maladie un plus large tribut.

La pelade n'apparaît pas aux différents âges avec une égale fréquence. Exceptionnelle avant quatre ans, elle devient subitement très fréquente de quatre à quatorze ans; elle se fait plus rare de quatorze à dix-neuf ans, pour atteindre un nouveau maximum de vingt à trente ans; elle devient très rare à partir de cinquante ans. Remarquons dès maintenant avec Jacquet, que les deux maxima de quatre à quatorze ans et de vingt à trente ans, correspondent, le premier à l'évolution de la dentition permanente, le second à l'éruption de la dent de sagesse, tandis qu'à l'entr'acte dentaire de quatorze à dix-neuf ans, correspond un entr'acte peladique relatif.

Tous les observateurs mentionnent la fréquence de la pelade chez les sujets anémiques ou nerveux. Le surmenage, les émotions, les traumatismes, les maladies infectieuses (syphilis, typhoïde, rougeole, érysipèle, grippe, tuberculose, blennorragie, etc.) déterminent, entretiennent ou aggravent l'évolution de la pelade. Il est rare qu'un peladique jouisse d'une bonne santé, et l'ensemble des troubles morbides qu'il présente semble bien plutôt la cause de la pelade que ses effets, comme certains auteurs l'ont prétendu.

III

Symptômes. — I. La plaque peladique. — *Début.* — La dépilation est d'ordinaire le premier signe évident de la pelade; c'est souvent le coiffeur qui découvre la plaque glabre, ou bien encore le malade lui-même qui la constate à sa toilette. Cependant un interrogatoire minutieux réveille chez le malade le souvenir de sensations anormales antérieures à la dépilation : prurit, fourmillements, anesthésie, hyperesthésie, sensations de brûlure ou de froid (cryesthésie pré-peladique de Jacquet), et parfois la réapparition de ces paresthésies annonce à coup sûr à certains sujets la formation d'une plaque nouvelle. Jacquet, chez une de ses malades, a pu assurer l'éclosion d'un disque en un point spécifié quelques jours auparavant par l'hyperesthésie. Des céphalées et surtout des crises de névralgie et de fluxion dentaires sont aussi très souvent avouées par les malades au médecin qu'ils viennent consulter. Les troubles sensitifs, légers et éphémères, doivent être recherchés avec soin. Combien d'entre eux restent ignorés, soit par le manque d'observation ou le peu de mémoire du malade, soit surtout par l'absence d'examen du médecin !

Etat. — Quand la pelade est constituée, son aspect est caractéristique. Bateman l'a décrit en termes excellents : « Cette singulière maladie est caractérisée par des taches plus ou moins circulaires qui rendent chauve la partie sur laquelle elles ont leur siège, et sur lesquelles on ne remarque aucun cheveu, tandis qu'elles sont environnées d'un aussi grand nombre de cheveux qu'à l'état naturel. La surface du cuir chevelu est, au centre des taches, unie, brillante et d'une blancheur remarquable. » Il nous faut étudier en détail les trois éléments essentiels de la pelade; l'aire dépilée, la peau qui lui correspond et les cheveux qui la bordent doivent être soigneusement décrits.

Aire peladique. — Ses dimensions varient entre le diamètre d'une lentille et celui d'une pièce de 5 francs; elle peut atteindre la largeur de la paume de la main. Sa forme générale est circulaire ou ovalaire, ses bords sont souvent sinueux ou échancrés, parfois l'aire décalvée est en bande allongée ou en surface triangulaire.

La dépilation de l'aire peladique est en général massive d'emblée ; mais chez certains malades, il se fait une *dépilation diffuse sur une surface circonscrite* (Sabouraud), et l'on remarque pendant quelque temps sur la plaque en formation des cheveux longs, clairsemés et peu solides. Mais que le processus dépilant soit brutal ou progressif, il aboutit en général à la plaque lisse et glabre que nous avons décrite.

La plaque peladique s'accroit par extension centrifuge, mais tantôt d'une façon rapide, tantôt au contraire avec une extrême lenteur. Cette période d'augment dure à peine quelques jours dans les cas bénins, quelques semaines dans les cas moyens, mais peut se prolonger pendant des mois et même des années dans les formes rebelles; on remarque alors souvent un accroissement par poussées successives.

Téguments peladiques. — La peau de l'aire alopécique ne présente d'ordinaire aucune lésion caractéristique. On y relève cependant certaines altérations. Ce peut être une sorte d'*œdème* ou d'empâtement hypertrophique, très fréquent et persistant dans les pelades étendues, inconstant au contraire dans les pelades circonscrites. C'est bien plus souvent un affaissement de la peau, une véritable atrophie tégumentaire, donnant au toucher la sensation d'une *dépression cupuliforme*, qui apparaît d'emblée, ou succède à l'œdème, et dure toujours aussi longtemps que la maladie. La peau, en même temps, est toujours atone, inélastique et souvent flasque; on peut alors la mobiliser, la plisser sur le plan osseux sous-jacent, beaucoup plus facilement qu'à l'ordinaire. Cette *flaccidité* n'est qu'un des éléments d'une atonie étendue parfois à d'autres tissus d'origine mésodermique, et décrite par Jacquet sous le nom de *syndrome hypotonique*. Dans certains cas l'on remarque, soit au niveau de la plaque glabre, soit dans son voisinage, de petites *phlébectasies* se présentant sous deux formes : petites varicosités superficielles flexueuses, et dilatations cylindriques des troncs sous-dermiques; elles sont surtout fréquentes dans les pelades ophiasiques (Sabouraud), fait contesté par Jacquet.

Le tégument peladique présente en général une décoloration particulière, une blancheur éburnée, assez typique, tranchant sur la couleur brune ou rose de la peau saine environnante (pelade achromateuse de Bazin). C'est là, non une anémie, mais une véritable dépigmentation cutanée, et l'on comprend ainsi que Cazenave ait pu décrire la pelade comme une variété de vitiligo. Cette décoloration

dure autant que l'alopécie, et même peut lui survivre; la peau, comme les poils de repousse, restent alors définitivement achromiques. Mais ce symptôme manque parfois; certaines plaques sont, au contraire, surtout au début de l'affection, le siège d'un véritable érythème, associé très souvent à l'œdème (Blaschko), disparaissant en général vers le quatrième ou cinquième jour (Behrend); œdème et rougeur formeraient, pour Dubreuilh, une sorte de bourrelet érythémateux périphérique, constituant la zone d'extension de la pelade.

On aperçoit parfois, sur l'aire peladique, les orifices pileux un peu saillants, dilatés, sous forme de points noirs; les glandes sébacées sont alors le siège d'une excrétion exagérée, qui rend la peau grasse et luisante. Cette séborrhée s'accompagne d'une sudation, moins évidente, et dont il faut provoquer l'apparition par l'expression des aires alopéciques; c'est là le phénomène désigné par Besnier du nom d'*hyperstéatidrose*. D'autre fois, on n'aperçoit pas l'ouverture du follicule, les glandes ne fournissent aucune sécrétion, la peau est lisse, sèche et polie. Jamais la tégument ne desquame, ni ne présente de croûtes ou de vésicules.

La peau décalvée enregistre mal les sensations, qui sont tantôt affaiblies, tantôt exagérées; l'anesthésie des plaques peut aussi contraster avec l'hyperesthésie des téguments environnants.

La réaction électrique, exagérée pour le courant faradique, est à peu près normale pour le courant galvanique (Nachtingall).

Kaposi et Jacquet ont montré, dans certains cas, que la réaction sudorale, sous l'influence d'une injection de pilocarpine, est presque abolie sur les régions glabres.

Ces divers symptômes révèlent une altération fonctionnelle, surtout d'ordre paralytique, du système nerveux sous ses différentes modalités, sensitive, trophique, vaso-motrice et sécrétoire. On peut en conclure qu'il existe dans la pelade un trouble profond de l'innervation locale.

Les poils peladiques. — Les poils qui bordent la plaque dépilée se présentent à l'œil nu sous des aspects différents, comme dans toutes les alopécies. Certains sont normaux d'aspect et de nombre : ils ont seulement perdu toute adhérence et viennent facilement à la pince. D'autres présentent des altérations évidentes; ils sont cassés, réduits à de petits tronçons renflés à leur terminaison, ayant exactement l'aspect classique d'une massue, ou mieux présentant la forme et les proportions d'un point d'exclamation d'imprimerie (Sabouraud). Leur extrémité supérieure présente parfois une section nette, en biseau; d'autres fois, elle revêt un aspect pénicillé; très souvent elle apparaît comme un petit épi; enfin, certains poils peuvent offrir de véritables éclats le long de leur tige.

Quelques-uns des tronçons pilaires sont moniliformes; les renflements sont constitués par une sorte d'éclatement longitudinal du poil, qui perd à ce niveau toute solidité et se casse au moindre contact; on surprend ainsi le mécanisme de sa fracture.

L'extrémité radiculaire de ces diverses sortes de poils peladiques, vue à la loupe, présente certaines lésions. La gaine vitreuse qui, sur le cheveu sain, reste adhérente à la racine après l'épilation, fait défaut ou n'est représentée que par quelques débris. Le bulbe creux qui, d'ordinaire, coiffe la papille, est remplacé par un bouton plein, comme il arrive toujours quand la papille est morte; mais ce bouton, au lieu d'être renflé, est aminci, allongé en forme de navet; il peut même disparaître, et la racine atrophiée, raccourcie, est effilée comme une aiguille, ou coudée comme une crosse. Cette racine est, de plus, toujours plus ou moins dépigmentée.

Existe-t-il une différence foncière entre les poils longs, normaux d'aspect, mais à racine atrophique, et ces poils courts et massués, ou bien appartiennent-ils à deux stades successifs de la pelade? Les auteurs divergent encore sur ce point.

Mais il est certain que ces poils altérés et caducs caractérisent de façon constante la période d'activité de la maladie. Ils apparaissent avec la pelade, disparaissent quand cesse sa phase extensive, pour reparaître à chaque recrudescence. Partout où on les rencontre, ils signalent une pelade en activité. Ils occupent la bordure de la plaque sur une étendue d'autant plus grande que le processus dépilant est plus intense; les cheveux atrophiés sont plus excentriques que les cheveux massués, qui empiètent de préférence sur l'aire peladique elle-même; on peut même voir des plaques incomplètement dépilées et recouvertes de poils cassés (pelade pseudo-tondante, pelade à cheveux fragiles de Besnier).

Guérison de la plaque peladique. — Mais la maladie peut rester longtemps stationnaire et durer des mois, des années même. Enfin, la repousse vient signaler la phase de réintégration du cheveu (Sabouraud). Elle commence le plus souvent par le centre, plus rarement par la périphérie, parfois par ces deux régions à la fois.

Elle peut être brusque : des follets grêles, blancs, soyeux, mais solides, apparaissent, qui se transforment bientôt en cheveux adultes pigmentés. Elle est souvent lente : des générations de follets se succèdent, d'abord grêles, pâles et fragiles, puis de plus en plus forts, colorés et solides, jusqu'à réparation complète. En général, les cheveux nouveaux tranchent par leur blancheur, pendant quelque temps, sur le reste du cuir chevelu; cette canitie partielle, d'ordinaire transitoire, peut être définitive. On a vu, inversement, les poils de repousse plus foncés que ceux restés sains. Dans les formes graves, la réparation peut être incomplète; les cheveux restent alors grêles et clairsemés.

La guérison de la pelade n'est pas toujours définitive; dans la moitié des cas, il se produit des récidives à intervalles variables. L'action réitérée d'une même cause peut provoquer la réapparition des aires : Jacquet a vu l'éruption des dents de six ans, celle des dents de douze ans, celle des dents de sagesse, être suivies chacune d'une poussée peladique. La répétition des plaques peut être incessante; il s'agit là de vraies poussées subintrantes plutôt que de récidive; ce sont les *pelades perpétuelles* (Besnier).

Enfin, la plaque décalvée peut persister indéfiniment; elle peut même reprendre une marche extensive au bout d'un très long délai, à moins que n'apparaissent des points d'attaque nouveaux.

II. Le syndrome peladique. — *Évolution.* — Telle est la lésion peladique sous sa forme élémentaire. En clinique, l'affection se présente parfois sous cet aspect en quelque sorte schématique. Mais le plus souvent plusieurs plaques apparaissent successivement ou simultanément, chacune évoluant pour son propre compte; deux aires voisines peuvent fusionner, constituant alors des surfaces glabres polycycliques.

Topographie. — La pelade peut atteindre toutes les parties

velues; mais elle débute toujours par le cuir chevelu ou par la barbe. La localisation des plaques n'est pas indifférente; l'étude de nombreux cas permet de constater : 1° qu'elles sont souvent symétriques; 2° qu'elles possèdent des sièges d'élection; 3° qu'elles se groupent fréquemment de façon à présenter une véritable systématisation.

1° *Symétrie de la pelade.* — Elle s'observe surtout dans les pelades de barbe; non seulement ces pelades affectent des territoires correspondants, mais encore leurs contours sont rigoureusement symétriques par rapport au plan médian du corps. Cette symétrie, qui se présente aussi, mais avec une moindre fréquence, dans les pelades du cuir chevelu, n'est pas toujours évidente à cause de l'âge différent des plaques de chaque côté.

2° *Siège d'élection.* — C'est à la nuque qu'apparaît souvent la pelade (dans un quart des cas, suivant Ciarrochi). Ce sont ensuite les régions maxillaire et sus-auriculaire qui sont le plus souvent atteintes, la région pariétale et le vertex le sont bien plus rarement.

Plaques nuchales et temporo-sus-auriculaires siègent sur la bordure du cuir chevelu, sur cette zone annulaire, large de deux travers de doigt environ, qui forme la lisière des cheveux, zone dite *marginale*, par opposition à la zone *centrale* qu'elle entoure. La zone marginale est donc le siège de prédilection des aires peladiques; la statistique de Jacquet le prouve bien, où, sur 74 cas de pelade, les plaques siégeaient 60 fois à la bordure, et 34 fois y étaient exclusivement cantonnées.

3° *Systématisation.* — Ce n'est pas tout; non seulement la première plaque naît le plus souvent sur la zone marginale, mais encore les plaques ultérieures s'alignent aussi, se systématisent sur cette zone. Toutes les plaques, d'abord isolées, peuvent, par leur extension, fusionner; la zone marginale disparaît, la zone centrale seule persiste, festonnée, polycyclique à sa périphérie et parfois tachée d'aires décalvées. Ainsi se trouve constituée la variété de pelade décrite excellemment par Celse, qui la nomma *ophiasis* et la sépara des alopécies en aires. La façon dont cette ophiasis se constitue, par fusion successive de plaques d'abord disséminées, semble montrer que cette variété n'est en rien différente de l'alopécie en aires et n'en est que l'exagération : ce serait une pelade systématisée de la bordure.

Cependant, Sabouraud persiste à la différencier de la pelade vulgaire, séborrhéique. Pour lui, la constitution de l'ophiasis par confluence de plaques isolées quoique possible, n'est pas le processus caractéristique; en général, la pelade en bordure débuterait, non par des alopécies circonscrites, mais par une dépilation diffuse qui se ferait sur une bande marginale fréquemment étendue d'une tempe à l'autre; sur cette bande glabre persisteraient souvent des poils isolés ou en bouquets solides, bien adhérents, ce qu'on ne voit jamais dans les pelades ordinaires. Du reste, l'ophiasis serait l'apanage presque exclusif de l'enfance, tandis que la pelade en aires se rencontrerait surtout chez l'adulte, et cette considération étiologique opposerait encore nettement la pelade en aires rondes de Bateman à la pelade en bande de Celse.

Cette dernière notion est contestée. Pour Jacquet, Dehu, etc., la pelade marginale n'est pas moins fréquente chez l'adulte que chez l'enfant: sur 119 cas de pelade chez l'adulte, Jacquet a relevé 102 fois l'alopécie en bordure. Dans le jeune âge, il y a seulement plus grande tendance à la coalescence. Aussi, sous le nom d'*ophiasis*, décrit-on en France toutes les pelades, diffuses ou circonscrites, de la zone marginale.

Généralisation de la pelade. — Sous la forme d'une aire ronde, la maladie est bénigne; l'ophiasis est plus sérieuse; la pelade qui se généralise est d'ordinaire rebelle : c'est la *pelade décalvante*. Elle peut, mais le fait est rare, débuter brusquement à la suite d'un violent choc nerveux, d'un traumatisme important; la chute des poils est massive, il ne se forme pas d'aires glabres circonscrites. Le plus souvent, la pelade décalvante s'installe par extension graduelle et coalescence de plaques primitivement circonscrites, qui peuvent exister depuis longtemps déjà et s'accroître ensuite sous l'influence d'une infection, d'un choc nerveux, parfois sans cause appréciable.

Les pelades généralisées frappent toutes les régions velues, suivant un ordre constant et un mode symétrique. Les cheveux ou la barbe tombent d'abord, puis les sourcils et les cils, enfin les poils des aisselles, des organes génitaux et de la région sternale; tous les follets de la peau glabre, les vibrisses du nez et les poils des oreilles peuvent aussi disparaître dans les formes extrêmes. Mais il reste d'ordinaire, çà et là, quelques poils isolés. Poils et téguments présentent, dans ces pelades généralisées, les mêmes lésions que dans les pelades circonscrites.

Dans les décalvantes étendues, les ongles peuvent aussi tomber ou s'altérer; et ces lésions unguéales précèdent même parfois la dépilation (Arnozan, Gaucher); mais en général elles la suivent. L'ongle perd sa transparence, devient gris, jaunâtre, présente des cannelures longitudinales et parfois des sillons transversaux. Ces modifications progressent de la matrice vers le bord libre de l'ongle. Les troubles s'accentuant, l'ongle s'épaissit, s'infiltre d'air, se fendille en lamelles ou s'effrite par petits blocs et se décolle progressivement. Il peut, enfin, tomber, et n'est plus remplacé que par des écailles cornées, irrégulières. Les altérations unguéales sont presque toujours symétriques. Elles atteignent parfois les doigts et les orteils, mais prédominent constamment sur les pouces. Comme les lésions pilaires, celles des ongles dépendent d'une dystrophie de l'organe générateur de la matrice, qui fournit des phanères mal formés et caducs, et ne suffit plus à la réparation des lésions.

Évolution des pelades généralisées. — Les pelades généralisées guérissent dans la majorité des cas, mais la repousse est difficile et tardive; elle s'effectue par rétrécissement progressif des surfaces dépilées ou par apparition diffuse de follets qui redeviennent graduellement des poils normaux. Quand le point d'attaque primitif siège dans la zone marginale, la repousse est souvent lente et incomplète, ou même peut faire totalement défaut. L'aire glabre qui persiste peut devenir le point de départ d'une nouvelle généralisation.

Dans les pelades décalvantes, la chute et la repousse du duvet semblent souvent influencées par les différents états physiologiques de l'appareil génital; on a observé des aggravations consécutives à des grossesses (Jamieson), aux époques menstruelles (Nikolsky).

IV

Étude histologique. — 1° Poil. — L'examen du cheveu à l'œil nu ou à la loupe nous a permis d'y constater des lésions évidentes : absence de la gaine vitreuse, atrophie et décoloration de la racine, nodosités trichorrexiques et fracture consécutive de la tige. L'étude histologique nous permet de

percevoir le substratum de ces altérations et d'en soupçonner le mécanisme.

Les cellules de la moelle pilaire disparaissent graduellement à mesure qu'on se rapproche de la racine; le canal médullaire n'existe plus à la partie profonde, donnant au cheveu l'aspect d'un cylindre plein, aminci; ou bien il ne s'efface qu'en partie, montrant sur les autres points d'énormes dilatations infiltrées de bulles d'air. Ces bulles s'insinuent aussi dans la couche corticale et pénètrent dans la racine jusqu'au niveau de la papille.

Sur toute la longueur du poil, les cellules corticales sont dissociées et le cheveu présente des éclatements longitudinaux.

Les granulations pigmentaires sont moins nombreuses, irrégulièrement réparties en petits amas.

Toutes ces lésions sont d'autant plus intenses qu'elles sont plus voisines de la papille; c'est donc à ce niveau qu'elles débutent.

Le poil n'est pas, en pleine santé, brusquement frappé d'altérations massives, comme le poil trycophytique éclatant sous l'effort des spores qui le bourrent; il naît malformé par suite d'un trouble fonctionnel de la papille génératrice qui subit, selon l'expression frappante de Besnier, une véritable « sidération ».

Cette origine du poil peladique, relevant d'un processus dystrophique banal, ne semble pas lui conférer un caractère spécifique : c'est là l'avis de Jacquet; pour lui, la lésion pilaire est d'une banalité parfaite, et les lésions qu'il présente ne diffèrent en rien de celles qu'on remarque dans les alopécies post-traumatiques, post-inflammatoires et aussi dans les infections générales (syphilis, fièvre typhoïde) ou les intoxications. Renflements massués, atrophie bulbaire, dépigmentation, fracture, etc., tous ces éléments ne diffèrent en rien des détails de la mue pilaire physiologique; ils n'en sont que l'exagération.

Au contraire, pour Sabouraud, le poil court et massué, quand on le rencontre en nombre en bordure d'une plaque dépilée *est caractéristique de la pelade* et ne se rencontre autour d'aucune autre plaque alopécique de quelque nature qu'elle puisse être. Cette spécificité ne réside pas dans sa constitution atrophique même, mais dans la rapidité avec laquelle évolue le processus atrophiant : dans les alopécies infectieuses, dans la calvitie, le poil est atrophié, mais présente une longueur de 1, 2 centimètres; dans la pelade, le poil est court et ne dépasse pas 4 à 5 millimètres; cette brièveté du poil peladique et la cassure nette qu'il présente, constitueraient, pour Sabouraud, deux caractères propres à ce poil, partant véritablement spécifiques.

2° Téguments. — Harris, Robinson, Balzer, Unna et Sabouraud ont étudié l'histologie des téguments peladiques.

L'épiderme est peu altéré; on n'y remarque guère qu'une achromie de la couche de Malpighi, très variable dans son degré selon les cas.

Les lésions les plus importantes intéressent le derme et les follicules pileux. A ce point de vue, Sabouraud distingue, dans ses leçons, deux aspects histologiques différents selon que la pelade présente ou non un état séborrhéique de surface; une soixantaine de clichés photographiques illustrent ses descriptions.

Quand la pelade est séborrhéique, une hypertrophie considérable des glandes sébacées, identique à celle qu'on remarque dans la séborrhée vulgaire, est le caractère le plus frappant. Les poils s'atrophient consécutivement. L'existence des cocons séborrhéiques dans le follicule *lors de l'apparition* de la tache peladique et dès le premier clair, leur absence en dehors des aires en dépilation, toutes choses que l'empreinte par la croûte permettrait de vérifier, ont amené Sabouraud à formuler sa théorie de la pelade séborrhéique, spéciale à l'adulte. L'épiderme des follicules pileux montre des plissements et des contournements communs à toute pelade, et qui en sont peut-être le signe anatomique le plus net.

Quand la pelade ne s'accompagne d'infection séborrhéique à aucune période (ophiasis de l'enfant), l'aspect des coupes histologiques est tout différent. Le premier phénomène reconnu est l'ataxie de la fonction pigmentaire de la papille. Les grains de pigment, au lieu de passer dans les couches corticales du cheveu, se groupent en amas et diffusent dans le canal folliculaire et dans le derme au voisinage de la papille malade. Autour de la base des follicules et des vaisseaux, se dessine une infiltration de cellules, que Darier a nommées *inflammatoires* pour ne préjuger en rien de leur nature, et qui seraient des cellules conjonctives pour Unna, des lymphocytes et de nombreuses mastzellen pour Sabouraud. Dans cette forme comme dans la forme séborrhéique, les follicules présentent leur aspect atrophié et dégingandé. Enfin, une hhypertrophie apparente des glandes sudoripares contraste avec le volume normal des glandes sébacées. Dans les pelades anciennes ou généralisées, le derme, déjà envahi par l'infiltrat cellulaire, devient le siège d'une atrophie profonde presque scléreuse, pouvant entraîner, quand elle est très accentuée, l'atrophie totale et définitive des follicules.

Telles sont les lésions que le microscope décèle dans les plaques peladiques; le dégingandage des follicules et l'atrophie du poil suivie d'une rénovation selon un mode univoque, sont des phénomènes constants et identiques dans tous les cas.

Jacquet conteste absolument que l'existence ou l'absence de réaction des glandes sébacées ou sudoripares ait une valeur spécifique quelconque, susceptible de différencier catégoriquement les pelades en *espèces*; d'après lui il y a des pelades *séborrhéiques*, d'autres *sudorales*, d'autres encore à la fois *séborrhéiques et sudorales*, d'autres enfin *sèches*, sans que ces variétés correspondent à autre chose qu'à des différences fonctionnelles dans les appareils glandulaires tenant à l'âge, au siège, au degré ou même à la saison. Tout récemment Jacquet a cité le cas d'une énorme pelade ophiasique gauche, à grand syndrome néo-dentaire, provoqué chez un sujet de dix-huit ans, par l'évolution de la dent de sagesse inférieure gauche, et où l'aire peladique était bordée sur une largeur de deux à trois centimètres d'un ourlet *séborrhéique* avec orifices glandulaires dilatés, filaments gras, et squames riches en micro-bacilles.

L'interprétation de ces résultats est cependant à réserver; on ne peut, dans l'état actuel de la question, que regarder ce dont on est le plus sûr, et le mentionner simplement.

V

Pathogénie. — Nous avons vu comment, en face de la théorie parasitaire de la pelade, s'était édifiée peu à peu la théorie trophonévrotique de cette maladie. Nous allons exposer les arguments que l'on peut faire valoir à l'appui de chacune de ces doctrines.

A. Théorie parasitaire. — 1° *Argument bactériologique.* —

Après que Bazin eut rapproché la pelade des teignes et proclamé son origine parasitaire, de nombreux observateurs prirent à tâche de déceler l'organisme qui la provoque. Le seul microbe dont la valeur étiologique soit encore soutenu aujourd'hui est le microbacille décrit par Sabouraud en 1896. Entreprenant l'étude histologique de la lésion peladique, Sabouraud remarqua dans les plaques en formation, la présence au tiers supérieur des follicules pileux, entre l'abouchement des glandes sébacées et l'orifice cutané, d'une dilatation ampullaire, l'*utricule peladique*, remplie par un cylindre de sébum et de cellules cornées constituant le *cocon séborrhéique*. Dans le cocon existe, en quantités prodigieuses, un bacille très fin, très court, colorable par la méthode de Gram, le *microbacille séborrhéique*. Sa présence constante dans les lésions peladiques en évolution, l'absence habituelle de tout autre microbe visible, le développement extraordinaire de ses colonies, sont invoqués par Sabouraud en faveur de son rôle pathogénique. Identifié par Sabouraud au microbe décrit par Unna, Engmann, dans le comédon de l'acné, ce bacille serait en réalité le parasite de la séborrhée grasse.

De là toute une pathogénie de la pelade : cette maladie serait de même nature que la séborrhée grasse et due à l'exaltation de la virulence du microbe de cette affection. La pelade serait une séborrhée aiguë circinée. L'atrophie du poil serait provoquée par la toxine microbienne.

Brocq, Jacquet, etc., tout en reconnaissant l'existence du microbacille, se refusèrent à lui accorder un rôle pathogénique. Hallopeau a formulé des arguments qui doivent faire repousser la théorie de Sabouraud : 1° l'inoculation du microbacille n'a jamais pu encore engendrer la pelade ; 2° la présence de ce bacille dans toutes les séborrhées, même dans celles qui résultent d'un trouble initial dans la fonction des glandes sébacées, tend à prouver qu'il s'y développe secondairement ; 3° l'alopécie séborrhéique et l'alopécie peladique, où le microbacille existe également, seraient absolument différentes par les altérations capillaires que l'on y constate, ainsi que par leurs caractères cliniques et leur évolution ; 4° les toxines les plus diverses provoquent, comme l'a fait remarquer Jacquet, l'alopécie chez le cobaye.

Récemment (1900), Sabouraud a restreint le rôle de son microbacille ; la pelade en aires, seule vraiment séborrhéique, ressortirait au microbacille ; l'ophiasis, où l'on ne rencontre jamais aucun microbe, ne serait nullement contagieuse, ni parasitaire. Mais si, comme nous l'avons vu, la pelade de Bateman et la pelade de Celse ne sont que deux degrés différents de la même maladie, elles doivent reconnaître une même origine, et puisque la séborrhée et son bacille ne jouent aucun rôle dans l'ophiasis, ils ne peuvent pas non plus causer la pelade en aires.

2° *Argument clinique.* — Quelques ressemblances cliniques entre la pelade et les maladies parasitaires ont servi d'arguments aux contagionnistes. La forme circulaire et l'extension concentrique des aires alopéciques pourraient faire assimiler la pelade aux teignes cryptogamiques, et d'une façon générale aux affections parasitaires. Mais les plaques peladiques ne présentent pas l'orbicularité géométrique des éléments de la trichophytie ; vaguement arrondies, elles sont parfois irrégulières. Quant à l'accroissement concentrique on l'observe dans les affections comme les nævi, le vitiligo, dont nul n'admet la nature parasitaire ; les taches dépilées obtenues par Max Joseph, dans ses expériences de section nerveuse, ont, elles aussi, une extension concentrique.

L'érythème, l'adénopathie, qui marquent dans certains cas le début de la pelade, tous deux phénomènes inflammatoires, pourraient faire soupçonner l'infection. Mais ces signes sont inconstants et, quand ils existent, peu marqués ; leur valeur est donc contestable. Jacquet, d'autre part, attribue l'adénopathie à l'une de ces irritations locales, surtout dentaires, si fréquentes lors de l'apparition de la pelade.

Les arguments cliniques fournis par les contagionnistes à l'appui de leur thèse ont donc peu de valeur ; plus probante semble être la preuve étiologique fournie par la transmissibilité de la pelade.

3° *Argument étiologique.* — On peut constater la transmission d'une affection parasisaire, soit par l'observation clinique, soit par l'inoculation expérimentale.

a. *Inoculation expérimentale.* — Bien des fois on a tenté d'inoculer la pelade à des sujets sains. Leloir, Horand, opérant sur des animaux, ne sont jamais arrivés à aucun résultat. Peut-être peut-on objecter que les animaux sont réfractaires à cette maladie. Mais les inoculations pratiquées sur les hommes n'ont pas réussi davantage. Manasséine, Horand, Jacquet, ont essayé de s'infecter eux-mêmes ; Jacquet, entre autres, étant atteint de pelade, et par conséquent en état de réceptivité, fit, pendant quatre mois et plusieurs fois par jour, sur les parties saines de sa chevelure et de sa barbe, des séries de pressions énergiques avec une brosse à crins roides dont il avait préalablement frictionné sa plaque alopécique ; pas plus que les premiers observateurs, il n'obtint de succès (1).

Quant à l'expérience rapportée par Blaschko, il est vrai qu'elle fut suivie d'un résultat positif ; mais elle fut entreprise spontanément par un malade, sans souci d'une technique rigoureuse, hors de la surveillance de Blaschko, et par conséquent sans contrôle scientifique possible. Une pareille tentative ne peut faire foi en matière d'expérimentation, et l'hypothèse du parasitisme reste encore, jusqu'à ce jour, invérifiée.

b. *Contagion.* — Restent les cas de contamination peladique relevés par l'observation clinique. Ils sont de deux ordres : tantôt il s'agit de contagion sporadique, tantôt de véritables épidémies.

Les relations de contagion limitée sont nombreuses, mais aucune n'est assez précise, assez complète, pour servir à une discussion utile. Certaines d'entre elles, même, reposent vraisemblablement sur une erreur de diagnostic. Gillette, rapportant un fait de contamination dans un collège parisien, décrit, chez un des six enfants atteints, des pustules d'impétigo, et chez un autre une desquamation furfuracée du cuir chevelu ; sans doute il s'agissait de teigne, qu'on isolait mal, à cette époque, de l'alopécie en aires. L'observation d'Hillairet n'est pas moins discutable ; six employés travaillant dans le même bureau, où un chat qui perdait ses poils avait l'habitude de se blottir dans leurs casquettes, auraient été successivement atteints de pelade ; Hillairet, qui, au cours de sa communication, parle indifféremment d'herpès tonsurant, de teigne et de pelade, affirme, sans en fournir la preuve, que le chat était peladique, et que les hommes le sont devenus par son contact ; l'existence

(1) Il fit plus et mieux encore : avec une aiguille de platine chargée de la graisse parasitaire fraîchement extraite des follicules comédoniens, il cathétérisa un très grand nombre d'autres follicules à la partie antérieure des avant-bras et à la face : tantôt il ne se déclara qu'une minuscule folliculite isolée, tantôt le poil resta solide, sans nul trouble appréciable ; jamais il ne se produisit le moindre foyer peladique.

de la pelade chez les animaux, et *a fortiori* sa transmissibilité à l'homme, ne sont encore aujourd'hui rien moins que démontrées; sans doute s'agit-il ici d'une trichophytie animale quelconque transmise à ces six employés. Hardy encourt, comme Hillairet, le reproche de ne pas assez soigneusement distinguer la pelade et la teigne. Pareille objection ne saurait être adressée à Lailler, Vidal et ses élèves Buchin et Loriot, Leloir, Brocq, Besnier, Lassarre, Dubreuilh, Jadassohn; mais toujours, dans leurs observations, la description, même macroscopique, de l'alopécie est insuffisante pour convaincre le lecteur critique qu'il s'y agit de pelade et toujours et surtout, l'hypothèse de contagion n'est pas exactement prouvée ni vérifiée; l'enquête manque, qui confirmerait les dires des malades, car ce n'est jamais que sur leurs simples affirmations que le médecin admet et rapporte la contagion. Même les faits observés par Besnier et mentionnés par lui dans son beau rapport à l'Académie, n'entraînent pas encore la conviction, malgré la grande autorité de ce maître; sans doute à l'heure actuelle ne les accepterait-il plus sous leur forme primitive, et exigerait-il un contrôle plus rigoureux. Brocq et Dubreuilh ont eux-mêmes, par la suite, mis en doute la valeur des faits qui avaient servi de base à leurs premières affirmations.

Ainsi deux graves lacunes viennent affaiblir la portée des arguments étiologiques fournis par les contagionnistes à l'appui de leur thèse : d'une part, le détail des caractères de la lésion, dont la nature peladique est toujours contestable, et d'autre part la preuve de la transmission de l'alopécie d'un sujet peladique à un sujet sain.

Et même le diagnostic de pelade serait-il rigoureusement établi, que l'observateur ne saurait admettre, sans qu'elle soit lumineusement démontrée, la notion de contagion. Ce peut être l'effet d'une simple coïncidence que de rencontrer deux peladiques en rapport l'un avec l'autre, et cela n'a rien d'invraisemblable, étant donnée la fréquence relative de la maladie. Du reste, comme nous le verrons, la pelade est, en certains cas, héréditaire, et l'on n'a pas besoin d'invoquer la contagion pour expliquer son existence simultanément chez les parents et les enfants. La pelade ayant une prédilection marquée pour certaines familles, on ne saurait non plus tenir compte, à l'appui de la théorie contagionniste, des cas où des frères ou cousins présentent la même alopécie en aires. A un an de distance, Jacquet et son frère furent atteints de pelade au niveau du trou mentonnier; or l'un habitait Paris, l'autre Limoges, et ils ne s'étaient pas vus depuis plus d'un an; il ne pouvait donc pas être question de contagion. Pavloff cite aussi le cas de deux frères vivant dans deux villes différentes et qui furent atteints de pelade à la nouvelle de la mort de leur père. Les mêmes causes banales, agissant sur des individus semblablement prédisposés, peuvent engendrer des effets identiques, suggérant ainsi l'hypothèse d'un germe spécifique, nullement nécessaire.

Les relations d'épidémies de pelade sont entachées des mêmes vices que les observations de contagion limitée. Elles ne sont pas très nombreuses, si l'on ne tient compte que de celles qui, à défaut d'une authenticité rigoureuse, présentent un certain degré de vraisemblance; encore se volatilisent-elles devant une enquête critique et minutieuse.

Relatons brièvement les quelques épidémies de caserne ou d'école qui constituent tout l'arsenal des contagionnistes. C'est d'abord l'épidémie de Montpellier qui, en 1886, frappa le 122e régiment d'infanterie : 120 hommes déclarés peladiques, l'affection ayant été apportée au corps par deux soldats *atteints depuis plusieurs mois peut-être*, et s'étant propagée aux autres par l'intermédiaire des tondeuses communes. L'étude du rapport de cette épidémie permet d'en critiquer certains points : sur 120 peladiques déclarés tout d'abord, 40 furent par la suite reconnus porteurs d'alopécies douteuses; que penser des autres? Pourquoi la pelade après s'être, pendant plusieurs mois, fixée sur deux soldats, aurait-elle ensuite sévi si brusquement et de façon si intense sur les autres troupiers? Enfin, l'aspect linéaire des taches alopéciques observées sur certains malades, fait soupçonner leur origine cicatricielle bien plutôt que leur nature peladique. C'est aussi l'opinion de Bourguet qui, de son côté, observa la prétendue épidémie, remarqua qu'un certain nombre de soldats étaient atteints avant leur arrivée au corps, et conclut que l'épidémie n'était pas certaine et la contagion nullement démontrée.

L'épidémie qui, en 1888, atteignit le régiment des sapeurs pompiers, ne semble pas plus probante. On mit en observation, au Val-de-Grâce, un certain nombre d'hommes, dont une douzaine étaient vraiment peladiques, tandis que tous les autres ne présentaient que des taches suspectes ou même furent bientôt reconnus indemnes de toute pelade. On soupçonna comme intermédiaire de la contagion la literie des postes de garde, à cause de l'habituelle localisation des plaques à la nuque où à la partie postérieure du crâne; mais c'est un fait reconnu et expliqué par les partisans de la doctrine névrotrophique que le siège fréquent de la pelade dans la région mastoïdo-nuchale, et il n'y a pas là motif d'invoquer une contagion médiate.

Sabouraud a eu l'occasion d'observer deux épidémies régimentaires de pelade : à Cherbourg d'abord, où, sur 83 soldats isolés comme peladiques, 9 seulement présentaient une alopécie en aires caractérisée; mais plusieurs de ces derniers étaient atteints avant leur arrivée au corps, et tous étaient disséminés dans des casernements et même dans des régiments divers. A la caserne de Babylone, sur 13 fantassins déclarés peladiques, 2 seulement l'étaient véritablement, et encore l'un d'entre eux l'était avant d'être incorporé, tandis que l'autre n'avait eu avec son camarade aucun contact immédiat.

L'épidémie survenue au 15e dragons, à Libourne, en 1889, et rapportée par Bourguedieu, où un maréchal-ferrant et un aide-vétérinaire furent frappés, ainsi qu'une quarantaine de cavaliers, à l'exclusion absolue des officiers et sous-officiers, ressortit plutôt à une trycophytie animale qu'à la pelade, car on remarquera que l'affection n'atteignait pas les gradés, mais seulement les hommes en contact avec les chevaux, qui, à ce moment, perdaient leurs poils.

Pour Sabouraud, contagionniste cependant, les épidémies n'existent pas plus dans les écoles que dans les casernes. Les observations de Lailler, H. Fournier, Tolédano, par exemple, ne suffisent pas pour infirmer cette opinion, non plus que l'épidémie du Creusot (1901), publiée par Dezautières et rapportée par Hallopeau : deux enfants peladiques venus de Paris auraient contaminé dans une école huit de leurs petits camarades et l'instituteur lui-même; la maladie se serait propagée à une école voisine et n'aurait pas épargné les parents des élèves atteints. Cette observation semblerait bien suggestive, si, sur l'affirmation *a priori* de Jacquet, Hallopeau n'avait dû rectifier des erreurs typographiques qui s'étaient glissées dans le compte rendu de la séance académique : 1° ni l'instituteur, ni les parents des

enfants ne doivent être comptés au nombre des adultes atteints de pelade; 2° M. Dezautières a trouvé le plus souvent, particulièrement dans les squames, des spores isolées ou en petits chapelets, qu'il considère comme identiques aux éléments décrits par Malassez dans la pelade. Cette hypothèse de Dezautières est très contestable, et l'on peut soupçonner ces spores en chapelets d'être des spores de trichophyton.

En réalité, on peut admettre que, le plus souvent, les prétendus foyers épidémiques ne sont autre chose que des groupements hétérogènes dont le noyau, habituellement constitué par un petit nombre de pelades vraies, mais spontanées et sans connexions entre elles, est artificiellement grossi par l'adjonction d'alopécies en aires non peladiques, d'origines très diverses, et qui ne sont pas habituellement contagieuses (Déhu).

Il existe cependant des cas où les alopécies sont vraisemblablement contagieuses; mais ces alopécies ne sont pas de vraies pelades. Bowen mentionne l'histoire de 63 enfants d'un orphelinat de 67 élèves, qui furent atteints de plaques de « pelade » (?) dans les quatre mois qui suivirent l'arrivée d'une jeune fille porteuse d'aires alopéciques; les plaques très nombreuses, très petites, de forme irrégulière et souvent angulaire et linéaire, disséminées, sans prédominance régionale quelconque, guérirent au bout de deux mois chez tous les enfants; l'aspect des taches dépilées, leur nombre, leurs dimensions, leur dissémination, leur évolution si rapide, tous ces caractères semblent infirmer le diagnostic de pelade, tandis qu'il n'est guère possible de nier qu'il n'y ait eu là épidémie. Peut-être s'agit-il ici d'une forme contagieuse d'une de ces lésions capables de simuler l'aspect objectif de la pelade : alopécies innominées de Besnier, folliculites décalvantes de Quinquaud, pseudo-pelades de Brocq. Peut-être s'agit-il encore de cas de peladoïde trichophytique parfois d'origine animale, et en particulier transmise par le chat, comme les observations d'Hillairet et de Bourguedieu en fournissent sans doute des exemples.

En résumé, fausses épidémies de vraie pelade, vraies épidémies de fausse pelade (Déhu), voilà à quoi se ramènent en général les observations des défenseurs de la contagion. Ces deux erreurs, souvent associées d'ailleurs, reconnaissent une double cause : de fréquentes fautes de diagnostic et l'affirmation *à priori* de la contagion. Nombre de médecins *voient peladique* : la pelade étant la cause la plus saisissante des alopécies en aires, pour eux, toute tache dépilée, sans squames, croûtes, ni vésicules, est une pelade, et rien d'autre. Combien de reliquats de traumatisme, de furonculose, d'impétigo, combien de teignes surtout sont faussement étiquetés! Sans compter que la simulation peut encore, surtout dans l'armée, venir dérouter le diagnostic. D'autre part, la notion du parasitisme est une opinion d'une si grande force en France qu'il ne vient nullement à l'esprit du public que la pelade puisse ne pas être contagieuse; le public, qui a reçu des médecins la notion de contagiosité, leur restitue cette hypothèse en des affirmations de divers modes (Jacquet). Tel peladique déclare qu'il a été contagionné par une tondeuse, qui n'a fait que mettre en évidence des aires déjà dépilées; tel autre accuse quelqu'un des siens de lui avoir communiqué son alopécie; et ces assertions, tout hypothétiques, ont pour le malade l'évidence d'une réalité. Dès lors, plus de coïncidences, plus de cas héréditaires ou familiaux; toute erreur de diagnostic mise à part, partout où il y a pelade il y a contagion. Nous avons vu que rien n'est moins prouvé. Sans doute, un fait positif vaudrait mieux que tous les faits négatifs; mais le fait positif évident, irréfutable, est encore à trouver. Au contraire, que de faits opposés à l'hypothèse de la transmissibilité! Si la pelade était propagée par les coiffures, les objets de toilette, de literie, elle serait évidemment plus fréquentes dans la classe pauvre, où le manque de soins, la promiscuité, favorisent la contagion; tel est le cas de la teigne; au contraire la pelade est plus répandue dans la clientèle aisée.

Dans les pays où la pelade est rare, il serait facile de suivre la propagation du germe et d'établir la contagion; il n'en est rien. En Russie, en Italie, la contamination ne s'observe jamais. En France, elle est difficile à dépister, impossible à vérifier; les partisans du parasitisme la déclarent souvent paradoxale dans ses allures, « irrégulière, inégale, contradictoire, obscure » (Besnier) Les enfants qui, à l'école, ont infecté nombre de leurs camarades, ne transmettent jamais leur affection à leur entourage familial. Les malades hospitalisés n'ont rien à craindre de leurs voisins peladiques. La contamination connubiale n'est presque jamais alléguée.

Ces faits négatifs se sont multipliés dans ces dernières années, à mesure que les recherches étaient menées avec plus de critique. Sabouraud, qui, ardent contagioniste, en 1896, écrivait que les épidémies « on les constatait à l'hôpital Saint-Louis dix fois par an depuis dix ans », déclarait deux ans plus tard que la pelade ophiasique de l'enfant ne semble aucunement contagieuse, et que la pelade séborrhéique de l'adulte l'est, mais très peu et très rarement.

La contagion, on l'observera en réalité de moins en moins à mesure que l'on se livrera à des enquêtes plus serrées et plus rigoureuses.

Nous pouvons conclure à la fin de cette longue discussion, que la transmissibilité de la pelade n'est pas démontrée, et que par conséquent la théorie parasitaire, fondée exclusivement sur l'hypothèse de la contagion, n'est pas admissible dans l'état actuel de la science.

B. Théorie névrotrophique. — Si les caractères cliniques, anatomiques et étiologiques de la pelade n'ont pu nous convaincre de sa nature parasitaire, ils nous suggèrent au contraire avec force l'idée de son origine nerveuse.

4° *Argument clinique* — Parmi les symptômes qui accompagnent les plaques alopéciques, certains sont évidemment d'ordre nerveux : tels sont les troubles subjectifs du début de l'affection, fourmillements, névralgies, paresthésies diverses; tels sont encore les caractères des aires dépilées, les désordres de sensibilité objective qu'elles présentent, l'hypotonie et la flaccidité de la peau à leur niveau, la diminution de l'excitabilité électrique et de la réaction sudorale, les troubles vaso-moteurs et sécrétoires, la symétrie et la systématisation si remarquables des localisations. Tous les auteurs estiment que les altérations pilaires relèvent d'un processus atrophique, résultent d'un mauvais fonctionnement d'une *sidération* de la papille; il ne diffère que sur la nature du *primum movens* du désordre papillaire.

L'analyse des conditions étiologiques permet cependant de saisir la participation du système nerveux aux lésions peladiques.

Pelades expérimentales par section nerveuse. — Max Joseph en 1886, et l'année suivante Mibelli, en sectionnant la branche postérieure du deuxième nerf cervical immédia-

tement après le ganglion, produisirent, sur le territoire de ce nerf, des disques réguliers, nettement circonscrits, progressant par extension concentrique, et caractérisés à l'examen microscopique par des lésions atrophiques de la peau et des poils. Ce sont là des alopécies de tous points identiques à la pelade humaine. Samuel, Moskolenko, Grégoriantz vérifièrent ces résultats; seul Behrend n'y aboutit pas.

Des lésions nerveuses accidentelles ont entraîné les mêmes conséquences que les sections expérimentales. Pontoppidan vit apparaître chez un malade privé d'un côté de ses ganglions carotidiens, des plaques de pelade bilatérales et symétriques sur le territoire des nerfs occipitaux. Jacquet signala une ophiasis temporo-pariétale droite consécutive à une ténotomie du sterno-mastoïdien droit. Bender-Schweninger et Buzzi ont publié des observations analogues.

La pelade peut manifestement succéder à un traumatisme, coup ou chute sur la tête : les cas de Tyson, Crocker, Schutz, Ollivier, Jacquet, etc., en font foi. Une malade de Jacquet, ayant glissé dans son escalier, s'accrocha par un bras à l'un des barreaux de la rampe, et ce bras supporta la traction de tout le poids du corps; le plexus brachial fut ainsi tiraillé : trois semaines après une aire survenait à la nuque du même côté que le plexus malmené. Une névrite, une contusion ou même un choc réflexe expliqueraient la participation des nerfs à l'apparition de l'alopécie, qui se montre en général dans le voisinage du point traumatisé.

Enfin, fréquents sont les cas où la pelade s'associe à diverses affections nerveuses, centrales ou périphériques.

On a signalé sa coïncidence avec le tabès, le zona, la paralysie faciale (Bœrensprung, Romberg) et même avec des névroses pures, épilepsie, chorée, goitre exophtalmique. Sur 70 cas d'hémiatrophie faciale, on a noté 20 fois l'alopécie en aires. Quant au vitiligo, c'est dans la majorité des cas qu'il s'accompagne de disques peladiques, à tel point que Cazenave faisait de la pelade une simple forme de vitiligo : troubles pigmentaires et foyers glabres apparaissent et progressent d'ordinaire simultanément; cependant la pelade guérit, tandis que le vitiligo persiste; malgré cette différence, on est autorisé à considérer ces deux affections comme le résultat de troubles trophiques très voisins, se développant souvent sous l'influence d'une même cause nerveuse.

Un simple choc psychique peut même être suivi de pelade : frayeur vive, chagrin violent, préoccupations déprimantes, sont souvent relevés dans les observations, telles que celles de Leloir, Frédet, Morton, Archambault, Déhu.

Toutes les maladies générales, infectieuses, dyscrasiques, cachectisantes, peuvent, en l'absence de toute complication nerveuse, provoquer ou favoriser l'apparition de la pelade. Celle-ci est fréquente, en particulier, au cours des deux premières années de la syphilis (A. Fournier). Jacquet pense qu'il y aurait intérêt à rechercher si les malades porteurs de pelade en aires ou de dépilations en clairières, ne sont pas atteints de lésions spécifiques gingivales, buccales et pharyngées. C'est justement à l'époque de ces accidents qu'on constate les troubles peladiques. Sans doute, dans les infections, les toxines entravent-elles la nutrition de la papille pilaire.

Ces diverses causes occasionnelles de la pelade en provoquent l'apparition selon la nature du terrain sur lequel elles agissent. Il existe, en effet, une véritable prédisposition à la pelade, dont un déséquilibre des fonctions nerveuses, caractérisé par une exagération de l'excitabilité réflexe, semble être l'élément essentiel. Cette prédisposition peut être individuelle. Elle peut être aussi familiale, se manifestant chez des frères, des cousins. Elle peut être enfin héréditaire : de parents peladiques peuvent naître des enfants glabres dès la naissance et pour toute leur vie, ou qui deviennent peladiques au cours de leur existence.

Ainsi, une lésion traumatique ou pathologique, un choc physique, une commotion morale peuvent réaliser la formation de plaques alopéciques. Personne ne le nie, les contagionnistes eux-mêmes en conviennent, mais ils se refusent à identifier à la pelade vulgaire ces alopécies névrotrophiques et en font de fausses pelades. Cependant rien ne justifie la distinction qu'ils établissent entre ces fausses pelades et les pelades vraies supposées parasitaires : mêmes symptômes, même évolution, mêmes lésions atrophiques, pour les deux variétés. Aucune notion étiologique ne peut servir de critérium différentiel; car, d'une part, la nature parasitaire des vraies pelades n'est pas prouvée; et, d'autre part, le fait qu'un premier examen ne révèle aucun trouble nerveux ne saurait faire exclure l'hypothèse d'une pelade dystrophique : il est exceptionnel qu'une minutieuse enquête ne dépiste pas quelque symptôme de cet ordre. Jacquet l'a démontré. Un grand nombre d'observations, consciencieuses, rigoureuses, fruits d'une investigation plus pénétrante que les enquêtes de ses devanciers, lui ont servi à édifier sa théorie personnelle de l'origine nerveuse de la pelade, que nous allons maintenant exposer.

Pour Jacquet, l'aire glabre n'est pas toute la pelade, il s'y associe « tout un ensemble morbide, préalable, simultané ou consécutif, qu'on ne doit pas en dissocier, et qui lui constitue une atmosphère ». L'hypotonie, au moins à la période d'état, de la peau et des tissus mésodermiques, en est le principal élément : tous les éléments constituants de la peau participent à cette dystrophie, comme le prouvent l'atonie et la flaccidité de la peau, l'abolition de la réaction pilaire, les troubles excrétoires, séborrhée, hyperidrose, ou au contraire astéatose, anidrose. Des phlébectasies locales ou généralisées et des ptoses cutanées et viscérales révèlent l'hypotonie organique en son ensemble. Un trouble congénital fréquent, l'*agénésie pilaire*, vient encore compléter ce tableau. L'urologie, dénotant la viciation du taux nutritif des peladiques, par des troubles divers dont les plus constants sont la polyurie, l'hyperchlorurie, l'hypophosphaturie et l'albuminurie *minima*, fait soupçonner la cause profonde de cette dystrophie générale.

La pelade ainsi préparée par des causes lointaines et foncières, est déterminée et « fixée » par des irritations locales partant d'un point quelconque des neurones centripètes (pelades réflexes) et peut-être aussi des centres (pelades centrales).

Les pelades réflexes peuvent résulter d'altérations somatiques variables et multiples : une otite, une pleurésie, une orchite douloureuse, une gastralgie, des traumatismes divers, un surmenage même, peuvent déterminer l'apparition et la localisation des aires alopéciques. Ces sollicitations morbides, dont souvent aucune n'est en relief évident, s'additionnent en général pour constituer une « somme ou *sommation peladogène* » dont la dépilation n'est qu'une résultante. Les plus fréquents, les mieux connus de ces troubles peladogènes sont sans contredit des irritations *dentaires*.

Celles-ci se manifestent sous deux formes : tantôt il s'agit de l'*éruption* d'une dent, tantôt d'une *lésion* gingivo-dentaire. Elles engendrent un syndrome dit : *néo-dentaire* dans le premier cas, *odontopathique* dans le second. Les névralgies latente et spontanée forment l'élément principal, mais que viennent compléter la fluxion, l'érythrose faciale, l'hyperthermie ou l'hypothermie, l'adénopathie, l'hypertrophie amygdalienne, l'hyperesthésie musculaire plus ou moins systématisée. Du même côté que le syndrome, et d'ordinaire quelque temps après lui, apparaît la pelade, en un point où aboutit par voie réflexe l'irritation dentaire. La localisation de ce trouble trophique n'est pas fortuite; elle se fait de préférence dans les régions pauvres en terminaisons nerveuses : la zone nucho-mastoïdo-maxillaire, qui présente une innervation physiologique *minima*, est par excellence, un *zone peladophore*. On peut suivre le trajet de l'incitation peladogène : partie des plexus dentaires, elle gagne le ganglion de Gasser, et, par lui, le noyau bulbaire; puis elle suit la longue racine inférieure du trijumeau, qui vient, à la hauteur de la première paire cervicale, se joindre avec la colonne grise origine des racines sensitives qui fournissent à la région cervicale postérieure.

Il ne manquait plus à la doctrine névrotrophique qu'un critérium thérapeutique : la fréquence de la pelade aux périodes d'évolution des dents, la coïncidence de l'entr'acte peladique et de l'entr'acte dentaire au cours de l'évolution, la réapparition fréquente de la dermatose à chaque nouvel accident dans la zone du trijumeau, enfin les résultats rapides déjà obtenus par l'intervention médicale dans plusieurs cas de pelade dentaire, sont autant d'arguments qui viennent à l'appui de la thèse.

On voit ainsi comment, conduit par les faits, Jacquet peut conclure que la pelade n'a rien de *spécifique*, et qu'on doit la considérer « comme un symptôme parfois négligeable, parfois prédominant, d'un ensemble à la fois très complexe et très banal, précédent la dépilation, l'accompagnant et lui survivant », symptôme dont le processus est un exemple de « l'*unité* pathogénique dans la *variété* et la *multiplicité* étiologiques ». Pour l'auteur, la pelade n'est donc exclusivement ni une maladie générale, ni une maladie locale, mais une maladie à la fois *générale et locale*.

Cette théorie dont plusieurs points encore méritent d'être approfondis, explique en somme et classe les faits d'une façon rationnelle, est bien coordonnée et présente la clarté des idées justes. Elle donne un substratum à la doctrine névrotrophique jusque-là vague et sans étai, depuis 1858 où Bærensprung semble en avoir eu l'instinct.

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Dysenterie aiguë et chronique. *Symptomatologie. Traitement. Prophylaxie* (1), par le docteur A. Galliot, médecin en chef de première classe de la Marine, ancien professeur de clinique médicale à l'École des médecins stagiaires de la marine, médecin en chef résident à l'hôpital maritime Saint-Mandrier de Toulon.

Dans le tome II, M. Galliot s'occupe de la symptomatologie du traitement et de la prophylaxie de la dysenterie, soit aiguë, soit chronique.

(1) Petit in-8°. (Encycl. scient. des aide-mémoire.) Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Ce second volume offre davantage un cachet original et personnel. A chaque page, on comprend que l'auteur, observant de nombreux dysenteriques depuis de longues années, n'a eu qu'à faire appel à des souvenirs pour rédiger la partie clinique et tracer les règles comme les indications du traitement.

La description des symptômes est alerte et prise, on le sent, sur le vif; çà et là il existe des tableaux saisissants qui sont comme des photographies de la situation dans laquelle parfois se trouvent les malheureux atteints de dysenterie, qu'il s'agisse de l'état aigu ou de l'état chronique.

L'auteur indique avec détails, mais avec non moins de clarté, les signes qui permettent de reconnaître les différentes formes que revêt cette maladie suivant les régions ou le génie épidémique.

Il étudie avec le plus grand soin les associations possibles et énumère d'une façon complète toutes les complications qui peuvent survenir.

Les chapitres : Diagnostic, Pronostic, Marches et suite, sont en rapport avec la description clinique.

M. Galliot s'est étendu nécessairement sur le traitement. On sent qu'il s'est trouvé non moins à son aise pour en parler que pour rédiger la symptomatologie. Après avoir traité la thérapeutique générale de la dysenterie et indiqué les médications successivement employées, il décrit la méthode de traitement en usage dans la marine et montre tous les bénéfices que lui et ses collègues tirent journellement de l'usage de l'ipéca à la brésilienne.

Avant de passer au traitement de la dysenterie chronique, M. Galliot consacre quelques lignes aux merveilleux résultats qu'il a obtenus de l'emploi d'un sérum antidysentérique en expérimentation dans son service. Si les faits qu'il signale se confirment, on peut prévoir qu'ils sont appelés à un grand retentissement. L'humanité sera encore une fois redevable à la science bactériologique d'une nouvelle sauvegarde.

La médication contre la dysenterie chronique est tirée de la pratique des médecins de la marine et des colonies et repose tout entière sur le régime approprié et l'emploi des lavements de nitrate d'argent.

Quiconque aura à s'occuper de l'expansion coloniale lira avec fruit tout ce qui concerne le traitement d'une affection relativement rare en dehors du milieu maritime, mais la principale ennemie aux colonies et contre laquelle les médecins de la marine ont eu à lutter très souvent avec bonheur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — Par décision ministérielle du 25 septembre 1902, les étudiants en médecine dont les noms suivent ont été nommés, après concours, élèves du service de santé de la marine, à l'école de Bordeaux :

1. MM. Robin, Martin, Sibenaler, Le Berre, Chevillard, Challier, Lefebvre, Blain, Riou, Quentel.

11. Gaillaud, Delahet, Marque, Bouthillier, Casabianca, Gaubil, Jaubert, Brochet, Gourgand, Besse.

21. Bodet, Dreneau, Vouters, Marnata, Ducellier, Cheynel, Jambon, Fauré, Plazy, Duhoureau.

31. Chamontin, Récamier, Badin, Pichon, François, Potel, Guiselin, Popp, Armengaud, Armstrong.

41. Bouchaud, Audhuy, Vidal, Zaepffel, Espinasse, Bouissière, Sauvet, Laporte, Guichard, de Schacken.

51. Salonne, Roton, Renault.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-huitième semaine, 715 décès, au lieu de 735 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 801. Le chiffre de la semaine actuelle est le plus faible qui ait été observé cette année.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès, chiffre inférieur à la moyenne (14); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 39, au lieu de 33 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (78).

La variole, comme pendant les quatre dernières semaines, n'a pas causé de décès; le nombre des cas nouveaux est de 3, inférieur à celui de la semaine précédente (6) et à la moyenne (12).

La rougeole a causé 6 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne, 4; la scarlatine n'a causé que 1 décès, chiffre identique à la moyenne; la coqueluche, comme pendant la semaine précédente, a causé 6 décès, chiffre identique à la moyenne; la diphtérie, 2 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (8) et à la moyenne 4; pour cette dernière affection le nombre des cas nouveaux est de 68, au lieu de 62 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 36.

La diarrhée infantile a causé 66 décès de 0 à 1 an, au lieu de 77 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 70. En outre, 25 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 69 décès, au lieu de 76 pendant la semaine précédente et au lieu de 94, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre, peu élevé, se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 7 décès (au lieu de la moyenne 5); bronchite chronique, 6 (au lieu de la moyenne 16); pneumonie, 17 (au lieu de la moyenne 27); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 39 (au lieu de la moyenne 46), dont 17 sont dus à la congestion pulmonaire et 15 à la broncho-pneumonie. En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 162 décès; la méningite tuberculeuse, 13; la méningite simple, 20; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 15 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 49; les maladies organiques du cœur, 46; le cancer a fait périr 41 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 5 décès; la cirrhose du foie, 14; la néphrite, 20; enfin, 23 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Milliot (d'Herbillion).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6 280
— de potasse ...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives. Emplois spéciaux:* **SAINT-JEAN,** maladies des organes digestifs; — **PRECIEUSE,** maladies de l'appareil biliaire; — **DESIRÉE**, maladies de l'appareil urinaire; — **RIGOLETTE**, chlorose, anémie; **MAGDELEINE**, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE		
Acide sulfurique libre........................		1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate »	Sesqui-oxyde de fer......	0.44
— de chaux..........................		
Chlorure de sodium..........................		
Matières organiques..........................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : **1 bouteille par jour.**

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. Le VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : Un verre à Madère après chaque repas. MARIANI, ph^ien, 41. Boul. Hausmann, et t^tes ph^ies.

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées p^r jour. Bd Haussmann, 41, Paris et ph^ies.



ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

PRIX du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

Dépôt à Paris dans toutes les Pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Le Phosphore tel que le présente la Nature

OVO-LÉCITHINE BILLON

DRAGÉES D'OVO-LÉCITHINE BILLON à 0 gr. 05 centigr

DOSE : De 3 à 5 par jour, aux repas.

GRANULÉ D'OVO-LÉCITHINE BILLON à 0 gr. 05 c. par cuill. à café.

DOSE : De 3 à 5 cuillerées à café par jour, aux repas. — Pour les Enfants : de 1 à 2 cuil. à café.

INJECTION HYPODERMIQUE D'OVO-LÉCITHINE BILLON

à 0 gr. 05 par centimètre cube (intra-musculaire). — DOSE : Une injection tous les 2 jours.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :

NEURASTHÉNIE	TUBERCULOSE	CHLORO-ANÉMIE
SURMENAGE	RACHITISME — SCROFULE	PHOSPHATURIE
CONVALESCENCE	ARRÊTS de CROISSANCE	DIABÈTE

DÉPÔT GÉNÉRAL : MICHELAT & LESUEUR, 2 et 4, Rue du Marché-des-Blancs-Manteaux, PARIS.
DÉTAIL : 46, Rue Pierre Charron *et toutes Pharmacies.*

DIATHÈSE URIQUE **PIPÉRAZINE** EFFERVESCENTE **MIDY** DOSE : 2 à 6 MESURES PAR JOUR

MYCODERMINE DÉJARDIN

(LEVURE DE BIÈRE PURE SÉLECTIONNÉE)

Recueillie au cours de la fabrication de l'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS et concentrée en pilules INALTÉRABLES douées de toute l'énergie de la levure FRAICHE

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE

entièrement soluble dans le *Chloroforme.* Les **Granules** et la **Solution** de **Digitaline** d'HOMOLLE & QUEVENNE sont préparés exclusivement avec la *Digitaline Chloroformique.*

N° 110. — MARDI 30 SEPTEMBRE 1902. 75e ANNÉE. MARDI 30 SEPTEMBRE 1902. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SIALORRHÉE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. le docteur E. Marandon de Montyel, médecin en chef de Ville-Évrard.

Depuis longtemps l'hypersécrétion salivaire a été signalée dans la paralysie générale, mais je ne crois pas que le phénomène ait été jusqu'ici l'objet d'une étude suivie chez les mêmes malades aux trois périodes de la maladie. MM. Christian et Ritti disent que chez certains paralytiques on remarque soit, au début soit à la fin de l'affection, un écoulement de salive hors de la bouche; mais ils se demandent si cela tient à ce qu'ils oublient de l'avaler ou bien à ce qu'il y a hypersécrétion réelle. D'après MM. Gilbert Ballet et Paul Blocq, les modifications de la secrétion salivaire n'ont rien de caractéristique. M. Sollier signale le ptyalisme et la sialorrhée. Pour MM. Magnan et Sérieux la sécrétion salivaire peut être augmentée et parfois le ptyalisme est tellement intense qu'il épuise le malade. Enfin M. Féré l'a vu se manifester trois mois avant le début apparent de la maladie ou précéder des attaques épileptiformes. Tels sont les seuls renseignements que nous avons trouvés et ils semblent bien indiquer qu'on s'est borné à observer le phénomène et à le noter.

Dans ces conditions il n'est peut-être pas sans intérêt de rapporter les constatations opérées durant plusieurs années sur *cinquante-quatre* paralytiques généraux hommes, suivis patiemment et minutieusement *du début de la périencéphalite chronique à la terminaison*. En même temps que la sécrétion salivaire nous eûmes soin de relever les autres manifestations physiques et psychiques et de rechercher les causes du mal. Nos observations nous permettent en conséquence non seulement d'établir les hypersécrétions salivaires et leur fréquence en général et pour chacune des trois périodes de la maladie, mais encore dans les états de calme et d'agitation et dans les diverses variétés mentales de la périencéphalite chronique; puis de rechercher l'influence que peuvent exercer l'étiologie, l'âge et les saisons, enfin le rapport de ce trouble sécrétoire avec ceux de la motilité et des sensibilités. Et comme nous avons eu la constance de suivre les *mêmes malades d'un bout à l'autre de leur affection*, nous sommes en mesure de fournir des indications sur l'évolution du phénomène. Nous eûmes aussi grand soin de nous assurer que la salive était bien sécrétée en excès.

Chez douze de nos cinquante-quatre paralytiques nous avons constaté de l'hypersécrétion salivaire, d'où nous avons pour la *normalité* et l'*anormalité* :

Normalité...........	42, soit 77,8 p. 100	
Anormalité...........	12	— 22,2 —
Total......	54	

Ainsi plus d'un de nos paralytiques généraux sur cinq eut de l'hypersécrétion salivaire. C'est là une proportion relativement très élevée et nous devons certainement de l'avoir trouvée aux soins minutieux que nous avons pris de suivre de très près les *mêmes malades*, *depuis le jour de leur entrée dans le service, à la première période, jusqu'à leur mort*. Nous nous sommes livré, en effet, sur eux à de très fréquentes constatations à toutes les phases du mal, constatations qui s'élèvent à 1820 et qui se décomposent comme il suit :

Normales..........	1630, soit 89,6 p. 100	
Anormales.........	190	— 10.4 —
Total......	1820	

Si un cinquième de nos paralysés généraux eut de l'hypersécrétion salivaire c'est seulement dans un dixième de nos constatations que cette anormalité a été relevée; c'est que, tandis que celles-là se sont poursuivies, comme nous l'avons dit, durant tout le cours de la périencéphalite chronique, celle-ci ne fut qu'un accident qui ne s'est jamais montré qu'une fois chez nos sujets et dont la durée fut le plus souvent inférieure à six mois. Une fois seulement l'hypersécrétion salivaire persista pendant neuf mois et deux fois quinze mois comme le montre le tableau suivant :

1 mois..............................	1
2 —	2
3 —	2
4 —	1
5 —	3
9 —	1
15 —	2
Total......	12

Nous devons maintenant ajouter que le phénomène n'eut

pas toujours la même *intensité*. A cet égard nos 190 constatations d'anormalité donnent :

Hypersécrétion modérée.	41, soit 21,5 p. 100	
— excessive.	149 — 78,5 —	
Total......	190	

Ainsi les hypersécrétions excessives ont été plus de trois fois plus souvent constatées que les modérées. On voit donc que le plus souvent l'écoulement de la salive fut assez abondant pour écarter toute erreur d'appréciation, d'autant plus que nos malades, au nombre seulement de trois, qui eurent un degré modéré, de salivation l'eurent à d'autres moments à un degré excessif.

Mais il convient de ne pas se contenter de cette étude d'ensemble et il est utile d'étudier le phénomène aux *trois périodes* de la paralysie générale. De nos 54 paralytiques il n'en est que 21 qui aient parcouru ces trois périodes : 18 ont succombé à la phase initiale et 15 à l'intermédiaire ; il en résulte que si nous avons 54 sujets pour la première période, il ne nous en reste plus que 36 pour la seconde et 21 pour la troisième. J'ajouterai que chez trois paralytiques l'hypersécrétion salivaire commencée au cours de la phase initiale s'est continuée à la suivante et, pour deux, commencée à la seconde période, a persisté à la troisième. C'est ce qui explique pourquoi le total de nos hypersécrétions aux trois périodes est de 17 au lieu de 12.

	Première période.	Deuxième période.	Troisième période.
Normalité	49, soit 90,8 p. 100	26, soit 72,1 p. 100	19, soit 90,5 p. 100
Anormalité	5 — 9,2 —	10 — 27,9 —	2 — 9,5 —
Nombre de malades.....	54	36	21

Nous avons donc trouvé à la première et à la troisième période la même proportion de paralytiques ayant présenté de l'hypersécrétion salivaire et une proportion trois fois plus forte à la seconde période.

Il semble ainsi bien établi que c'est à la phase intermédiaire que la sécrétion de la salive a le plus de tendance à s'exagérer.

Nos 1820 constatations fournissent aux trois périodes le tableau suivant dont les résultats proportionnels sont plus que confirmatifs des précédents :

	Première période.	Deuxième période.	Troisième période.	Totaux.
Normalité....	936, soit 95,6 p. 100	462, soit 77,7 p. 100	232, soit 94,7 p. 100	1630
Anormalité...	44 — 4,4 —	133 — 22,3 —	13 — 5,3 —	190
Totaux...	980	595	245	1820

Le tableau qui suit, établit que c'est à la seconde période que nous avons la plus forte proportion de constatations d'hypersécrétions modérées, lesquelles ont complètement fait défaut à la troisième.

	Première période.	Deuxième période.	Troisième période.	Totaux.
Modérée.........	7, soit 15,9 p. 100	34, soit 25,5 p. 100	0, soit 0 p. 100	41
Excessive........	37 — 84,1 —	99 — 74,5 —	13 — 100 —	149
Totaux...	44	133	13	190

Ainsi la phase intermédiaire, tout en étant la plus riche en sialorrhée, serait celle où on la rencontrerait le plus souvent à un degré atténué.

Comme on sait, le *délire* de la paralysie générale est très variable et a été rangé sous quatre formes : l'expansive, la dépressive, la mixte, la démentielle, auxquelles il convient d'ajouter la rémission si fréquente au cours de la périencéphalite chronique. La sécrétion de la salive est-elle accrue avec la même fréquence et la même intensité dans ces cinq variétés mentales ? Comme le même paralytique peut successivement les présenter toutes, attendu qu'il est tout à fait exceptionnel que l'état mental ne se transforme pas, il n'est pas possible pour répondre à cette question de tabler sur le nombre de sujets. Force est de se limiter aux constatations opérées et dans lesquelles on a noté tel ou tel genre de délire. A cet égard nos 1820 constatations nous donnent :

	Expansive.	Dépressive.	Mixte.	Démentielle.	Rémission.	Totaux.
Normale..	706, soit 91,3 p. 100	77, soit 63,7 p. 100	168, soit 100 p. 100	560, soit 87,8 p. 100	119, soit 100 p. 100	1630
Anormale.	68 — 8,7 —	44 — 36,3 —	0 — 0 —	78 — 12,2 —	0 — 0 —	190
Totaux.	774	121	168	638	119	1820

Nous n'avons jamais constaté l'hypersécrétion salivaire dans la forme mixte ni dans la rémission. C'est la forme dépressive qui nous a fourni de beaucoup la plus forte proportion de sialorrhée ; après, la suivant de très loin, arrive la forme démentielle que serre au contraire d'assez près l'expansive. Pour l'intensité nous avons :

	Expansive.	Dépressive.	Démentielle.	Totaux.
Modérée.......	0, soit 0 p. 100	0, soit 0 p. 100	41, soit 52,6 p. 100	41
Excessive......	68 — 100 —	44 — 100 —	37 — 47,4 —	149
Totaux...	68	44	78	190

La forme démentielle, celle qu'on a désignée sous le nom de paralysie générale sans délire, car elle est caractérisée par un simple affaiblissement intellectuel sans conceptions délirantes, est donc la seule qui ait eu de la sialorrhée à un degré modéré. Dans les deux autres formes mentales qui en présentent, l'expansive et la dépressive, elle fut toujours au degré excessif.

Mais quel que soit le délire, le même paralytique peut

être tour à tour *tranquille* et *agité*. Les états de tranquillité et d'agitation, à en juger par le tableau suivant, auraient une certaine influence.

La sialorrhée fut donc deux fois plus souvent constatée quand les paralytiques étaient agités que quand ils étaient calmes. Ici surtout il y avait à bien s'assurer que les malades ne crachaient pas sous l'influence de leur excitation, mais que la salive était réellement sécrétée en excès. Nous

	Calme.	Agitation.	Totaux.
Normalité	986, soit 92,8 p. 100	644, soit 85,1 p. 100	1630
Anormalité	77 — 7,2 —	113 — 14,9 —	190
Totaux...	1063	757	1820

y avons apporté tous nos soins et nous croyons n'avoir enregistré comme anormaux que des cas qui l'étaient réellement. D'ailleurs dans le tableau suivant on voit que la proportion des hypersécrétions modérées est plus forte avec le calme qu'avec l'agitation :

	Calme.	Agitation.	Totaux.
Modérée..	21, soit 27,2 p. 100	20, soit 17,7 p. 100	41
Excessive.	56 — 72,8 —	93 — 82,3 —	149
Totaux.	77	113	190

Ce n'est donc que dans un petit nombre de constatations que nous avons accepté pour les agités une salivation modérément exagérée.

Pour compléter ces recherches il importe de rechercher l'influence exercée par l'étiologie, l'âge et les saisons; les rapports de la sialorrhée avec les troubles de la motilité et des sensibilités.

Les *causes* qui ont engendré la paralysie générale, d'après le tableau qui suit, auraient une influence marquée.

	Syphilis.	Syphilis et alcool.	Alcool.	Traumatisme.	Autres causes.	Totaux.
Normalité..	17, soit 65,4 p. 100	5, soit 71,5 p. 100	8, soit 100 p. 100	1, soit 50 p. 100	11, soit 100 p. 100	42
Anormalité.	9 — 34,6 —	2 — 28,5 —	0 — 0 —	1 — 50 —	0 — 0 —	12
Totaux.	26	7	8	2	11	54

En effet, de nos douze paralytiques qui eurent de l'hypersécrétion salivaire, onze étaient syphilitiques; seul un exempt de syphilis d'après l'enquête la plus minutieuse devait son mal à un violent traumatisme cranien. Avec nos 1820 constatations nous obtenons :

Déjà au tableau précédent, la proportion la plus forte d'anormalité appartient à la paralysie générale traumatique; ici l'écart en faveur de celle-ci s'accentue encore bien davantage. Il semblerait donc résulter de ces constatations que plus encore que la syphilis, le traumatisme

	Syphilis.	Syphilis et alcool.	Alcool.	Traumatisme.	Autres causes.	Totaux.
Normalité..	744, soit 87,6 p. 100	259, soit 83,9 p. 100	306, soit 100 p. 100	20, soit 37 p. 100	301, soit 100 p. 100	1630
Anormalité.	106 — 12,4 —	50 — 16,1 —	0 — 0 —	34 — 63 —	0 — 0 —	190
Totaux.	850	309	306	54	301	1820

cranien favorise la sialorrhée. Mais je ferai remarquer que je n'ai eu à ma disposition que deux cas de paralysie traumatique, cette variété de la périencéphalite chronique étant assez rare, et qu'un aussi petit nombre d'observations oblige à de grandes réserves. Ensuite au tableau suivant, on constate qu'avec la syphilis, surtout quand elle était l'unique cause du mal, la proportion de sialorrhée au degré modéré fut très faible; presque toujours avec cette étiologie

	Syphilis.	Syphilis et alcool.	Traumatisme.	Totaux.
Modérée......	6, soit 5,9 p. 100	14, soit 28 p. 100	21, soit 61,8 p. 100	41
Excessive.....	100 — 94,1 —	36 — 72 —	13 — 38,2 —	149
Totaux...	106	50	34	190

l'hypersécrétion salivaire a été excessive, tandis que c'est tout à fait le contraire avec le traumatisme. Il y a là un fait d'une haute importance qui porte à attribuer à la vérole un rôle prépondérant.

(*A suivre.*)

LA BLENNORRAGIE DANS SES RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE ET LA PUERPÉRALITÉ

D'après M. A. Fruhinsholz (1).

Les relations de la blennorragie avec la grossesse et la puerpéralité sont assez souvent méconnues, et il est encore des auteurs pour nier que la blennorragie ait une influence sur la puerpéralité. Cette opinion ne saurait plus être admise aujourd'hui et il faut bien connaître les accidents puerpéraux dus au gonocoque, si l'on veut intervenir utilement dans un grand nombre de cas obstétricaux.

On attribue généralement à Næggerath le mérite d'avoir, le premier, attiré l'attention des médecins sur les rapports qui unissent la blennorragie et la puerpéralité; cependant ces rapports avaient été signalés expressément, un an auparavant, par Gile, selon qui « la péritonite gonococcique serait moins grave et moins longue que la péritonite puerpérale ». Quoi qu'il en soit de cette question de priorité, les affirmations de ces deux auteurs, soutenues par Macdonald et Hennig, sont révoquées en doute ou taxées d'exagération jusqu'au jour de la découverte du bacille de Neisser. Alors la possibilité d'accidents génitaux gonococciques survenus au cours de la grossesse ou après l'accouchement est admise par tous les auteurs : Sænger, Kaltenbach, Penrose, Ross publient des observations importantes, Steinbüchel montre la fréquence des lésions annexielles chez les femmes blennorragiques, Veit signale la péritonite gonococcique survenue peu après l'accouchement, Burn rapporte trois cas d'infection puerpérale mortelle qu'il attribue à une blennorragie préexistante, Schumacher publie une thèse sur la salpingite et la paramétrite

(1) J.-B. Baillière, édit., Paris, 1902.

blennorragique, Fristch, Fuchs, Cumston, Lara publient des observations intéressantes, Doléris, Menge et Krönig discutent les relations de la blennorragie avec l'infection puerpérale, Krönig étudie la bactériologie du puerpérisme gonococcique.

Dans quelles conditions une femme enceinte est-elle blennorragique? Il est évident qu'une femme enceinte peut contracter la blennorragie pendant sa grossesse, mais, le plus souvent, la femme est en possession de blennorragie au moment même de la conception, et alors une question se pose : dans quelles conditions une femme atteinte de blennorragie peut-elle être fécondée, car s'il est avéré que les reliquats gonococciques ont souvent comme conséquence fâcheuse la stérilité, il n'en est pas moins vrai qu'il existe un stade intermédiaire entre la contagion initiale et les altérations profondes des organes de la génération, où la femme conserve toutes ses facultés conceptionnelles.

Lorsque la grossesse survient au cours d'une blennorragie floride, il est probable que celle-ci est peu profonde, n'atteignant que les organes génitaux externes, la cavité cervicale tout au plus. Lorsque, au contraire, la grossesse vient compliquer une blennorragie chronique utérine, c'est que la métrite chronique du col n'apporte pas d'entrave à la fécondation, d'autant moins que la femme est multipare et que son col, par conséquent, est plus accessible au spermatozoïde. La conception peut même s'opérer dans les cas rebelles de métrite cervicale interstitielle avec col hypertrophié, d'où s'écoulent sans cesse des flots de pus.

La blennorragie est-elle modifiée par la grossesse? Cette question est discutée, Burn la résout par la négative, Fehling, Zweifel, Krönig, Sœnger, Julien, Verchère attribuent au contraire à la grossesse une influence défavorable sur le processus blennorragique, et en effet, les observations montrent que, très souvent, la gonococcie subit une recrudescence, au moment de la conception. La vaginite blennorragique, exceptionnelle chez la femme non gravide, deviendrait assez fréquente au cours de la grossesse; quant aux autres localisations habituelles de la blennorragie féminine, métrite, vulvite, bartholinite, elles ne semblent pas notablement influencées par la gravidité. Cependant, pour Fehling, elles seraient plus fréquentes et plus graves pendant la grossesse qu'en dehors de cet état. En somme, la grossesse constitue généralement un facteur aggravant pour la blennorragie, d'autant plus qu'elle interdit une thérapeutique active, contre les localisations cervicales en particulier.

Quelle est maintenant l'influence de la blennorragie sur la grossesse? Cette influence est diversement interprétée. Niée par Brunn, Trangoff, elle est admise formellement et considérée comme défavorable par la plupart des auteurs, Næggerath, Sänger, Krönig, Müller, Winckel, Camescasse, etc.; Sänger croit l'aptitude abortive de la blennorragie aussi marquée que celle de la syphilis, Næggerath cite une proportion de 12 avortements sur 50 grossesses chez des femmes blennorragiques. M. Fruhinsholz pense que cette influence a peut-être été un peu exagérée, mais que, cependant, l'action abortive de la gonococcie est absolument indéniable. Elle est peut-être due aux lésions annexielles, aux adhérences, aux déviations utérines, mais elle paraît, dans un certain nombre de cas, sous la dépendance directe de lésions déciduales ou placentaires dans lesquelles on a pu retrouver le gonocoque (Fabre, Meslewky, etc.). Dans ces cas, le gonocoque se trouvait-il dans l'utérus avant la greffe de l'œuf ou bien est-il venu s'y établir après? Le plus souvent, le gonocoque existe dans l'épaisseur de la muqueuse utérine bien avant la grossesse, mais parfois aussi on doit supposer, au cours de la grossesse, une pénétration active du gonocoque depuis le col jusqu'au corps utérin.

On est peu fixé sur l'évolution de la grossesse lorsque celle-ci est accompagnée de lésions annexielles gonococciques : l'avortement peut encore s'observer, mais, d'autres fois, la collection suppurée (salpingite, périmétrite) peut se rompre dans le péritoine sans que la mort s'en suive fatalement, le pus gonococcique étant relativement bien supporté par le péritoine : aussi peut-on, au moins théoriquement, admettre que les conséquences d'un tel accident seraient moins fâcheuses que s'il s'agissait de péritonite due aux pyogènes vulgaires.

Nous manquons aussi de données précises pour apprécier l'influence de la blennorragie sur l'accouchement. Pour Winckel, la blennorragie cervicale est parfois responsable de rupture prématurée ou précoce des membranes; d'autres auteurs incriminent la gonococcie dans nombre de cas d'oblitération du col chez des femmes enceintes, enfin Fehling et Schumacher indiquent la fréquence de la rigidité des parties molles vagino-vulvaires, à la suite des érosions et de l'hypertrophie du tissu conjonctif qui accompagnent la blennorragie chronique.

Les conséquences que peut avoir la blennorragie sur l'évolution de la puerpéralité sont encore des plus difficiles à déterminer en raison de la difficulté clinique que l'on éprouve toujours à diagnostiquer la blennorragie féminine et de déterminer avec précision, dans les accidents puerpéraux, la part précise qui revient au gonocoque.

Bactériologiquement, tous les auteurs qui ont eu l'occasion d'examiner les lochies des femmes blennorragiques accouchées sont d'accord sur le fait de la multiplication microbienne, de la multiplication du gonocoque en particulier; mais au gonocoque, dont la vitalité paraît exaltée par l'alcalinité du milieu et l'état d'imbibition des tissus, s'adjoignent souvent d'autres microbes : il s'établit alors des infections mixtes, associées — celles-ci encore discutées — et surtout secondaires, le gonocoque gardant toujours le premier rôle : aussi doit-on admettre que tous les accidents qui peuvent survenir chez les femmes accouchées blennorragiques sont essentiellement des accidents gonococciques, c'est-à-dire où le gonocoque lui-même joue le rôle important. La blennorragie peut d'ailleurs être aussi une cause indirecte d'accidents puerpéraux par le mécanisme des infections secondaires : Gottschalk et Immewahs ont en effet démontré que souvent, à un moment donné de l'évolution de la blennorragie, s'opère la substitution d'une espèce microbienne à l'autre, le plus souvent du staphylocoque au gonocoque. Il est dès lors facile de se rendre compte de la variété et de la complexité des accidents que la blennorragie est susceptible de provoquer au cours de la puerpéralité.

Les accidents blennorragiques de la puerpéralité peuvent survenir dans des conditions diverses : le plus souvent, c'est une blennorragie cervicale qui est le point de départ des accidents, accidents souvent fort graves, lorsque la blennorragie est récente. C'est ainsi que, dans une observation de Fuchs, une femme présente, quelques jours après son accouchement, des signes alarmants de périsalpingite droite; en interrogeant le mari, on apprend « qu'il est por-

teur d'une blennorragie florissante, jeune d'une semaine environ, contractée avec la sœur de sa femme, prostituée, et qu'il a eu ensuite des rapports avec son épouse ». Tantôt les accidents blennorragiques de suites de couches surviennent spontanément, tantôt leur apparition est favorisée par des causes occasionnelles telles que la reprise du coït ou le retour de la menstruation ; en tous cas, les primipares semblent beaucoup plus exposées que les multipares (Lara, Burn, etc.).

Suivant leur date d'apparition, les accidents gonococciques de la puerpéralité peuvent être distingués en accidents précoces et en accidents tardifs. Les premiers sont ou des accidents graves résultant du réveil brusque, sous l'influence de l'accouchement, d'anciennes collections gonococciques du bassin, restées latentes jusqu'alors, ou des accidents bénins, dont le type est donné par l'endométrite gonococcique; les seconds surviennent de la deuxième à la huitième semaine de couches; ce sont des manifestations à distance : blennorragie ascendante, infection généralisée à gonocoques, localisations anormales.

Les manifestations de la blennorragie au cours de la puerpéralité sont très diverses : quelquefois, c'est une blennorragie latente qui se réveille à cette occasion, d'autres fois, ce sont des localisations nouvelles qui se font, enfin, et exceptionnellement, une blennorragie existante peut compliquer et aggraver le tableau clinique, à la suite d'une opération césarienne par exemple. Le pronostic de ces accidents ne laisse pas que d'être sérieux pour la fonction, sinon pour la vie; quant au diagnostic, il sera facilité par la connaissance des accidents puerpéro-gonococciques et la recherche systématique de la blennorragie dans tous les cas douteux.

M. Fruhinsholz se livre ensuite à l'étude analytique des manifestations blennorragico-puerpérales, qu'il divise en trois chapitres : celles qui dérivent d'une localisation primitivement utéro-vulvo-vaginale de la blennorragie, celles qui dérivent d'une localisation primitivement annexielle, et enfin les manifestations exceptionnelles. Dans le premier chapitre, rentrent l'endométrite puerpérale, dont les symptômes généraux sont peu marqués, et qui se caractérise uniquement par des signes locaux : utérus sensible, lochies franchement purulentes, abondantes, mais non fétides (König), — les abcès gonococciques de l'utérus, — les oophoro-salpingites et périmétro-salpingites puerpéro-gonococciques, le rhumatisme puerpéral, dont la nature blennorragique, soupçonnée par Nélaton et Bouchard, a été élucidée par les recherches de Petronoski, Vimay, Bar, Lefour et Fieux, Bégouin, etc., et enfin la septicémie puerpéro-gonococcique (Harris et Delney, Doléris, etc.).

Les manifestations gonococciques puerpérales dérivant d'une localisation primitivement annexielle sont assez fréquentes, dans la plupart des cas, à la suite de l'accouchement, une salpingite ou une pelvi-péritonite blennorragique ancienne se réveille brusquement et donne lieu à des accidents tantôt bénins (Prioleau), tantôt fort graves et même terminés un certain nombre de fois par la mort (Lea, Flesch).

Enfin, parmi les manifestations gonococciques exceptionnelles au cours de la puerpéralité, il faut citer les phlébites, les métrites, cystites, bartholinites, rectites, et la mastite, dont il n'y a jusqu'à présent qu'une observation, celle de Laufert.

De la multiplicité et de la gravité des accidents blennorragiques au cours de la grossesse et à la suite de l'accouchement découle la nécessité d'un traitement énergique. « Toute femme enceinte blennorragique doit être traitée et soumise à une antisepsie rigoureuse. » Mais le traitement échoue souvent parce que la cavité cervicale, sur laquelle devrait être portée une action directe, exige, du fait de la gravidité, les plus grands ménagements.

MÉDECINE PRATIQUE

L'allaitement au sein.

Bien que plus facile à pratiquer que l'allaitement artificiel, l'allaitement au sein exige, pour donner de bons résultats, l'observance d'un certain nombre de règles. Ce sont ces règles que nous résumerons ici d'après le rapport de M. Dubrisay à la Société médico-chirurgicale (1).

Il faut tout d'abord poser en principe que la très grande majorité des mères peut allaiter, et que, à condition d'y mettre la persévérance nécessaire, la plupart des mamans finiront par avoir assez de lait pour nourrir leur bébé. Il existe en effet un certain nombre de cas où la montée du lait ne se fait que tardivement, quelquefois ce n'est qu'au bout de huit à dix jours et même plus qu'on voit l'enfant pouvoir prendre dans le sein une ration suffisante : si l'on a soin, dans ces cas, de pratiquer tout le temps nécessaire l'alimentation artificielle, l'allaitement naturel finira par pouvoir être institué dans les meilleures conditions, au plus grand bénéfice de la mère et de l'enfant. De même il est possible, à condition d'y mettre la ténacité suffisante, de faire reprendre l'allaitement à une femme qui a cessé de nourrir pendant un mois, deux mois, et même plus.

L'allaitement naturel peut donc être pratiqué dans la majorité des cas. Mais, pour donner les meilleurs résultats, il nécessite des précautions prolongées et minutieuses.

Pendant la grossesse, la femme qui veut nourrir fera bien, pour éviter les crevasses, qui peuvent devenir la source d'infection mammaire et obliger à suspendre l'allaitement, de se laver régulièrement les bouts de seins avec de l'eau et du savon, de façon à bien les débarrasser de toutes les croûtes qu'ils peuvent présenter. De plus, il y aura également avantage à faire, matin et soir, des lavages à l'alcool ou à l'eau de Cologne, et au besoin, après ce lavage, saupoudrer avec de la poudre de tanin. On proscrira, d'une *façon absolue*, les manœuvres de succion faites pendant la grossesse par certaines matrones et destinées à rendre le bout de sein plus facile à prendre pour l'enfant. Le professeur Fournier a rapporté des cas de contamination de syphilis dus à ce procédé. Ou bien les bouts de seins sont suffisamment formés, et on n'a pas besoin de les faire saillir, ou ils sont insuffisants et on a recours à un des procédés habituels, bout de sein artificiel ou téterelle.

Il faut avoir soin, avant et après la tétée, de laver le bout de sein avec un peu d'eau bouillie de façon à prévenir toute infection et de le bien sécher pour éviter toute gerçure.

Pour donner le sein, la mère se tournera légèrement sur le côté et placera l'enfant allongé à côté d'elle; on aura soin de bien placer le bout de sein dans la bouche de l'enfant et d'appuyer sur la glande au-dessous de son nez, de façon qu'il puisse respirer pendant qu'il accomplit les mouvements de succion.

On ne doit pas laisser l'enfant plus de cinq à dix minutes au sein, car il prendrait des quantités de lait trop considérables; il y a, du reste, des variations à ce sujet, suivant l'âge de l'enfant, sa force pour téter, la facilité plus ou moins grande avec laquelle vient le lait. Aussi est-il de toute

(1) *Ann. de méd. et de chir. infant.*, 1er juillet 1902.

nécessité, pendant les premiers jours, de peser l'enfant avant et après la tétée, de façon à se rendre compte des quantités de lait qu'il aura absorbées.

Les quantités de lait à donner par jour sont variables avec le poids des enfants, leur appétit, etc. Cependant la plupart des auteurs admettent à ce sujet les règles suivantes : le jour de la naissance, l'enfant ne prendra rien; autrefois on avait l'habitude de lui donner du sirop de chicorée : c'est là une pratique fâcheuse à laquelle on a justement renoncé. Le premier jour on lui fera prendre 5 à 10 grammes de lait d'ânesse ou d'eau bouillie légèrement sucrée, ou de lait bouilli coupé d'eau par moitié, car il ne trouvera rien dans le sein maternel. Le deuxième jour, si la mère est une multipare, le lait commence à monter, l'enfant pourra faire 4 à 5 tétées et prendre 15 grammes de lait à chaque tétée. Le troisième jour, il prendra 40 grammes par tétée, le cinquième jour, 50 à 55 grammes. Au bout d'une semaine, si la montée laiteuse s'est bien effectuée, il fera des tétées de 60 à 75 grammes, et cela pendant le premier mois.

Quant au nombre des tétées, on devra faire prendre le sein à l'enfant toutes les deux heures et demie le jour, et une ou deux fois la nuit.

Il peut se faire que l'enfant ne prenne pas de lait en quantité suffisante. M. Budin a signalé le cas de ces enfants *trop sages*, qui tettent pendant deux ou trois minutes, puis s'endorment et ne se réveillent jamais spontanément : en apparence ils vont bien, mais si on les pèse tous les jours, on constate qu'ils maigrissent; il faut alors les exciter par différents moyens : bain de vin aromatique, friction à l'alcool, etc. Si le défaut d'alimentation provient de la difficulté à prendre le sein, on pourra avoir recours à un bout de sein artificiel ou à une téterelle aspiratrice.

Avec l'allaitement maternel, on n'a pas à craindre la suralimentation. Cependant il arrive souvent que l'enfant ne soit pas réglé, que la mère lui donne le sein toutes les fois qu'il demande. Cette manière de faire conduit à de graves accidents : le ventre de l'enfant se tend et se ballonne, les régions péri-anales rougissent et s'ulcèrent, des signes de rachitisme apparaissent. Qu'on examine alors les garde-robes, on les trouvera altérées dans leur quantité, leur coloration, leur qualité.

Il y a donc une importance capitale à examiner avec soin les couches de l'enfant nouveau-né. Pendant les deux ou trois premiers jours, il rend son méconium, les deux jours suivants, les garde-robes conservent une coloration jaune verdâtre, et ce n'est que vers la fin de la première semaine qu'elles se présentent avec les caractères qu'elles garderont tant que l'enfant sera au sein. « Les matières fécales du nourrisson au sein, élevé avec du lait de femme, dit Marfan, sont remarquables par leur couleur et leur consistance. Elles ont une couleur jaune clair ou jaune d'or rappelant celle des œufs brouillés. Leur consistance est celle d'une pâte molle semi-liquide; elles sont homogènes, bien liées; cependant, même à l'état normal, elles présentent parfois de petits grumeaux d'un blanc jaunâtre, constitués par des amas de graisse; elles sont dépourvues d'odeur fécaloïde, elles ont une odeur fade ou de lait aigre qui n'est pas trop désagréable. Leur réaction est faiblement acide. »

Lorsque l'enfant prend trop de lait, les garde-robes deviennent plus liquides, mal digérées, plus fréquentes, 5 à 6, au lieu de 2 par vingt-quatre heures. La diarrhée s'installe-t-elle, on voit alors les fèces prendre cette teinte verdâtre que l'on rencontre chez les enfants mal nourris : la gastro-entérite s'installe définitivement.

L'allaitement au sein ne peut-il être pratiqué par la mère? Alors il faut chercher une nourrice réalisant un certain nombre de conditions : « Nous choisirons de préférence, dit M. Dubrisay, une femme jeune, de vingt à trente ans, ne présentant aucune tare personnelle ou héréditaire, ayant des seins bien développés, avec des bouts faciles à prendre. Autant que possible, on prendra une femme ayant déjà nourri une ou plusieurs fois : ce sera une grande sécurité au point de vue de la durée de la nourriture, de la persistance du lait. Nous aurons grand soin d'examiner son enfant en détail : ce sera le meilleur critérium de la valeur du lait.

Quant à l'âge du lait, le meilleur est évidemment de se rapprocher le plus possible de l'âge de l'enfant qui doit prendre le sein; comme, d'autre part, la nourrice doit être remise des fatigues de l'accouchement, un lait de deux à quatre mois est celui auquel on doit donner la préférence. » Mais, en vertu de la loi Roussel, il est rare que l'on puisse avoir du lait de deux à quatre mois, et le plus souvent, le lait des nourrices a sept ou huit mois, ce qui n'est un inconvénient qu'au point de vue de la durée de l'allaitement, peu de femmes pouvant allaiter encore huit à neuf mois à partir du moment où elles prennent l'enfant, c'est-à-dire jusqu'à quinze mois.

L'élevage des prématurés, des *débiles*, est entouré des plus grandes difficultés. Si l'enfant tette, on le mettra régulièrement au sein de sa mère, ou d'une très bonne nourrice, toutes les deux heures, ou même toutes les heures et demie; si l'enfant n'est pas assez fort pour téter, on lui fera boire du lait de femme qu'on aura trait soit au verre, soit à l'aide d'une gaveuse lorsqu'il sera trop faible pour avaler directement. Quant aux quantités de lait qu'on doit faire prendre à ces enfants, elle varie suivant leur poids, et là surtout il faut éviter la suralimentation. A ce sujet, M. Budin a donné le procédé pratique suivant pour déterminer la quantité de lait à donner par vingt-quatre heures : supprimer le dernier chiffre du poids de l'enfant et doubler le chiffre trouvé. Par exemple, un enfant de 1900 grammes devra avoir $190 \times 2 = 380$ grammes de lait par vingt-quatre heures.

Lorsque l'enfant débile ne digère pas bien le lait, on lui ajoute un peu de pepsine, ou même des laits partiellement digérés ou peptonisés qui, entre les mains de MM. Budin et Michel, ont donné les meilleurs résultats. L. B.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Le lycétol, qui est un tartrate de diméthylpiperazine, paraît être de beaucoup le plus puissant dissolvant de l'acide urique. Il résulte en effet des expériences auxquelles s'est livré M. Vicario sur la valeur comparée des principaux dissolvants de l'acide urique, que l'urate de diméthylpiperazine est vingt-trois fois plus soluble que l'urate de lithine. Le lycétol se prescrit généralement à doses de 1 à 3 grammes par jour par prises de 25 centigrammes de préférence à jeun ou une heure avant les repas. Le lycétol se trouve également sous forme effervescente, son goût agréable en permet l'emploi prolongé.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

M. Tanquerel des Planches. Contribution à l'étude des intoxications professionnelles (cuprisme, zincisme, hydrargyrisme). — M. Lelièvre. Variole et grossesse. Leur influence réciproque chez la mère et l'enfant. Vaccine chez la femme enceinte et le nouveau-né. — M. Delacour. Notes sur quelques agents de la médication substitutive fractionnée dans le traitement de l'eczéma. — M. Mousseaux. Etude anatomique et clinique des localisations cancéreuses sur les racines rachidiennes et sur le système nerveux périphérique. — M. Lenglet. Vue d'ensemble sur les dermatoses congénitales et en particulier sur les érythrodermies

congénitales ichtyosiformes avec hyperépidermotrophie de Vidal-Brocq. — M. Gueguen. De la ponction lombaire dans les traumatismes. — M. Graillot. Contribution à l'étude de la gastrostomie par le procédé de Fontan. — M. Lagarde. Contribution à l'étude des injections de paraffine dans leur applications générales en chirurgie. — M. Beletre. La ponction lombaire chez les syphilitiques. — M. Picarougne. Etude de l'embolie et de l'infarctus pulmonaire au cours de la fièvre typhoïde. — Mlle Marjerozac. De la lymphadénie chez les syphilitiques. — M. Carlet. Les pleurésies biliaires. — M. Michel. Contribution à l'étude des mélanodermies. Mélanodermies biliaires. — M. Bachmann. Le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total dans quelques maladies infectieuses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Université de Paris. — M. Liard est nommé vice-recteur de l'Université de Paris, en remplacement de M. Gréard, admis à la retraite.

Guerre. — Par décret du 25 septembre 1902, M. le médecin aide-major de première classe auxiliaire Doumenjou a été nommé médecin aide-major de première classe dans le corps de santé des troupes coloniales.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur J. Romignot (de Lille).

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le professeur Koch et le péril de la tuberculose bovine, par le docteur Paul Garnault, ex-chef des travaux de zoologie et anatomie comparée à la Faculté de médecine de Bordeaux, membre de la Société d'anthropologie de Paris. In-8°. — Prix : 12 francs. — Paris, Institut international de bibliographie, 93, boulevard Saint-Germain.

Les injections épidurales par ponction du canal sacré et leurs applications dans les maladies des voies urinaires, par le docteur Fernand Cathelin, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris. In 8° de 232 p., avec 32 fig. — Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Manuel de diagnostic médical et d'exploration clinique, par les docteurs O. Seifert, professeur à Wurzbourg, et E. Muller, professeur à Marbourg, traduit sur la 10e édition allemande, par le docteur L. Marchand. 1 vol. in-8° de 324 p., avec 87 fig., dont 1 pl. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Causes de notre dépopulation, relèvement de la natalité, secours à la vieillesse, par le docteur E. Maurel, médecin principal de réserve de la marine, chargé de cours à la Faculté de médecine de Toulouse. In-8° de 112 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 111. — JEUDI 2 OCTOBRE 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 2 OCTOBRE 1902. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

LA NÉPHRITE AU COURS ET DANS LA CONVALESCENCE DES ANGINES AIGUES NON SPÉCIFIQUES

D'après M. A. SIGOGNE (1).

Les complications à distance des angines aiguës non diphtériques et non scarlatineuses sont aujourd'hui bien connues; cependant, la néphrite, bien qu'ayant été signalée une des premières, n'attire pas encore l'attention des médecins d'une façon systématique; elle doit être toujours présente à l'esprit en raison de sa fréquence, de sa curabilité, lorsqu'elle est reconnue à temps, de sa gravité dans nombre de cas où elle n'a pas été dépistée dès le début des accidents.

Il y a longtemps que l'on a signalé quelques-unes des complications lointaines des angines aiguës : c'est ainsi que Verneuil, en 1857, rapportait deux observations d'orchite amygdalienne. Mais, à cette époque, on ne songeait pas à considérer l'angine et la complication testiculaire comme deux effets locaux d'une même cause générale, et le terme de métastase servait à couvrir l'ignorance commune. C'est Lasègue qui, le premier, insiste sur ce fait que l'angine est une maladie générale, et, dans son *Traité des angines* (1868), cet auteur écrit à propos de l'herpès guttural : « Le malade est, bien avant l'apparition des phénomènes topiques, sous le coup d'un malaise fébrile qui ne le cède en rien aux fièvres initiales les plus menaçantes : élévation de la température, fréquence du pouls, céphalalgie, sécheresse de la peau, odeur de la bouche, enduit caractéristique de la langue, sensation de courbature, dépression inquiète, en un mot tous les signes qui concourent à former l'exemplaire classique des grandes fièvres à leur début. » Il faut cependant aller jusqu'en 1880 et 1881 pour trouver, dans les mémoires capitaux de Kannenberg et de Bouchard, la confirmation des idées de Lasègue. Kannenberg étudie la néphrite dans les maladies infectieuses et dit textuellement : « On sait par expérience que toutes les maladies inflammatoires des amygdales sont souvent accompagnées de néphrites aiguës. » Bouchard cite plusieurs cas d'amygdalite suivie de néphrite dans lesquels il a trouvé des microbes dans les urines. Depuis cette époque, Landouzy propose l'expression de fièvre amygdalienne pour bien montrer que l'angine n'est pas seulement une maladie locale; Dubousquet-Laborderie, Rousseau, Ducoingt, Laffitte étudient l'amygdalite maladie générale; la notion de l'existence des néphrites au cours des angines simples prend place dans les traités classiques (Ruault, Teissier et Roques, Dupré, Bourges, Chauffard, etc.). C'est en vain que quelques auteurs s'efforcent d'établir que la néphrite ne s'observe qu'au cours des angines rhumatismales : M. Jeanselme réfute cette opinion, et il est actuellement hors de doute que la néphrite complique l'amygdalite au même titre que toutes les autres maladies infectieuses.

En même temps, l'on approfondit la symptomatologie de ces néphrites. Bouchard signale l'époque où la néphrite commence à se manifester; il montre que l'albuminurie peut être passagère et disparaître avec la maladie causale, ou bien, au contraire, qu'elle peut persister et s'accompagner par la suite de tous les signes du brightisme, et essaye pour la première fois d'établir la distinction entre l'albuminurie rétractile et l'albuminurie non rétractile, entre l'albuminurie fébrile et l'albuminurie des néphrites. MM. Jaccoud, Lépine, A. Gautier montrent l'inexactitude de ces théories, qu'abandonne bientôt M. Bouchard lui-même. En réalité, avec MM. Lecorché et Talamon, il faut admettre que toute albuminurie est l'indice certain d'une lésion rénale, d'une néphrite véritable, tantôt passagère et guérissant complètement en même temps que la maladie causale, tantôt plus grave et persistant pendant la convalescence. Ainsi, les albuminuries constatées au cours des angines sont toutes de même ordre; qu'elles soient transitoires ou durables, elles reconnaissent toutes pour cause une détermination rénale d'une infection générale.

Au point de vue pathogénique, M. Sigogne pose d'abord ce principe qu'il n'existe aucune différence essentielle entre l'albuminurie fébrile et l'albuminurie des néphrites proprement dites. Sans doute, l'une disparaît à la période de convalescence, tandis que l'autre persiste; mais on ne saurait dire, lorsqu'on constate de l'albumine dans l'urine d'un malade atteint d'une affection aiguë, si cette albumine disparaîtra rapidement ou si elle persistera pendant un temps plus ou moins long; il n'y a, entre ces deux ordres de faits,

(1) Th. de Paris, 1902. — J. Rousset, édit.

qu'une différence de gravité que permet seule de résoudre l'évolution de la maladie. « La glomérulite aiguë desquamative représente le véritable substratum anatomique, la condition *sine qua non* de toute albuminurie, » disent Lecorché et Talamon, et toute albuminurie, quelle qu'en soit la cause, est constamment liée à l'altération du filtre glomérulaire. Ainsi, il n'y a pas de différence fondamentale entre l'albuminurie qui disparaît et celle qui se prolonge, et l'opinion de M. Bouchard, pour lequel l'albumine rétractile caractérise les lésions rénales et l'albumine non rétractile indique l'absence de toute néphrite, est, comme nous l'avons vu, fortement contestée aujourd'hui. Il faut donc admettre que l'albuminurie constatée au cours ou à la suite des angines est, dans tous les cas, variable sans doute dans ses lésions et dans son évolution, mais qu'elle est symptomatique d'une véritable néphrite dont on pourra apprécier la gravité par la recherche des éléments figurés, la quantité des urines émises en vingt-quatre heures, l'étude de la perméabilité rénale au bleu de méthylène.

Ceci posé, comment se produit l'albuminurie au cours des angines? « On peut tout ramener à cette donnée : l'angine se complique de néphrite au même titre que toutes les maladies infectieuses, et l'albuminurie tardive des angines résulte d'une néphrite infectieuse. » Mais quel est le mécanisme même de l'infection? Est-ce le microbe lui-même ou sa toxine qui détermine la lésion rénale? Pour Kannenberg et Bouchard, le microbe agit par lui-même sur le rein, et, en effet, ces auteurs ont constaté, dans les urines des malades, la présence des nombreux microbes. Landouzy se range à cette théorie qu'appuient les recherches expérimentales de Ponfick, Langenhans, Wissokowitch, Briedl et Krauss, par Klecki, Sittmann, mais si « l'élimination rénale de certaines espèces microbiennes est un fait démontré, la subordination exclusive des lésions de néphrite au passage des germes est toujours contestable » (Chauffard), et peut-être dans beaucoup de cas, la néphrite est-elle due à l'action de la seule toxine : pour Widal, les lésions inflammatoires et dégénératives caractéristiques de la néphrite sont dues aux toxines sécrétées par le microbe (streptocoque), et Claude a pu déterminer des lésions de néphrite par l'injection d'un certain nombre de toxines, en particulier la toxine du streptocoque.

Il est donc difficile de dire par quel mécanisme agit sur le rein l'infection amygdalienne, et bien que la théorie purement toxique gagne tous les jours du terrain sur la théorie infectieuse, il faut probablement attribuer une place à ces deux facteurs : toxines et bacilles, dans la pathogénie des albuminuries tardives. Quant aux albuminuries précoces, elles ne relèvent vraisemblablement que d'un trouble nervo-vasculaire : elles réalisent le type de l'albuminurie par stase avec diminution de la vitesse et diminution de la pression sanguine (Lecorché et Talamon). L'albuminurie du début, fébrile, est donc d'origine purement vasculaire et congestive, l'albuminurie tardive est, au contraire, d'origine infectieuse ou toxique, et si les deux variétés reconnaissent la même nature chimique, elles diffèrent au moins au point de vue de leur pathogénie. « A ces deux variétés d'albuminurie correspondent, dans une certaine mesure, deux types de lésions rénales, mais il n'y a pas de séparation tranchée, ni même de démarcation bien nette entre ces deux types anatomo-pathologiques » (Lecorché et Talamon).

Quant à savoir si l'angine est primitivement une maladie générale ou si elle n'agit que par les toxines qu'elle verse dans la circulation, la question est discutée. Kannenberg admet la première opinion, Descoings la nie, Landouzy professe une opinion mixte d'après laquelle les maux de gorge et de rein semblent émaner d'une « commune origine et n'apparaître que comme une double détermination, une double localisation au cours d'une seule et même maladie ».

La fréquence des néphrites postangineuses (abstraction faite des angines scarlatineuse et diphtérique) varie avec les années et les épidémies, et MM. Laure et Lereboullet ont justement insisté sur le rôle, dans leur éclosion, de l'influence saisonnière. Quant à l'âge, il joue également un rôle considérable : « Il est, a dit Landouzy, des âges et des individus qui semblent souscrire avec une déplorable facilité aux conditions qui font l'amygdalite infectieuse. A égalité de contage, la gorge d'un enfant ou d'un adolescent est bien autrement ouverte à l'infection que celle d'un adulte ou d'un vieillard, sans compter encore que les terrains jeunes sont singulièrement favorables au développement des agents infectieux. » Les infections et les intoxications anciennes jouent un rôle important pour l'atteinte qu'elles ont pu déjà exercer sur le rein; quant à la nature de l'angine, elle a, elle aussi, une certaine influence sur la détermination rénale. On a soutenu souvent que c'est surtout l'angine phlegmoneuse qui est suivie de néphrite; pourtant, d'après M. Sigogne, « on ne trouve pas à l'origine de la néphrite plus d'angines phlegmoneuses que d'angines catarrhales. » Laure et Benoît-Gonin font jouer le rôle prépondérant, dans l'apparition de la néphrite, aux angines rhumatismales, opinion également constestée par M. Sigogne.

Un fait domine toute l'histoire clinique des néphrites consécutives aux angines, c'est leur évolution, si souvent silencieuse et latente, que, seul, l'examen systématique des urines permet de déceler dans la majorité des cas : l'albuminurie peut en être en effet le seul symptôme, pendant toute la durée de la maladie.

L'albuminurie précoce est généralement de quantité modérée : de 0g50 centigrammes à 1 gramme; c'est elle surtout qui ne s'accompagne d'aucun autre symptôme d'urémie, la fièvre, la courbature, l'abaissement du taux des urines, pouvant aussi bien être attribués à la fièvre qui accompagne l'angine qu'à la néphrite elle-même. Cette albuminurie est généralement peu durable; elle cesse en même temps que l'angine; quelquefois, cependant, elle aboutit à une urémie grave, pouvant même, exceptionnellement, se terminer par la mort (Dubort). Son pronostic devra donc être réservé, et parce qu'elle peut s'aggraver brusquement et aussi parce que, dans certains cas, elle ne guérit pas complètement et se transforme en néphrite chronique. Quant à la néphrite tardive, de la convalescence, tantôt elle est primitive, tantôt elle fait suite à l'albuminurie initiale que nous venons de décrire; elle est beaucoup plus grave que la néphrite précoce, et à cet égard, elle se comporte comme l'albuminurie de la scarlatine; elle peut même être suivie de mort rapide, comme dans le cas de Boucseim. Mais, le plus souvent, elle est absolument latente et, si l'on n'a pas soin d'examiner systématiquement les urines, elle passe inaperçue.

Les éléments principaux du pronostic seront tirés d'une part de la gravité de l'angine et de l'importance des phénomènes généraux qui l'accompagnent, de l'autre, de l'état même du rein, décelé par l'abondance de l'albuminurie, la présence d'un grand nombre de cylindres dans les urines, l'oligurie. La valeur pronostique de l'hématurie, niée par Dluski, est considérée comme sérieuse par Lecorché et Ta-

lamon en ce sens qu'elle doit faire redouter le passage à l'état chronique. Quant au traitement, c'est celui de toutes les néphrites aiguës, c'est surtout l'usage du lait pendant toute la durée de l'angine, précaution qui évitera souvent le développement de la néphrite et l'empêchera, une fois développée, de passer à l'état chronique. L. B.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SIALORRHÉE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE (1)

Par M. le docteur E. Marandon de Montyel, médecin en chef de Ville-Évrard.

Si nous passons à l'*âge* nous réalisons cet intéressant tableau qui établit que ce sont les paralytiques de l'âge moyen de trente à quarante ans qui nous ont fourni le moins de sialorrhées et que c'est aux âges extrêmes, dans la paralysie générale précoce de vingt-cinq à trente ans et dans la tardive, de cinquante à soixante ans, que nous en obtenons le plus. Il est même à remarquer que la proportion qui après trente ans était tombée de 50 à 13,8 p. 100 se relève après quarante ans pour s'accentuer encore après cinquante ans. Malheureusement ces recherches étant fort longues nous n'avons pu les faire porter sur un nombre considérable de sujets. Aussi serions-nous très heureux si d'autres aliénistes voulaient bien les poursuivre.

	25 à 30 ans.	30 à 40 ans.	40 à 50 ans.	50 à 60 ans.	Totaux.
Normalité	3, soit 50 p. 100	31, soit 86,2 p. 100	7, soit 70 p. 100	1, soit 50 p. 100	42
Anormalité	3 — 50 —	5 — 13,8 —	3 — 30 —	1 — 50 —	12
Totaux...	6	36	10	2	54

Pour nos 1820 constatations le minimum appartient toujours à l'âge adulte mais le maximum revient à la seule paralysie générale précoce; la proportion pour la tardive est même ici inférieure à celle de quarante à cinquante ans. Cela tient à ce que le paralytique âgé de plus de cinquante ans ne conserva pas longtemps la sialorrhée qui dès lors ne

	25 à 30 ans.	30 à 40 ans.	40 à 50 ans.	50 à 60 ans.	Totaux.
Normalité	84, soit 56 p. 100	1149, soit 94,8 p. 100	355, soit 86,8 p. 100	42, soit 87,5 p. 100	1630
Anormalité	66 — 44 —	64 — 5,2 —	54 — 13,2 —	6 — 12,5 —	190
Totaux...	150	1213	409	48	1820

donna lieu qu'à un petit nombre de constatations anormales. Mais d'un seul cas il n'est permis de tirer aucune conclusion ferme et il serait prématuré d'en conclure que, si l'hypersécrétion salivaire est très fréquente dans la paralysie générale tardive, elle n'est qu'éphémère.

Notre observation tend à établir que si c'est la paralysie

	25 à 30 ans.	30 à 40 ans.	40 à 50 ans.	50 à 60 ans.	Totaux.
Modérée	29, soit 43,9 p. 100	0, soit 0 p. 100	12, soit 22,6 p. 100	0, soit 0 p. 100	41
Excessive	37 — 56,1 —	64 — 100 —	42 — 77,4 —	6 — 100 —	149
Totaux	66	64	54	6	190

générale précoce qui a la sialorrhée la plus fréquente, c'est elle qui par contre en présente le plus souvent le degré modéré comme le montre le tableau ci-dessus.

Les *saisons*, dans le tableau qui suit, comprenant nos 1820 constatations (car il est arrivé au même paralytique de conserver sa sialorrhée durant deux et mêmes trois périodes différentes de l'année), les saisons n'auraient pas une influence excessivement marquée; les écarts entre les proportions sans être tout à fait négligeables ne sont pas excessifs.

	Froide.	Chaude.	Intermédiaire.	Totaux.
Normalité	558, soit 84,7 p. 100	385, soit 90,9 p. 100	687, soit 93,5 p. 100	1630
Anormalité	101 — 15,3 —	39 — 9,1 —	50 — 6,5 —	190
Totaux...	659	424	737	1820

Ainsi le maximum de la sialorrhée se trouve à la saison froide et le minimum à la saison intermédiaire, mais avec la saison chaude qui se trouve ainsi entre les deux la différence n'est que de 6,2 p. 100 par rapport à celle-là et bien moins encore, 2,6 p. 100, par rapport à celle-ci. Quant au degré d'intensité de l'hypersécrétion salivaire, nous l'avons trouvé en raison inverse du degré de fréquence, comms l'établit le tableau suivant :

	Froide.	Chaude.	Intermédiaire.	Totaux.
Modérée	27, soit 26,7 p. 100	7, soit 17,9 p. 100	7, soit 14 p. 100	41
Excessive	74 — 73,3 —	32 — 82,1 —	43 — 86 —	149
Totaux...	101	39	50	190

En effet, le maximum du degré modéré de l'altération est durant l'hiver et le minimum avec le printemps et l'automne; mais ici encore les écarts entre les proportions ne sont pas excessifs. Il est entre l'été et la saison froide de 8,8 p. 100 et de beaucoup moins encore entre celle-ci et la saison intermédiaire, de 3,9 p. 100. Disons que nous avons considéré comme saison froide : novembre, décembre, janvier et février; comme saison chaude : juin, juillet et août; et les cinq autres mois comme saison intermédiaire. Cette division, en effet, correspond assez exactement au climat parisien.

Les troubles *moteurs*, on le sait, sont toujours excessifs à la troisième période de la paralysie générale; il n'en est plus de même aux deux premières où ils varient et grandement d'intensité non pas seulement chez des malades différents mais encore chez le même paralytique d'un moment à l'autre. La sécrétion salivaire est-elle plus ou moins accrue selon que la motilité est, elle-même, plus ou moins altérée?

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 110, p. 1085.

La réponse fournie par le tableau suivant, comprenant 1575 constatations faites durant les deux premières phases, est très nette. Nous avons trouvé, en effet, le minimum de sialorrhée avec les troubles moteurs légers et un maximum

	Légers.	Modérés.	Marqués.	Excessifs.	Totaux.
Normalité...	320, soit 96,1 p. 100	274, soit 89 p. 100	623, soit 89,7 p. 100	181, soit 75,8 p. 100	1398
Anormalité .	13 — 3,9 —	34, — 11 —	72 — 10,3 —	58 — 24,2 —	177
Totaux..	333	308	695	239	1575

six fois plus élevé avec les troubles moteurs excessifs. Le degré d'intensité de l'altération représenté dans le tableau suivant montre que comme pour les saisons il est en raison inverse de la fréquence de la sialorrhée, car nous n'avons trouvé le degré léger de l'hypersécrétion salivaire ni avec les troubles moteurs légers ni avec les modérés et il est plus de cinq fois plus fréquent avec les troubles moteurs excessifs qu'avec les marqués.

	Légers.	Modérés.	Marqués.	Excessifs.	Totaux.
Modérée...	0, soit 0 p. 100	0, soit 0 p. 100	7, soit 9,7 p. 100	29, soit 50 p. 100	36
Excessive..	13 — 100 —	34 — 100 —	65 — 90,3 —	29 — 50 —	141
Totaux..	13	34	72	58	177

Restent les *sensibilités*. Le *sens tactile* est très rarement altéré dans la paralysie générale; il n'est donc pas étonnant que tous nos paralytiques chez lesquels nous pûmes nous assurer du tact l'avaient normal au moment où ils étaient atteints d'hypersécrétion salivaire.

Le sens *algésique* au contraire est bien plus souvent perturbé que normal. Dans 1736 constatations nous avons réussi à nous assurer de l'état de la sensibilité à la douleur, constatations qui donnent le tableau suivant qui semble bien indiquer l'absence de tout rapport. En effet nous avons, peut-on dire, la même proportion de constatations anormales avec la normalité de la douleur et l'hyperalgésie.

	Normalité.	Affaiblissement.	Analgésie.	Hyperalgésie.	Totaux.
Normalité..	512, soit 92,8 p. 100	665, soit 87,1 p. 100	219, soit 85,6 p. 100	150, soit 91,5 p. 100	1546
Anormalité.	40 — 7,2 —	99 — 12,9 —	37 — 14,4 —	14 — 8,5 —	190
Totaux..	552	764	256	164	1736

Sans doute avec l'altération en moins de la douleur la proportion d'anormalité est plus élevée, mais cette altération est si fréquente chez les paralytiques qu'il n'est pas étonnant que la sialorrhée coïncide plus souvent avec elle; d'ailleurs entre la proportion pour le simple affaiblissement et celle pour l'analgésie, l'écart n'est que 1,5 p. 100, c'est-à-dire insignifiant et montre bien l'absence de tout rapport.

Cette absence de tout rapport, est confirmée par l'examen du degré d'intensité de la sialorrhée dans le tableau suivant et où l'on constate que c'est avec les altérations les plus marquées du sens algésique que le degré modéré de la sialorrhée a été le plus souvent constaté dans une proportion considérable et même pour l'analgésie le degré modéré l'emporte sur l'excessif de 19 p. 100.

	Normalité.	Affaiblissement.	Analgésie.	Hyperalgésie.	Totaux.
Modérée.....	6, soit 15 p. 100	7, soit 7 p. 100	22, soit 59,7 p. 100	6, soit 42,8 p. 100	41
Excessive....	34 — 85 —	92 — 93 —	15 — 40,5 —	8 — 57,2 —	149
Totaux...	40	99	37	14	190

Plus encore que le sens algésique le *sens génital* est altéré et surtout aboli dans la paralysie générale. Il nous fournit le tableau suivant formé de 1737 constatations dans lesquelles nous avons réussi à le bien constater.

Ici encore nous constatons l'absence de tout rapport. La proportion de constatations anormales est, à bien peu de choses près, la même pour la normalité et l'exagération du sens génital et celle de l'affaiblissement l'emporte de 7,9 p. 100 sur celle de l'abolition. J'ajouterai, car un autre tableau serait inutile, que dans tous les cas de sialorrhée à un degré simplement modéré le sens génital était complètement aboli.

	Normalité.	Affaiblissement.	Abolition.	Exagération.	Totaux.
Normalité....	91, soit 92,9 p. 100	77, soit 91,1 p. 100	1146, soit 89 p. 100	233, soit 91,1 p. 100	1547
Anormalité...	7 — 7,1 —	18 — 8,9 —	142 — 11 —	23 — 8,9 —	190
Totaux...	98	95	1288	256	1737

Quand à l'*évolution* de cette sialorrhée de la paralysie générale elle est très simple et nous n'aurons pas beaucoup à insister sur ce sujet. D'ordinaire les troubles de la périencéphalite chronique sont intermittents : après une durée plus ou moins longue ils s'atténuent et disparaissent pour revenir au bout d'un certain temps, de telle sorte qu'une phase de normalité s'intercale entre eux. Il n'en est pas ainsi de l'hypersécrétion salivaire. Nous avons déjà dit plus haut qu'elle ne s'était produite qu'une fois chez nos sujets et que, après sa disparition, elle ne s'était jamais plus montrée. La sécrétion exagérée de la salive diffère donc sur ce point de ce que nous avons observé pour les troubles des réflexes, des sensibilités et de la voix.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai déjà dit plus haut relativement à la durée, mais il n'est pas sans intérêt de rechercher ce que celle-ci a été aux diverses périodes de la maladie, ce que réalise le tableau suivant où les durées les plus courtes sont plus nombreuses que dans le tableau précédent, puisque nous savons que chez trois paralytiques l'hypersécrétion salivaire, commencée au cours de la phase initiale, s'est continuée à la suivante, et pour deux, commencée à la seconde période, persista quelque temps à la troisième.

Durée.	Première période.	Deuxième période.	Troisième période.	Totaux.
1 mois	1	0	1	2
2 —	2	3	1	6
3 —	1	1	0	2
4 —	0	2	0	2
5 —	1	1	0	2
7 —	0	1	0	1
9 —	0	1	0	1
11 —	0	1	0	1
Totaux...	5	10	2	17

Ce tableau montre que si la seconde période, comme nous l'avons établi plus haut, est celle qui nous a fourni la plus forte proportion de sialorrhées, elle est aussi celle où le symptôme a été le plus persistant et la troisième celle où elle fut le moins. En effet à la phase initiale il n'a jamais persisté plus de cinq mois et à la troisième plus de deux mois, tandis que nous l'avons vu durer sept, neuf et onze mois à la seconde.

Nous n'avons eu que deux cas de sialorrhée à la troisième période, or dans les deux cas l'hypersécrétion salivaire avait commencé déjà à la seconde phase et se continuait simplement. Nous n'avons donc jamais vu celle-ci débuter à la période ultime.

Nous avons déjà eu occasion de dire plus haut que c'est seulement chez trois paralytiques que nous observâmes le degré modéré de la sialorrhée, et encore à un moment seulement de l'évolution du phénomène qui fut la suivante dans les trois cas.

Chez le premier paralytique la sialorrhée a persisté quinze mois. Survenue à la fin de la première période, alors que le malade était déjà dans le service depuis un an, elle fut d'emblée excessive, resta telle trois mois, puis elle diminua progressivement et après deux mois de cette progressive diminution paraissait devoir disparaître, quand l'état du sujet s'aggrava. Il devint gâteux et passa à la seconde phase de son mal. Immédiatement l'hypersécrétion salivaire s'accentua et redevint tout de suite excessive, pour demeurer telle pendant neuf mois. Après ce long laps de temps, une nouvelle atténuation se produisit qui, au bout d'une trentaine de jours, fit place à une salivation normale. Deux mois après, le malade fut emporté par une congestion cérébrale épileptiforme, avant d'avoir eu le temps de passer à la phase terminale et sans que la sialorrhée se fût reproduite.

Le second malade, comme le précédent, garda sa sialorrhée fort longtemps, moins pourtant, soit *neuf* mois. Le jour même de son entrée, on constata chez lui une salivation excessivement abondante. D'après les renseignements fournis par sa femme, elle avait débuté tout d'un coup et son mari, dit-elle, s'était mis à rejeter des flots de salive que rien n'expliquait, car à ce moment ni du côté de la parole ni du côté mental, elle n'avait encore rien remarqué d'anormal, elle avait été seulement frappée de ce que cet homme, âgé seulement de vingt-neuf ans et jusqu'alors très ardent aux plaisirs de l'amour au point de la fatiguer, était devenu brusquement presque impuissant. C'est seulement deux mois après que la paralysie générale fut évidente. Ce cas se rapprocherait donc beaucoup de celui rapporté par M. Féré. Quoi qu'il en soit, à l'asile la sialorrhée resta excessive pendant quatre mois. Deux mois après son entrée, le malade s'affaiblit, devint gâteux et passa à la seconde phase du mal; l'hypersécrétion salivaire persista deux mois tout aussi intense, puis diminua considérablement, sans toutefois disparaître tout à fait, et demeura à ce degré modéré durant cinq mois. La paralysie générale s'aggrava alors, la troisième période s'établit et à ce moment la salivation redevint normale.

Chez le troisième malade, au contraire, la sialorrhée s'établit progressivement. Cinq mois après son entrée, on constata qu'il salivait plus que d'habitude. Cette salivation s'accrut encore le mois suivant, sans cependant devenir excessive. Puis l'état du malade s'aggrava et en même temps l'hypersécrétion salivaire s'accentua parallèlement. Le gâtisme s'établit et alors la sialorrhée prit de grandes proportions durant deux mois, puis au bout de ce temps brusquement cessa pour ne plus revenir. Elle avait persisté en tout quatre mois.

Nos neuf autres paralytiques qui eurent de la sialorrhée l'eurent toujours excessive. Brusquement chez eux l'hypersécrétion salivaire débuta et de suite prit de grandes proportions; de même elle disparut tout à coup et non pas par diminution progressive. Comme nos malades étaient surveillés de très près, soit par nous, soit par le personnel, nous avons tout lieu de croire que, si des transitions dans l'intensité du mal s'étaient produites, elles auraient été remarquées comme elles le furent pour les trois autres sujets.

De ces recherches je tirerai les conclusions suivantes que je suis loin de donner comme définitives. De nouvelles constatations s'imposent et j'espère que d'autres observateurs voudront bien, comme nous, avoir la patience de suivre un certain nombre de paralytiques généraux, depuis la première phase de la maladie jusqu'à la mort. Alors seulement on aura réuni un nombre assez considérable de matériaux pour connaître dans tous ses détails la sialorrhée de la paralysie générale.

I. Nous avons constaté la sialorrhée chez plus d'un paralytique homme sur cinq et elle fut trois fois plus souvent excessive que modérée.

II. Nous avons trouvé à la seconde période une proportion trois fois plus forte de sialorrhée qu'à la première et à la troisième, toutefois le degré modéré fut plus souvent constaté à la phase intermédiaire qu'à la phase initiale et a manqué à la phase ultime.

III. Nous n'avons jamais vu la sialorrhée, ni dans la forme mixte ni dans la rémission, et c'est la forme dépressive qui nous a fourni de beaucoup la plus forte proportion d'hypersécrétions salivaires, dont le degré modéré ne s'est montré que dans la forme démentielle.

IV. La sialorrhée fut deux fois plus souvent observée durant les crises d'agitation que dans les périodes de calme et le degré modéré du phénomène a été plus fréquent avec celles-ci qu'avec celles-là.

V. Ce sont les paralytiques syphilitiques qui ont fourni la plus forte proportion de sialorrhée et du degré excessif de celle-ci.

VI. C'est dans la paralysie générale précoce, de vingt-cinq à trente ans, et dans la tardive, de cinquante à soixante ans, que nous avons le plus souvent constaté la sialorrhée, toutefois c'est la première qui a donné le plus de constatations du degré modéré de celle-ci.

VII. Il résulte de nos recherches que les saisons n'auraient pas une influence bien sensible.

VIII. Nous avons constaté la sialorrhée six fois plus souvent avec les troubles moteurs excessifs qu'avec les légers, mais le degré d'intensité de l'hypersécrétion salivaire fut en raison inverse du degré de fréquence.

IX. Nous n'avons pu établir aucun rapport entre la sialorrhée et les troubles des diverses sensibilités.

X. La sialorrhée ne s'est jamais manifestée qu'une fois chez nos sujets; elle a été toujours continue et n'a jamais présenté le type intermittent.

XI. La durée la plus fréquente de la sialorrée fut de cinq mois, cependant une fois elle a duré neuf mois et deux fois quinze mois.

XII. C'est à la seconde période que la sialorrhée eut la durée la plus longue, et la plus courte à la troisième.

XIII. Nous n'avons jamais vu la sialorrhée débuter à la phase ultime.

XIV. La sialorrhée, d'après nos observations, peut débuter par le degré modéré, passer par le degré excessif, puis disparaître brusquement, ou au contraire commencer d'emblée par le degré excessif et finir par le modéré; il peut arriver aussi que le degré modéré se trouve intercalé entre deux périodes plus ou moins longues du degré excessif, mais nous n'avons pas eu occasion d'observer l'évolution inverse, sans doute par suite du nombre trop restreint de nos sujets.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Le docteur G. Beeler a publié, dans *Medical Summary* de janvier 1902, le résultat de ses expériences avec l'europhène comme succédané de l'iodoforme. L'auteur a constaté que ce produit était très efficace dans diverses affections ulcéreuses. Il est parvenu, par exemple, à guérir entièrement en quatre jours, après lavage préalable à chaque application, un ulcère chancreux fort étendu, en le saupoudrant deux fois par jour avec de l'europhène en nature.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Variations de l'albumine, de l'acide urique, de l'acidité totale des urines dans les albuminuries permanentes ou inconstantes. — Sous ce titre MM. Daremberg et Moriez étudient les variations quantitatives de certains éléments de l'urine et les modifications que subit, suivant ces circonstances, l'acidité totale. De leurs recherches, ces auteurs tirent les conclusions suivantes :

Toutes les albuminuries bien supportées sont à minimum ou à disparition matinale.

Dans ces différentes formes l'heure de l'élimination maxima de l'albumine est très variable;

Dans les cas d'albuminurie permanente, elle se fait toujours entre midi et cinq heures. Chez les albuminuriques à disparition matinale, elle s'opère entre dix heures du matin et dix heures du soir, mais le plus souvent de midi à six heures;

Dans les cas d'albuminurie inconstante, ce n'est pas la station debout qui a augmenté l'albumine dans les cas que nous avons observés.

Les cas d'albuminurie à disparition matinale sont les uns influencés par l'alimentation, les autres ne le sont nullement; les premiers sont justiciables des alcalins, les seconds de l'arsenic. Le massage est également défavorable à ces deux genres d'albuminuriques;

Dans les albuminuries inconstantes, les quantités d'acide urique, d'acidité totale et d'albumine sont tantôt proportionnelles, tantôt inversement proportionnelles;

Les écarts entre les maxima et les minima d'acide urique et d'acidité totale sont beaucoup plus grands chez les albuminuriques à disparition matinale que chez les individus sains. Chez les individus sains, les courbes de l'élimination horaire de l'acide urique et de l'acidité totale sont concordantes. Elles ne le sont pas chez les albuminuriques à disparition matinale. Les heures de l'élimination maxima et de l'élimination minima d'acidité et d'acide urique sont constantes chez les individus sains, et très variables chez les albuminuriques.

Les malades atteints d'albuminurie inconstante peuvent augmenter de poids, même lorsque leur albuminurie augmente. (*Revue de méd.*, 1902, n° 9, p. 797.) L. B.

CHIRURGIE

Le traitement de l'anévrysme poplité artériel circonscrit par l'extirpation du sac. — L'extirpation du sac (méthode de Purmann) est aujourd'hui la méthode d'élection pour le traitement des anévrysmes poplités. Elle donne en effet au malade le maximum de chances pour éviter la gangrène, elle évite les accidents nerveux qui suivent la ligature, elle procure une guérison radicale. Parfois très difficile, en raison des adhérences, cette opération devra être terminée par la suture exacte de la plaie; on n'introduira pas dans celle-ci de tampons ni de drains, on se contentera d'exercer une compression purement extérieure, directe et indirecte, pour éviter une infection, infection très facile à se produire lorsque la plaie communique avec l'extérieur. (Dr Constantin Mitzora. Lyon, imprimerie Legendre.) L. B.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Barbe, au port de Toulon, est désigné pour aller servir à la prévôté de l'île de Sein.

M. le médecin principal Bellot, du port de Cherbourg, est appelé, sur sa demande et pour raisons de santé, à continuer ses services au port de Rochefort.

M. le médecin principal Pungier, du port de Brest, est désigné, sur la demande de M. le contre-amiral Rivet, pour faire partie de l'état-major de cet officier général, dans la division de croiseurs de la force navale de l'Atlantique.

Une série d'exercices pratiques de bactériologie commencera le jeudi 2 octobre 1902, à la Faculté de médecine, sous la direction de M. le docteur Bezançon, professeur agrégé, et de M. le docteur Griffon.

Les cours auront lieu les mardis, jeudis et samedis, à une heure et demie.

Se faire inscrire, ces mêmes jours, à la Faculté.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveaux procédés d'exploration, leçons de pathologie générale professées à la Faculté de médecine, par M. Ch. Achard, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon; recueillies et rédigées par P. Sainton, chef de clinique adjoint à la Faculté, et M. Lœper, interne lauréat des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8 avec 91 fig. dans le texte en noir et en couleurs. — Prix : 28 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 112. — SAMEDI 4 OCTOBRE 1902. 75e ANNÉE. SAMDI 4 OCTOBRE 1902 — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

La pelade (1).

Par M. F. TRÉMOLIÈRES, interne des hôpitaux.

VI

Diagnostic. — Nous avons vu que de fréquentes erreurs de diagnostic enlevaient toute valeur à un grand nombre d'observations de pelade, et que ce fait n'était pas une des moindres causes de l'obscurité de la question pathogénique. Il importe donc de caractériser toute la série des alopécies qui, se rattachant à une cause évidente et commune, ne peuvent rentrer dans le cadre peladique. De ce nombre sont toutes les alopécies en aires consécutives aux lésions inflammatoires, traumatiques ou parasitaires.

1° ALOPÉCIES INFLAMMATOIRES. — Les dépilations post-impétigineuses sont souvent prises, surtout dans les écoles, pour des altérations peladiques; elles résultent de l'arrachement mécanique des cheveux par les croûtes auxquelles elles adhèrent, et se font six semaines environ après le début de la dermatose. L'interrogatoire révèle souvent l'existence antérieure des croûtes de gourme dans le cuir chevelu; même en dehors de tout renseignement sur la phase initiale de l'affection, l'origine des plaques chauves se reconnaît à leur petitesse, à leur contour irrégulièrement ovalaire, à leur localisation habituelle au vertex, ainsi qu'à la minceur et à la couleur rosée de l'épiderme qui les recouvre.

Les alopécies post-furonculeuses ne prêtent pas moins à erreur. Les différencier de la pelade est cependant facile : ou bien on trouve d'autres furoncles en évolution en même temps que les taches alopéciques, ou bien on constate nettement en leur centre une petite cicatrice étoilée, rouge et déprimée; si ces deux signes manquent à la fois, les faibles dimensions, la multiplicité et surtout l'uniformité des taches permettront d'éliminer la pelade.

A côté des alopécies consécutives aux folliculites aiguës, se place tout un groupe de folliculites atténuées et chroniques, décrites par Brocq en 1888; elles se caractérisent par un processus inflammatoire folliculaire et péri-folliculaire, la destruction complète de la papille pilaire donnant lieu à une alopécie définitive, la formation d'un tissu d'apparence cicatricielle et la tendance des lésions à se grouper. On peut en décrire trois variétés : la pseudo-pelade de Brocq, la folliculite décalvante de Quinquaud et l'acné ou sycosis lupoïde. Les alopécies qu'elles provoquent siègent en général au vertex, leur peau est amincie et lisse, leurs bords découpés en contours géographiques, par confluence d'îlots voisins; elles sont définitives.

De petits abcès du cuir chevelu peuvent survenir chez les enfants à la suite d'impétigo ou de traumatismes; leur ouverture est quelquefois suivie d'une alopécie peladoïde; mais la présence d'une cicatrice centrale ou, à son défaut, la notion des commémoratifs, permet toujours de la rattacher à sa véritable cause.

2° ALOPÉCIES TRAUMATIQUES. — Un traumatisme violent du cuir chevelu entraîne une cicatrice blanche, nacrée, souvent gaufrée et de contours angulaires, que l'on ne peut guère confondre avec la pelade.

Mais à la suite d'une contusion ou d'un traumatisme quelconque du cuir chevelu, il peut se faire une dépilation circonscrite dont seule une petite cicatrice centrale, souvent difficile à percevoir, peut révéler l'origine. Cette cicatrice même peut manquer : il s'agit alors, pour M. Jacquet, d'une véritable pelade causée par un trouble trophique, comme l'alopécie qui suit parfois l'application des rayons Röntgen; mais bien des auteurs n'acceptent pas cette opinion.

Par l'épilation, les simulateurs peuvent créer de fausses aires de pelade; il est cependant facile de dépister la fraude : lors même que l'hypotonie de la peau et la présence de cheveux massués ou caducs au pourtour des plaques ne permettraient pas d'affirmer le diagnostic, la repousse normale des poils chez les sujets mis en observation bannirait rapidement toute hésitation.

Mentionnons encore les alopécies par usure des cheveux, telles qu'on les observe à l'occiput chez les enfants en bas âge; chez les femmes, les plaques dépilées par la pression des peignes ou des épingles ou par le frottement des postiches.

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 109, p. 1073. — *Erratum* : c'est en 1897, et non en 1900, que Sabouraud a décrit la pelade ophiasique comme non microbacillaire et non contagieuse.

3° Alopécies parasitaires. — Ce n'est que dans leurs formes frustes ou anomales que les affections cryptogamiques peuvent simuler la pelade. Elles présentent toutefois des caractères particuliers.

Le favus en activité présente une bordure franchement inflammatoire; les cheveux y sont engainés et contiennent du mycélium et des spores d'achorion; après la guérison, l'aspect cicatriciel suffit à exclure le diagnostic de pelade.

Dans la teigne, la peau est couverte de squames grisâtres et le cheveu entouré d'un manchon de spores. Cependant, dans les formes de trichophytie peladoïde, le parasite est rare et difficile à mettre en évidence; aussi devra-t-on le rechercher suivant le procédé de Crocker.

4° Alopécies atrophiques. — Un certain nombre de lésions atrophiques circonscrites de la peau peuvent offrir au premier abord une apparence assez peladoïde pour entraîner des confusions.

Le lupus érythémateux du cuir chevelu est presque toujours accompagné de lésions analogues du nez ou des oreilles; même quand il est isolé, on le reconnaît à son centre déprimé, à sa bordure rouge, saillante, sensible à la pression et recouverte de squames grises très adhérentes.

La morphée, même quand elle affecte une forme à peu près arrondie, se caractérise par l'infiltration, l'atrophie et la consistance cartonnée de la peau, et la présence fréquente du lilac ring.

Nous avons déjà mentionné l'étroite parenté de la pelade et du vitiligo. Cependant dans le vitiligo, une zone hyperpigmentée, et parfois une bordure rosée un peu saillante, entourent la surface achromique; l'évolution de l'affection est lente et sa régression rare. Aucun de ces caractères n'est absolu et dans certains cas l'alopécie et les troubles pigmentaires sont combinés de telle façon qu'on est obligé d'admettre le diagnostic de pelade vitiligineuse.

Telles sont les différentes alopécies en taches limitées, qui peuvent en imposer pour la pelade en aires de Bateman.

Il existe encore d'autres dépilations qui, se produisant sur de grandes surfaces ou même occupant tout le cuir chevelu, peuvent simuler des pelades étendues, soit la pelade marginale de Celse, soit même la pelade généralisée.

Telles sont les alopécies infectieuses de causes générales, consécutives à toutes les maladies aiguës ou cachectisantes et notamment à la fièvre typhoïde; localisées d'ordinaire aux régions temporales ou pariétales, elles sont presque toujours incomplètes et diffuses et ne présentent pas la limitation nette des surfaces peladiques.

Cependant, la syphilis peut produire une alopécie analogue à la pelade en plaques disséminées; mais c'est une alopécie en clairières, plus petites et plus nombreuses que ne le sont d'ordinaire les aires peladiques, et accompagnée d'une dépilation diffuse notable.

L'acétate de thallium, employé contre les sueurs des phtisiques, provoque des dépilations d'aspect ophiasique; mais tout le système pileux est atteint presque simultanément et tombe en l'espace de quelques jours.

Le monilethrix peut présenter une dépilation en couronne rappelant vaguement l'ophiasis; mais l'aspect caractéristique des cheveux rend toute erreur impossible.

Du reste, l'on ne méconnaît guère la pelade en bordure que lorsqu'elle affecte un aspect irrégulier ou un siège insolite. Quand elle est franchement ophiasique, sa forme de bande symétrique à contour festonné préserve de toute confusion.

De même l'on ne peut méconnaître les pelades généralisées : la plupart des alopécies totales, sans lésion de la peau, qu'elles soient acquises ou congénitales, si elles ne sont pas provoquées par une infection ou une intoxication antérieure, doivent, selon toute vraisemblance, être étiquetées pelades.

VII

Diagnostic étiologique. — Une pelade étant reconnue, reste à en déterminer la cause. La multiplicité des facteurs étiologiques rend cette enquête difficile et complexe. Le clinicien recherchera les tares nerveuses, les troubles de nutrition, constitutionnels ou accidentels, les conditions occasionnelles : maladies, fatigues, émotions, ou lésions locales capables de provoquer un trouble réflexe. Il examinera l'état de la sensibilité, le taux de la dépuration urinaire, et, après avoir interrogé les antécédents du malade, explorera ses divers organes. L'examen stomatologique devra être, de parti pris, pratiqué sur tout peladique. Un cas de pelade plus encore qu'aucun autre cas pathologique, exige une enquête approfondie, patiente et sagace. Ce n'est qu'après avoir reconnu la cause de l'alopécie, qu'on pourra formuler un pronostic vraisemblable et instituer un traitement rationnel.

VIII

Pronostic. — La gravité d'une pelade dépend évidemment des conditions étiologiques qui lui sont propres.

Cependant, on peut admettre en thèse générale, que la pelade est d'autant plus grave qu'elle est plus étendue, plus ancienne, plus sujette aux récidives.

Les pelades généralisées sont, ainsi, toujours graves, rebelles, de longue durée; leur guérison est incertaine, mais peut s'effectuer même au bout de longues années.

Dans les alopécies circonscrites, la localisation est un élément capital du pronostic. Les pelades marginales, en aires isolées ou confluentes sous la forme ophiasique, sont extensives et de longue durée (dix-huit mois en moyenne et souvent bien davantage); les alopécies de la région centrale sont bénignes et guérissent en trois à six mois, parfois même en six semaines.

Les pelades de la barbe sont aussi tenaces que l'ophiasis; elles présentent de fréquentes récidives, et se terminent assez souvent par la guérison incomplète avec poils grêles et disséminés.

Enfin, l'âge du malade n'est pas sans importance : la pelade de l'enfant, qui prend souvent la forme ophiasique décalvante, guérit spontanément lors de la puberté. Chez les sujets qui ont dépassé l'âge moyen de la vie, la canitie de repousse est parfois définitive.

D'après Milian, dans certains cas, le degré de l'anesthésie mesure la gravité de la pelade, et la sensibilité reparaît en même temps que repoussent les follets (1).

Rappelons que les maladies générales déterminent souvent l'apparition des aires peladiques, ou aggravent les plaques préexistantes.

IX

Traitement. — Traitement étiologique. — Lorsque le point de départ d'une pelade sera connu, c'est contre lui

(1) Communication orale.

que le médecin dirigera ses efforts : un anthelmintique peut guérir la pelade due à la présence d'un tænia ; l'opothérapie thyroïdienne réussit merveilleusement dans la pelade des myxœdémateux (Mackenzie) ; le régime lacté fera disparaître l'alopécie due aux troubles urémiques. Dans les nombreux cas de pelade d'origine dentaire, les soins de la bouche, avulsion d'une dent cariée, désenchatonnement d'une dent de sagesse, réfection d'un mauvais râtelier, seront suivis, dans le temps normal, d'une repousse sur la plaque dépilée ; ainsi se vérifie la boutade de Jacquet : « La pelade ne se prend jamais chez le coiffeur, mais elle se soigne souvent chez le dentiste ».

Traitement général. — Les affections générales, dont l'influence sur l'apparition ou l'aggravation des aires est indéniable, devront naturellement être traitées. Mais en l'absence de toute indication spéciale, il conviendra de combattre l'état de nervosité et de dénutrition si fréquent chez les peladiques : le repos au grand air, le massage et les frictions, l'hydrothérapie, l'électrothérapie, l'alimentation reconstituante, l'arsenic et ses dérivés (cacodylates, arrhénal), l'acide phosphorique et les phosphates, seront prescrits suivant les indications fournies par l'analyse urologique. Les injections de sérum (sérum de Hayem, sérum de Chéron), dans les cas où il y a dépression nerveuse et dénutrition, ont donné à Jacquet de remarquables résultats.

Traitement local. — Il ne faudra pas négliger la plaque dépilée : les cheveux seront coupés ras dans une zone d'au moins un centimètre autour de la surface peladique ; on pourra même, chez les enfants, raser la tête jusqu'à guérison complète. L'épilation des plaques et de leur pourtour, recommandée par Besnier, n'a cependant pas, comme dans le favus, une action thérapeutique.

Le cuir chevelu ainsi préparé, la *médication excitante* aura pour but d'exciter les fonctions nerveuses de la peau et de réveiller les papilles de leur léthargie ; elle comprend deux sortes de moyens, les topiques médicamenteux et les moyens mécaniques ou physiques.

Topiques médicamenteux. — La teinture d'iode et l'acide acétique (Besnier) sont les médicaments le plus souvent employés ; le sparadrap vésicatoire, l'ammoniaque liquide, l'huile de croton, sont des agents très actifs, mais peuvent occasionner des dermites suintantes ou même des folliculites suppurées ; les teintures de cantharide, de capsicum et de cannelle, la résorcine (Hallopeau), la chrysarobine, la vératrine, la pilocarpine, l'essence de Wintergreen (Hallopeau), l'acide phénique ont été également préconisés, mais quelques-uns d'entre eux ne sont pas sans inconvénients. Dans les pelades accompagnées d'une séborrhée intense, Brocq et Sabouraud vantent les bons effets du soufre et de l'huile de cade.

Tous ces médicaments sont d'ordinaire appliqués à la surface de la peau. Certains auteurs ont proposé de favoriser leur pénétration dans l'épaisseur même des téguments par l'acupuncture ou des scarifications. Dans les pelades rebelles, Sabouraud applique sur le fond dénudé d'une phlyctène de vésicatoire abrasée une solution de nitrate d'argent à 1/15.

Moyens physiques et mécaniques. — On réveille la tonicité et stimule la nutrition des téguments par le massage local vigoureux pratiqué par le malade lui-même et par le brossage tels que les a indiqués Jacquet : on exerce sur les plaques une série de frictions et de pressions vives à l'aide d'une brosse à crins roides appliquée contre la peau. La faradisation des surfaces dépilées agit de la même façon. L'emploi des courants continus n'a donné à Besnier aucun résultat.

Quant à la méthode de Finsen, elle peut être suivie de quelques succès, mais détermine facilement des brûlures suivies de cicatrices.

Le voisinage des peladiques étant considéré comme dangereux par le public imbu des doctrines parasitaires, les malades dissimulent leurs plaques par la rasure quotidienne quand elles siègent dans la barbe, ou bien à l'aide d'emplâtres adhérents, d'encre de Chine, de liège carbonisé, quand elles occupent la tête. Les femmes masquent facilement leurs aires dénudées à l'aide des cheveux restés sains. Dans les pelades décalvantes, porter perruque est le seul artifice que les malades puissent employer.

X

Prophylaxie. — Le problème de la contagiosité n'étant pas encore résolu, la question de la prophylaxie reste en suspens, avec toute son importance sociale. Le public, craignant la contamination, fuit toute approche des peladiques. Mais les médecins prennent contre eux des mesures défensives de moins en moins rigoureuses. Déjà, en 1888, Besnier se bornait à déclarer que ces malades ne pouvaient réclamer *comme un droit* leur admission ou leur maintien dans les établissements publics ; mais il ne les en excluait pas formellement. Après les travaux de Jacquet, Brocq, plus libéral encore, propose que l'on *invite* directeurs et patrons à recevoir dans leurs établissements tous les peladiques sous la condition expresse qu'ils soient traités ; Dauzats estime que leur admission s'impose dans tous les cas, et c'est l'immense majorité, où la preuve de la contagiosité ne peut être faite. Sans doute, les conclusions de la Commission académique, au nom de laquelle Du Castel rédige en ce moment un rapport, seront-elles empreintes du même libéralisme. Nombre de médecins du reste, convaincus de l'origine nerveuse de la dermatose, n'hésitent pas à attester que cette affection n'est en rien contagieuse. Quant à Jacquet, il donne de manière uniforme des certificats de non contagiosité et d'admission dans les écoles. Jusqu'ici, le seul incident qu'il ait pu constater est le suivant : une enfant atteinte de pelade d'origine dentaire est, sur un certificat délivré par lui, admise dans une école de Bondy ; une semaine après, la sœur gardienne prévient le docteur Lavocat, médecin de l'école, que treize enfants et elle-même sont atteints de pelade. Ce confrère avertit Jacquet, qui vint examiner « l'épidémie » : la malade admise sur son certificat avait, sur son conseil, fait soigner ses dents et était complètement guérie ; il n'y avait parmi les quatorze « pelades » que deux cas de peladoïdes chez des enfants n'ayant eu aucun contact avec la première et présentant d'ailleurs des troubles de dentition ; un mois plus tard, ces enfants qui furent observés, soignés et *non isolés*, étaient guéris ; quant aux autres malades, on ne relevait sur eux que des cicatricules absolument insignifiantes. Ici encore, l'épidémie s'évanouissait à la première enquête.

Bibliographie. — Déhu. In *Pratique dermatologique.* — Thibierge. In *Traité de médecine.* — Sabouraud. In *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, Comby et Marfan. — Hallopeau et Leredde. In *Dermatologie.* — L. Jacquet. Nature

et traitement de la pelade, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1900; — La pelade d'origine dentaire, *Id.*, 1902; — Syndrome néo-dentaire avec pelade, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 juillet 1902; — Les sommations peladogènes, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 7 mars 1902. — JACQUET et PORTES. La vésication hémo-urinaire dans la pelade, *Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1901. — SABOURAUD. Étude sur l'origine de la pelade, *Ann. de dermatol. et de syphit.*, 1896. — DAUZATS. *Recherches contre la contagiosité de la pelade*, Th. de Paris, 1901. — DE LAVARENNE. La question de la pelade, *Presse méd.*, 1902. — CELSE. *De re medica*, livre VI. — BŒRENSPRUNG. *Ann. des Charite-Krankenhauses*, Berlin 1858. — HORAND. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1874-1875. — E. BESNIER. *Sur la pelade*, rapport à l'Acad. de méd., Paris, Masson, 1888. — MULLER. *Corresp. Blatt. f. schw. Aertze*, 1891. — LASSAR. *C. R. du Cong. int. de dermat.*, Paris 1901. — DUNCAN BULKLEY. *Med. Record*, mars 1889. — CIARROCCHI. *C. R. du Cong. int. de dermat.*, Londres 1896. — COURRÈGES. Th. de Paris, 1874. — SCHUTZ. *Münch. med. Wochens.*, 1889. — HYDE. *Dis. of the skin.* — BEHREND. *Virchow's Archiv*, 1887. — BLASCHKO. *C. R. du Cong. int. de dermat.*, Londres 1896. — DUBREUILH. *De la pelade*, Bordeaux 1889. — NACHTIGALL. *Mittheilungen aus der Würzburgerklinik.* — UNNA. *Histopathologie.* — BLASCHKO. *Monats. f. prakt. Dermat.*, 1891. — BRAULT. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1897. — LAILLIER. *Leçons cliniques sur les teignes*, Paris 1878. — FRÉDET. Alopécie complète et générale à la suite d'une frayeur, *Arch. gén. de méd.*, 1879.— GOLDFARD. Ein Fall von Alopecia universalis, *Monats. f. prakt. Dermat.*, 1897. — MORTON. *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.*, mai 1895. — CROCKER. *Dis. of the skin.* — RAYER. *Traité des maladies de la peau*, 2e édit., t. III. — AUDRY. Pelade des ongles, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1899. — ARNOZAN. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 juillet 1888. — GAUCHER. *Traité des maladies de la peau*, t. Ier. — FEULARD. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1887. — JAMIESON. *Dis. of the skin*, 4e édit. — ZIEGLER. Ueber Alopecia congenita, *Arch. f. Dermat. und Syphil.*, 1897. — NIKOLSKY. Anal. in *Monats. f. prakt. Dermat.*, 1901. — KLOTZ. *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.*, déc. 1897. — RENAUT. *Traité pratique d'histologie*, t. II. — MICHELSON. *Volkmann's Samml. klin. Vortr.*, 1877. — DUCKWORTH and HARRIS. *Transact. of the pathol. Soc. of London*, 1882, vol. XXXIII. — ROBINSON. *Monats. f. prakt. Dermat.*, 1888. — LELOIR. *Gaz. des hôpit.*, juin 1888; — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1888. — MALASSEZ. *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, 1874. — JACQUET. Discussion sur la pelade, *C. R. du Cong. int. de dermat.*, Paris 1900. — MANASSEINE. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1894. — PAVLOFF. Cong. int. de dermat., Paris 1900. — HORAND. *État actuel de la science relativement à la nature et à la contagion de la pelade*, Lyon 1898. — BLASCHKO. *C. R. du Cong. int. de dermat.*, Londres 1896. — LELOIR. Acad. de méd., Paris, juin 1888. — BESNIER. *Bull. de l'Acad. de méd.*, déc. 1887. — BROCQ. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1887. — LASSAR. *Therap. Monats.*, déc. 1888. — JADASSOHN. Cong. int. de dermat., Paris 1900. — GILLETTE. Sur une forme singulière d'alopécie partielle, *Gaz. méd. de Paris*, 1839. — TOMMASOLI. *Viertelj. f. Dermat.*, 1887. — BLASCHKO. *Monats. f. prakt. Dermat.*, 1898. — EHRENKAFT. *Klin. Therap. Wochens.*, 1899. — BOWEN. *Brit. med. Journ. of dermat.*, 1894. — BOURGUEDIEU. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1890. — BESNIER. *Id.*, 1889. — QUINQUAUD. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1888. — NIMIER. Folliculite parasitaire tonsurante, *Gaz. hebd.*, 1890. — VAILLARD et VINCENT. Pseudo-pelade de nature microbienne, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1890. — BOURGUEDIEU. *Histoire d'une épidémie de pelade survenue au 15e dragons à Libourne*, Th. de Bordeaux, 1889. — PAVLOF. Rapport au Cong. int. de dermat., Paris 1900. — MAX JOSEPH. *Monats. f. prakt. Dermat.*, 1886. — MIBELLI. *Boll. della Soc. med. di Siena*, vol. V, 1827. — SAMUEL. *Virchow's Archiv*, CXIV. — BEHREND. *Berl. klin. Wochens.*, 1889. — MOSKOLENKO et FER GRÉGORIANTZ. *Monats. f. prakt. Dermat.*, 1899. — PONTOPPIDAN. *Id.*, 1889. — BENDER. *Dermat. Centralbl.*, oct. 1898. — SCHWENINGER et BUZZI. Zur Kenntniss der Hemiatrophia facialis progressiva, *Charite-Annalen*, Bd. XV. — STOWERS. *Brit. Journ. of dermat.*, janv. 1897. — R. CROCKER. *Dis. of the skin*, art. ALOPECIA AREATA. — TYSON. Alop. univ., *The Lancet*, fév. 1886. — SCHUTZ. Sechs Fälle von Alopecia neurotica, *Münch. med. Wochens.*, 1889. — OLLIVIER. *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris, fév. 1887. — BŒRENSPBUNG. Cité par Plattner, *Inaug. Dissert.*, Zurich 1890. — ROMBERG. Cité par Chambard, art. PELADE du *Dict. encycl. des sc. méd.* — JEANSELME. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1899.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(1er OCTOBRE 1902)

Séance de rentrée : peu de membres, peu de public. On sent le besoin de l'entraînement au travail.

Nous entendons d'abord trois rapports de M. Picqué, le premier sur trois cas de **grossesses extra-utérines** observés par M. Chevalier : dans le premier cas, il s'agissait d'une femme du service de M. Lucas-Championnière qui présentait tous les signes d'une inondation péritonéale, teint exsangue, aspect syncopal, pouls filiforme, etc. M. Chevalier fait aussitôt la laparotomie et trouve un fœtus de trois mois dans une poche largement ouverte. La malade a très bien guéri.

Le second cas, observé dans le service de M. Bazy, fut moins net; on se trouvait en présence de signes de péritonite avec prédominance de la douleur au point de Mac Burney; le diagnostic porté fut celui d'appendicite suppurée. M. Chevalier fit l'incision de Roux, trouva l'appendice en bon état; poussant plus loin son examen, il trouva un fœtus en liberté dans le ventre. La guérison fut parfaite.

Troisième cas : malade du service de M. Routier; syndrome utérin absolument superposable à celui du premier cas; rupture intra-péritonéale, laparotomie, fœtus de trois mois libre dans la cavité péritonéale. Guérison.

Comme on le voit, il s'agit là de trois cas assez rares de grossesses extra-utérines assez avancées, puisqu'il s'agissait de fœtus de trois mois. Généralement, on trouve des fœtus moins avancés. Tous les chirurgiens sont d'accord sur ce fait que, dans ces cas d'inondation péritonéale, une intervention s'impose. Le moment de cette intervention doit être le plus précoce possible; quant au mode de cette intervention, il n'y a pas l'ombre d'hésitation, ce doit être la laparotomie.

Le second rapport de M. Picqué est l'analyse d'un travail de M. Dévé sur les **greffes hydatiques par inoculation du scolex**. M. Dévé a fait de nombreuses expériences sur les lapins, et il a démontré que la simple inoculation de scolex déterminait la présence de vésicules hydatides dans les poumons et l'épiploon.

La conclusion du travail de M. Dévé est donc que les scolex, germes spécifiques, peuvent donner lieu aux mêmes inoculations que les vésicules filles. L'enseignement pratique à tirer de ces faits est qu'il faut, avant de terminer une opération de kyste hydatique, laver la cavité du kyste avec une solution de formol à 2 p. 100 pour éviter toute récidive.

Dans un troisième rapport, M. Picqué analyse un travail de M. Fontoynon, chirurgien de l'hôpital de Tananarive, sur la fréquence des **calculs de la vessie** chez les enfants malgaches. L'auteur rapporte l'observation d'un enfant souffrant depuis six mois et présentant tous les signes d'un calcul

vésical. Il fit la taille hypogastrique et put extraire un calcul du poids de 69 grammes. M. Fontoynon insiste sur la fréquence des calculs vésicaux chez les enfants howas. Il en a, quant à lui, rencontré 17 cas, 15 chez les garçons, 2 chez les filles. Sur 17 cas opérés par la taille hypogastrique, il a eu 2 décès.

M. Fontoynon rapporte également l'observation d'un enfant de quatre ans qui eut un **enfoncement des os du crâne sans fracture, d'origine traumatique**, ayant déterminé de l'épilepsie jacksonienne. Après la trépanation, les accès d'épilepsie jacksonienne cessèrent aussitôt. La brèche osseuse se répara avec une très grande rapidité.

M. Picqué ajoute que dans tous les cas d'enfoncement des os du crâne sans fracture, et même sans troubles fonctionnels, il ne faut pas hésiter à trépaner.

M. Le Dentu a fait un rapport sur les expériences entreprises par M. Girard (de Toulon), relativement à l'**emploi du chlorure d'éthyle comme anesthésique général**. Après avoir rappelé les premiers essais de ce mode d'anesthésie, les travaux antérieurs, M. le rapporteur insiste sur les avantages présentés par cet anesthésique, période pré-anesthésique très calme, suppression des risques de la syncope du début, comme avec le chloroforme, rapidité de l'anesthésie, innocuité relative, etc. M. Le Dentu termine en donnant quelques détails sur la technique de ce mode d'anesthésie.

M. Bazy présente **19 corps étrangers** de volume très variable qu'il a extraits d'un genou sans qu'on ait pu trouver la trace de la pénétration de ces corps étrangers dans les différentes parties de la cavité articulaire.

IVe CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

TENU A ROME DU 15 AU 21 SEPTEMBRE 1902

La première séance a été consacrée à la lecture et à la discussion des rapports sur la question mise à l'ordre du jour : **Les indications médicales à l'interruption de la grossesse**.

C'est le professeur Hofmeier (de Wurzbourg), rapporteur allemand, qui commence, limitant son rapport aux indications résultant de l'existence d'une *néphrite chez la femme gravide*.

L'orateur donne trois conclusions :

Première conclusion. — Dans la néphrite chronique, il faut, dans l'intérêt de la mère, interrompre la grossesse à n'importe quelle époque, toutes les fois que les troubles secondaires, malgré l'application du traitement spécial, au lieu de s'améliorer, deviennent plus inquiétants.

Deuxième conclusion. — Dans la *néphrite gravidique*, le danger d'éclampsie réclame l'interruption artificielle de la grossesse quand, malgré un traitement diététique convenable, les symptômes continuent à s'aggraver.

Troisième conclusion. — Dans la néphrite aiguë pendant la grossesse, la provocation de l'accouchement n'est pas indiquée, soit à cause de la possibilité de guérison, soit à cause du peu d'influence qu'elle est à même d'exercer sur le danger d'éclampsie.

Le rapport de notre compatriote, le professeur Pinard, est des plus intéressants à analyser. Prenant la question de haut, il montre que la question de l'interruption thérapeutique de la grossesse a été obscurcie par des questions religieuse, sociale, morale ou judiciaire, alors qu'elle ne doit dépendre que de la science et de la conscience du médecin, seul juge de l'opportunité de l'intervention. M. Pinard va même plus loin, quand il dit que le médecin ne relève que de lui-même, « et sans aucun souci de l'opinion, sans prendre avis de la conscience troublée d'un père ou d'un époux, sans chercher à prévenir la malade de son état et obtenir son consentement, il a le droit imprescriptible et le devoir sacré d'intervenir et d'interrompre la grossesse. »

Ceci posé, le rapporteur établit qu'il ne s'agit jamais dans l'espèce de fœticide, puisque, si l'on n'intervient pas, le fœtus est fatalement condamné. L'interruption de la grossesse est donc une *opération conservatrice*.

L'indication générale, la seule réelle, est la suivante : *on doit interrompre la grossesse quand une maladie, produite ou aggravée par elle, menace la vie de la femme*.

Puis après avoir discuté la classification qu'il va suivre, M. Pinard divise les indications en deux grandes classes :

1° Maladies développées par le fait de la grossesse.

a. *Hémorragies utérines*. — Quelle que soit la quantité ou la qualité de l'hémorragie, l'indication d'interrompre la grossesse n'existe d'une façon nette, précise et urgente que lorsque « d'une façon permanente, le pouls bat plus de cent fois à la minute ».

b. *Hydropisie de l'amnios*. — L'indication se précise dans deux cas : *a*. quand avec un œdème plus ou moins accusé, plus ou moins généralisé, se montrent de la dyspnée, de l'ortopnée, des phénomènes asphyxiques.

b. Quand, en même temps que la distension rapide de l'utérus, apparaissent des douleurs abdomino-costales, ou diaphragmatiques très vives ; lorsque la peau devient sèche et terreuse, l'amaigrissement très accusé et que la sécrétion urinaire diminue au point de ne pas dépasser 5 à 600 grammes dans les vingt-quatre heures.

c. Dans la *grossesse molaire*, *môle hydatiforme*, l'indication est indiscutable mais ne peut se poser que lorsque le diagnostic est fait, ce qui n'est pas fréquent.

d. Dans les *vomissements incoercibles* ou mieux appelés vomissements toxiques, dès que l'accélération du pouls est telle que le nombre des pulsations s'élève à plus de 100 par minute il faut *tout de suite* interrompre la grossesse.

e. *Albuminurie gravidique*. — Quand par très rare exception, chez une femme enceinte dont les urines renferment de l'albumine, le traitement rigoureusement appliqué ne fait pas diminuer la quantité d'albumine, quand l'agitation, l'insomnie se montrent, quand la céphalalgie et les troubles de la vision s'accusent, quand l'acte respiratoire est modifié, on peut trouver dans ce cortège symptomatique une indication suffisante.

f. *Éclampsie*. — Jusqu'à plus ample informé et à moins de circonstances absolument exceptionnelles, la nécessité de l'interruption de la grossesse chez une femme atteinte d'accidents éclamptiques, n'est pas suffisamment démontrée.

2° Maladies chroniques aggravées par le fait de la grossesse.

Dans les maladies de l'appareil circulatoire, chaque cas porte son indication particulière, l'indication se tire surtout de l'apparition des phénomènes d'asystolie, avec dyspnée et asphyxie.

Dans les maladies de l'appareil urinaire, bien qu'il soit difficile d'avoir une formule générale, M. Pinard pense que l'indication ne peut se poser tant que la quantité des urines quotidiennes atteint 800 grammes.

En face d'une femme enceinte tuberculeuse, le médecin n'a qu'une chose à faire : « soigner la tuberculose et surveiller simplement la grossesse. »

« Comme on le voit, dit le professeur Pinard, je n'ai pas fait mention de maladies aiguës, car il n'en est aucune, pas même le choléra, qui puisse présenter une véritable indication d'interrompre la grossesse. »

Le rapporteur termine son exposé si précis et si intéressant en disant que, dans une période de dix années où 22708 femmes vinrent accoucher dans son service, 20 fois l'indication d'interrompre la grossesse fut jugée nécessaire et 15 fois suivie de succès.

Le rapporteur russe, le professeur Rein (de Saint-Pétersbourg), ne s'occupe que des faits d'interruption de la grossesse entre la vingt-huitième et la quarantième semaine. Son exposé est moins un rapport que la publication de sa statistique et de sa pratique hospitalière.

Voici ses conclusions :

1° L'accouchement provoqué est une des opérations les plus légitimes et les plus utiles en obstétrique.

2° Elle donne des résultats favorables aussi bien pour l'enfant que pour la mère. La mortalité et la morbidité en connexion directe avec cette opération sont presque nulles.

3° Les indications d'ordre médical les plus fréquentes de l'accouchement provoqué sont fournies par des affections rénales et cardiaques.

4° En général, les indications médicales doivent être appliquées dans une plus large mesure qu'on ne le fait jusqu'ici.

5° Dans l'éclampsie grave au cours de la grossesse, notamment chez les primipares, on est autorisé à substituer, à l'accouchement provoqué, l'opération césarienne, pratiquée sur des indications relatives.

Quant au professeur Schauta (de Vienne), il est difficile de le suivre dans son compendieux exposé où presque toute la pathologie est passée en revue et résumée en 104 conclusions.

La deuxième question mise à l'ordre du jour était : **L'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale.** Le professeur Fehling (de Strasbourg), d'après les 94 réponses reçues à un questionnaire, pose les conclusions suivantes :

1° Les maladies puerpérales des organes génitaux peuvent se partager en deux classes : affections toxiques et affections infectieuses.

2° Dans l'intoxication (saprohémie), l'utérus est le seul foyer morbide; dans l'infection, le processus morbide est rarement restreint à l'utérus; en général, il s'agit d'une infection grave qui a envahi tout l'organisme.

3° L'extirpation de l'utérus dans les suites de couches, en cas de septicémie généralisée, ne donne aucune chance de succès, et on ne doit pas conseiller cette opération.

4° L'extirpation de l'utérus est indiquée seulement dans les cas où le foyer de l'infection ou de l'intoxication est restreint à l'utérus, à savoir dans la rétention avec putréfaction du placenta, dans la putréfaction des myomes pendant les suites de couches, ou des restes ovulaires à la suite d'avortement, toutes les fois cependant que l'on se trouve dans l'impossibilité de les éloigner par d'autres moyens que l'hystérectomie.

5° Dans les cas de métrophlébite puerpérale (pyohémie), l'hystérectomie peut être utile, à la condition qu'elle soit accompagnée de la ligature ou de l'extirpation des veines atteintes de thrombose dans le ligament large et des veines utéro-ovariques. Cette opération peut se pratiquer aussi séparément.

Le professeur Léopold (de Dresde) est plus interventionniste, plus interventionniste que les chirurgiens de Paris, puisque dans sa deuxième conclusion il conseille d'enlever non seulement l'utérus, mais l'appareil vasculaire péri-utérin et qu'il considère cette intervention comme pleine d'avenir!

1° Dans le cas d'infection puerpérale grave, l'hystérectomie sera indiquée lorsqu'il aura été prouvé par tous les symptômes que l'utérus est le siège seul et le point de départ continuel de l'infection, et que tous les autres moyens employés contre la maladie auront échoué.

Cette indication se rapporte surtout aux cas de rétention du placenta en voie de décomposition sans qu'on puisse l'enlever.

2° Si l'infection a dépassé l'utérus et qu'il se produise une péritonite grave ou une thrombose septique, ou une affection unilatérale ou bilatérale des annexes, ou un abcès de l'utérus, l'hystérectomie toute seule ne suffit pas à guérir la malade, parce que cette opération ne tient pas compte des altérations anatomiques qui se sont ajoutées.

Si la maladie poursuit fatalement sa marche, on devra, selon les circonstances, avoir recours avant tout au traitement chirurgical qui se propose de rechercher le foyer de la suppuration et de le vider. D'autres recherches nous diront jusqu'à quel point les injections de sérum antistreptococcique ou d'autres remèdes semblables pourront contribuer directement ou indirectement à la guérison.

Dans tous les cas il faut insister surtout sur la recherche précoce et minutieuse des foyers de suppuration. La recherche et l'ablation des veines atteintes par la suppuration contribueront dans l'avenir à donner de brillants succès dans le traitement des cas les plus graves de l'infection puerpérale.

Avec le professeur Treub (d'Amsterdam) nous revenons à l'appréciation plus saine des choses. Après un rapport lumineux et clair, après une discussion serrée des indications et contre-indications, l'orateur arrive à ces conclusions que nous adoptons pleinement :

1° Les moyens usités dans le traitement de l'infection puerpérale, localisée entièrement à l'utérus, sont suffisants dans la grande majorité des cas;

2° Pour quelques cas exceptionnels, l'hystérectomie pourra réussir là où le traitement obstétrical échoue;

3° L'indication de l'hystérectomie ne devra être posée qu'après un examen clinique très exact et une évaluation consciencieuse du pour et du contre de l'opération;

4° Celui qui fait beaucoup d'hystérectomies dans ces cas-là en fait certainement trop.

Quant à M. Tuffier, son rapport est un plaidoyer, déjà atténué d'ailleurs, en faveur de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë, il demande que l'accoucheur pose les indications opératoires; détermination dont il a tout le poids. Quant au chirurgien, son rôle est borné aux contre-indications; l'examen de la résistance de la malade doit lui faire accepter ou refuser l'intervention sollicitée. La conclusion c'est qu'il faut « une anastomose bien nette et bien franche » entre accoucheur et chirurgien.

Une discussion assez intéressante a suivi la lecture de ces différents rapports. Mais la plupart des membres du congrès se sont ralliés aux conclusions prudentes du professeur Treub, qui sont celles de notre Société de chirurgie.

(*A suivre.*)

VIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE

(GRENOBLE, SEPTEMBRE-OCTOBRE 1902)

Le Congrès d'hydrologie, de climatologie et d'hydrologie a été ouvert à Grenoble, le 29 septembre, sous la présidence de M. Albert Robin.

Dans son discours, après avoir souhaité la bienvenue aux congressistes et avoir remercié le gouvernement, le maire et les corps élus de la ville de Grenoble et du département de l'Isère de leur patronage, M. Robin salue M. Boirac, le grand psychologiste, recteur de l'Université de Grenoble, M. Bordier, directeur de l'École de médecine, enfin et surtout M. F. Berlioz, le distingué secrétaire général du Congrès, auquel revient tout le mérite de son éclatant succès.

« Nous entendons souvent dire, ajoute M. Robin, que l'hydrologie est demeurée stationnaire ou, tout au moins, n'a fait que de minimes progrès et qu'elle a peu bénéficié des grandes découvertes contemporaines qui ont changé les assises de la médecine. Je n'hésite pas à déclarer que cette affirmation est inexacte.

La science de l'hydrologie et de la climatologie s'est, elle aussi, renouvelée dans les trente dernières années.

Mais pendant que les applications de la méthode expérimentale bouleversaient à ce point les choses de la médecine et particulièrement de la thérapeutique, qu'un praticien d'il y a cinquante ans aurait peine à se reconnaître dans la science médicale d'aujourd'hui — science toute neuve dont l'éclat est atténué par bien des incertitudes — l'hydrologie marchait à pas plus lents et peut-être plus sûrs.

Elle ne faisait pas table rase du glorieux héritage que l'expérience des siècles écoulés lui a légué. Elle soumettait à un contrôle plus sévère l'envahissement des doctrines nouvelles, et, ne pouvant jamais s'écarter du terrain des immédiates applications pratiques, elle était obligée de subordonner à la saction de l'observation clinique les théories régnantes qui semblaient les mieux établies et les plus indiscutables.

Combien de ces théories se sont écroulées devant cette urgence thérapeutique qui, enserrant le médecin hydrologue, l'érige en juge impartial de leur portée ! C'est pourquoi vous bâtissez peu de systèmes; vous vous contentez de suivre la vieille et toujours sûre tradition hippocratique, c'est-à-dire l'observation, mais en la complètant par la mise en œuvre des modes de recherche dont la science moderne s'est si merveilleusement enrichie.

Voyez quel pas décisif a fait l'hydrologie quand, suivant l'immortelle méthode de Claude Bernard, elle a cherché à renouveler ses vieux procédés, en fondant l'action des eaux sur la connaissance des effets physiologiques soit de l'eau elle-même, soit de chacun des principes qu'elle tient en dissolution?

D'abord, elle a confirmé expérimentalement ce que la pratique avait montré depuis longtemps, à savoir que chaque eau minérale est un tout complexe dont les effets sur l'organisme ne représentent pas la somme des effets produits par chacun des principes constituants.

Cette constatation a une plus grande portée qu'on ne se l'imagine, car elle est immédiatement applicable à la thérapeutique générale. Elle est une preuve de plus que l'on a eu tort d'identifier l'action des alcaloïdes végétaux avec celui des plantes dont ils sont extraits, et que l'action médicatrice de cette sorte de quintessence déjà devinée par Paracelse, ne saurait toujours représenter, à une plus grande puissance, celle de cet autre tout complexe qui compose la plante.

Elle prouve aussi l'utilité des associations médicamenteuses, contre lesquelles on mène, depuis bien des années, une campagne qui ne dénote que l'ignorance de ceux qui la continuent.

Ce sont ces progrès de l'hydrologie qui ont permis d'en faire l'application presque mathématique au traitement de tant de maladies de la nutrition.

Vous savez combien la médecine générale est en retard sur la connaissance de ces maladies. On a détruit l'ancienne conception des diathèses sans la remplacer par rien de plus pausible, car toutes les théories émises depuis lors se sont effondrées dès qu'elles ont été aux prises avec la thérapeutique — ce juge en dernier ressort de tous les systèmes.

Mais si, laissant de côté les théories, on regarde simplement les faits, on voit que les maladies de la nutrition sont des maladies fonctionnelles se traduisant, dans les échanges organiques, par des variations dont la connaissance permet de remonter au trouble initial dont elles sont l'expression.

Grâce aux procédés de la chimie biologique, on peut aujourd'hui lire dans les actes intimes de la vie cellulaire, matérialiser cette force jusqu'ici insaisissable qu'on nomme l'activité vitale, mesurer les aptitudes fonctionnelles des divers organes, enfin, fixer les premiers linéaments de l'acte morbide, de cet acte antérieur à la lésion, qui la prépare ou la conditionne et qui, purement fonctionnel, est encore modifiable par la thérapeutique.

D'un autre côté, la chimie biologique permet de reconnaître le mode d'action des eaux minérales et des climats. Elle montre comment se modifient la nutrition et les échanges intra-organiques qu'elle comporte, sous l'influence de ces agents. Elle pénètre le mystère de leurs effets curateurs.

D'importantes recherches ont été faites dans cette direction durant les quinze dernières années, sous l'impulsion donnée par la Commission des eaux minérales à l'Académie de médecine. Les résultats acquis justifient les espérances du début, et le moment n'est pas éloigné où, coordonnées en un ensemble, elles illumineront d'une clarté définitive les indications de nos stations thermales et permettront de réaliser ce grand désidératum de la médecine, c'est-à-dire la *détermination de l'opportunité thérapeutique*.

Car, si nous connaissons, d'une part, la manière dont telle eau minérale et tel climat influencent les échanges généraux et les fonctions spéciales des organes; si, d'autre part, nous savons comment ces échanges et ces fonctions varient dans telle maladie chronique, quoi de plus simple que d'opposer le modificateur aux effets connus à l'élément morbide également déterminé?

Je n'abuserai pas de votre attention en citant des exemples que nul de vous n'ignore et qui montrent quelle influence cette orientation nouvelle, ce *néo-vitalisme* médical, ont exercé sur l'hydrologie. A côté des indications maîtresses laborieusement édifiées par le sens clinique et l'observation de nos devanciers, la chimie biologique a créé, pour ainsi dire *à priori*, des indications nouvelles que l'expérience a toujours ratifiées, ouvrant ainsi à la médecine thermale des horizons inattendus et donnant à ses procédés un caractère de précision et même de certitude que la thérapeutique générale est loin de posséder encore.

Donc, Messieurs, loin d'être en retard sur le reste de la médecine, vous la précédez sur le terrain de la pratique,

parce que vous avez su, avec la tradition pour flambeau et sans rien abandonner des enseignements du passé, faire bénéficier votre clinique spéciale de toutes les grandes découvertes et des nouveaux moyens d'exploration; parce que vous êtes restés fidèles à Hippocrate, le maître de l'observation, qui se contenta de guider l'organisme dans ses actes de défense, contre Galien qui mettait le raisonnement au-dessus de l'observation, et dont l'influence domine encore la thérapeutique générale quand elle croit que son rôle consiste à dompter directement la maladie.

L'hydrologie et la climatologie apparaissent donc comme les moyens les plus puissants et les plus efficaces que nous ayons à opposer aux maladies de la nutrition considérées comme des entités, de même qu'aux troubles nutritifs qui peuvent survenir dans tant d'états pathologiques divers.

La *dynamisation de l'eau minérale*, si l'on veut bien me permettre cette expression, est le meilleur moyen dont nous puissions disposer pour impressionner les déviations du *dynamisme vital*.

Ces grandes assises internationales de l'hydrologie, de la climatologie et de la géologie, dont vous tenez ici la session, ont déjà porté leurs fruits.

En relisant les comptes rendus des Congrès précédents, on est vivement frappé par l'énorme quantité de travaux sérieux dont ils ont été l'occasion.

Quant au Congrès actuel, il ne le cède en rien à ses devanciers. Réunissant 250 congressistes qui auront à discuter 14 rapports et plus de 75 communications, non seulement il est remarquable par l'abondance et la valeur des documents que vous aurez à examiner au cours de vos séances, mais il témoigne encore d'une marche en avant vraiment caractérisée.

En outre, ces Congrès ont donné aux médecins hydrologues d'un grand nombre de stations du monde, le moyen de se connaître, de s'apprécier et de resserrer les liens de confraternité entre les membres d'une grande famille, tout en élargissant l'étendue de leur avoir scientifique. Plus cette union entre les hydrologues sera étroite, plus notre science se développera, plus vous aurez le pouvoir de réaliser les progrès indispensables à l'essor des stations hydro-minérales et climatériques.

Les grandes villes d'eaux ont une tendance générale à se transformer plus ou moins en villes de fêtes où l'on accumule les attractions malsaines qui retiennent les oisifs et les hommes de plaisir et tendent trop souvent à éloigner les vrais malades, de sorte que l'établissement thermal n'est plus guère considéré que comme une annexe ou un prétexte. D'autre part, beaucoup de malades veulent se soigner en s'amusant, retrouver à la station thermale leurs habitudes mondaines, y continuer les excès de table et les veilles de leur vie urbaine; puis, ils s'étonnent du maigre résultat de leur cure.

Les médecins hydrologues protestent. Ils recommandent de mener une existence hygiénique, de se coucher de bonne heure; mais les tables de jeu, les casinos, les théâtres et le reste ont des arguments plus pénétrants que leur voix isolée et morose. Ils insistent sur la nécessité d'un régime, mais la plupart des malades sont condamnés à la table d'hôte contre laquelle ont échoué jusqu'à présent tous nos efforts et dont le menu, soustrait à tout contrôle scientifique, est une des causes essentielles de l'insuccès de tant de cures.

Ne craignons pas de dire hautement qu'il est temps de faire une croisade contre cet état de choses; que tout en admettant les nécessités commerciales, les stations hydrominérales devant être uniquement des lieux où l'on vient pour rétablir sa santé, la prescription médicale doit y régner en maîtresse prudente et éclairée; que les médecins de la station, après entente unanime, devraient avoir la possibilité de faire réglementer les régimes dans les hôtels et dans les restaurants, de s'entendre avec les municipalités pour obliger les casinos et les théâtres à fermer à une heure raisonnable et imposer aux hôteliers et aux logeurs l'adoption des mesures indispensables d'hygiène et de salubrité.

Ne nous dissimulons pas que tout ceci rentre encore dans le domaine du rêve, que notre droit public s'oppose, dit-on, à la réalisation de ce programme, enfin que nous n'aurons pas facilement raison des intérêts individuels, d'ailleurs relativement peu recommandables, qui se dresseront toujours contre nous. Et vous objecterez encore que vos revendications, maintes fois formulées par nombre d'entre vous, sont restées sans écho.

Permettez-moi de répondre que si ces revendications avaient été transmises par une collectivité, par une association puissante, mettant en œuvre les justes influences qu'elle tient de son bon droit et de sa sollicitude pour l'hygiène des baigneurs et la santé publique des stations, elles eussent eu certainement plus de portée.

Associons-nous donc pour devenir forts et pouvoir défendre avec succès les graves intérêts dont nous avons la charge.

Comme preuve de ce que peut l'association des efforts individuels, voyez l'exemple du Syndicat des médecins des stations balnéaires et climatériques de France. En 1896, quelques médecins des eaux françaises se réunissaient pour discuter des questions professionnelles, étudier les améliorations à porter dans l'hygiène des stations thermales, faciliter les moyens de transport, et tenter d'obtenir, par une action collective, ce que l'initiative individuelle n'avait pu réaliser. Ils fondèrent leur Syndicat qui compte aujourd'hui, parmi ses membres, la plupart des hydrologues et des climatologistes de France.

Je ne vous énumérerai pas les questions que le Syndicat a traitées, ni les problèmes qu'il a soulevés et résolus, ni les conflits qu'il a apaisés, ni enfin les points litigieux de déontologie qu'il a éclairés. Rappelons seulement qu'il a obtenu, grâce à l'appui de M. Baudin, alors ministre des Travaux publics, qu'une grande enquête fut faite, par les soins du gouvernement et des compagnies de chemin de fer, sur les communications avec les principales stations balnéaires, et que cette enquête a donné, dans la mesure du possible, satisfaction aux désidérata que nous avions signalés.

Ne pensez-vous pas, messieurs, que l'expérience faite en France, avec tant de succès, mériterait d'être reprise ailleurs, et n'y aurait-il pas grand avantage à ce que dans chaque pays riche en eaux minérales ou en stations climatériques, les médecins se réunissent, comme nous l'avons fait en France, et fondent des associations analogues à la nôtre?

Pour créer un lien entre ces diverses associations, chacune d'elles déléguerait, suivant son importance, d'un à trois de ses membres, et la réunion de ce bureau permanent constituerait une sorte de conseil général chargé de centraliser et d'étudier les questions intéressant, au point de vue international, les villes d'eaux et les stations climatériques.

Si cette proposition vous agrée, nous pourrons l'examiner

au cours de la séance de clôture du Congrès, avec les autres vœux qui viendront en discussion.

On parle beaucoup, messieurs, de la crise que subiraient actuellement les eaux minérales. En allant au fond des choses, il semble bien que cette crise soit plus apparente que réelle; mais, si tant est qu'elle existe, nous devrions rechercher les moyens d'y remédier.

Ceci nous entraînerait bien loin, même en restant exclusivement sur le domaine médical. Cependant, regardez autour de vous, et, abstraction faite de ce qui touche au confort et au luxe des installations, voyons quelles sont, parmi les villes d'eaux, celles qui jouissent de la plus grande prospérité. A coup sûr, ce sont les stations thermales qui se sont spécialisées pour le traitement de maladies déterminées.

Voyez Vichy, qui a reçu en 1901 plus de 68000 visiteurs au lieu de 37000 en 1880, qui a exporté 14 millions de bouteilles au lieu de 4 millions; voyez Nauheim, qui était presque désert en 1881 et qui recevait l'an dernier plus de 14000 baigneurs; voyez le développement croissant d'Aix-les-Bains, Cauterets, Luchon, Carlsbad, Vittel, Contrexéville, Biarritz, etc. — J'en passe et des plus fortunées.

Ne pensez-vous pas que ce succès est dû, en partie au moins, à la conception simpliste qui associe aussitôt, dans l'esprit du médecin traitant, le nom d'une de ces stations à une maladie précise?

N'oublions pas que l'hydrologie n'est pas enseignée, — sauf à Toulouse, où notre savant confrère, M. Garrigou, s'efforce de lutter et lutte avec succès contre l'indifférence, et j'ose dire, contre l'insuffisance des connaissances médicales en matière d'hydrologie et de climatologie, — que les journaux et les publications spéciales ne sont, pour ainsi dire, pas lus ni par les étudiants, ni par les médecins; qu'en réalité, c'est vous, hydrologues, qui faites peu à peu l'éducation si sommaire des médecins dans les visites que vous eur rendez; et enfin que l'hydrologie ne s'invente pas plus qu'une autre science.

Jusqu'à temps que celle-ci soit enseignée; jusqu'à ce qu'elle ait pris dans les programmes de cours et d'examens la place qui lui est due et qu'elle n'a pas, vous devez vous efforcer, non de multiplier, mais de restreindre le nombre des états morbtdes justiciables de telle cure thermale, et conjuguer au nom d'une station — dans la mesure de l'expérience acquise par l'observation éclairée de la lumière des nouveaux procédés d'investigation — le minimum d'états pathologiques, afin de synthétiser en une formule simple la somme des connaissances nécessaires au médecin traitant.

Si l'on objecte que cette manière de faire n'est pas scientifique, et qu'en agissant ainsi, on va à l'encontre de l'évolution et du progrès, répondons hautement que c'est toujours un progrès que de faire pénétrer des notions précises dans l'esprit du plus grand nombre. Et puis, je suis convaincu, avec beaucoup d'entre vous, que plus se développera la connaissance des actions thérapeutiques exercées par les eaux minérales, plus nous tendrons à leur spécialisation. »

En terminant, M. Robin salue la mémoire de Max Durand-Fardel, le grand maître de l'hydrologie contemporaine.

(*A suivre.*)

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

REVUE DES THÈSES

La mécanothérapie et les blessés du travail, par M. le docteur Faidherbe. (Th. de Paris, 1902.)

Pour M. Faidherbe, la mécanothérapie donne de bons résultats dans le traitement de certains accidents du travail : les fractures, les luxations, les entorses, les contusions et aussi dans les rigidités consécutives soit aux inflammations de diverse nature du périoste et des autres couches squelettiques, soit aux variétés si nombreuses des phlegmons superficiels ou profonds.

La mécanothérapie offre de grands avantages pour le blessé, en lui faisant recouvrer plus vite et plus complètement l'intégrité fonctionnelle, qui lui permet de récupérer la totalité de sa valeur professionnelle.

La mécanothérapie présente un autre avantage malgré la nécessité dispendieuse de ses installations; elle atténue l'importance des infirmités, en diminuant la longue durée du traitement consécutif, et surtout en améliorant, en supprimant parfois les rigidités articulaires et les impotences fonctionnelles des membres après les traumatismes graves.

En attendant l'époque où les services hospitaliers auront annexé les ressources de la mécanothérapie aux progrès échelonnés jusqu'à ce jour, il y a lieu de fonder, dans les principaux centres industriels, des instituts de mécanothérapie où les ouvriers blessés seront envoyés après leur sortie de l'hôpital ou même, dans certains cas, sitôt leur accident.

L. B.

CORRESPONDANCE

Clermont-Ferrand, le 1er octobre 1902.

Monsieur et honoré confrère,

Dans la réunion du 22 octobre dernier, les chirurgiens des hôpitaux de province ont protesté contre les abus que fait subir à l'Assistance publique d'une part, au corps médical d'autre part, l'hospitalisation gratuite des victimes des accidents du travail.

Ces revendications ne sont pas restées lettre morte. Grâce à l'influence des divers syndicats, un mouvement très actif a suivi notre réunion, et notre distingué confrère, M. le docteur Lande (de Bordeaux), a amené le Conseil supérieur de l'Assistance publique à reconnaître le principe de la dette des collectivités vis-à-vis des médecins d'hôpital (séance du 19 juin 1902).

Mais nous ne devons pas nous arrêter à ce premier succès. Il nous reste à faire accepter cette décision par les différentes commissions administratives et à discuter l'article 2 de cette décision d'après lequel « les frais médicaux seraient calculés au tarif fixé par le règlement départemental sur l'Assistance médicale gratuite (?) ».

Ce sera, si vous le voulez, l'objet de notre prochaine réunion, qui aura lieu le mardi 21 octobre, à deux heures du soir, salle des correspondances du Congrès de chirurgie.

Que chacun de nous prépare ses arguments, il y va de l'intérêt général.

Recevez, Monsieur et honoré confrère, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Dr H. Bousquet (Clermont-Ferrand). — Dr H. Reynès (Marseille).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés. — Un concours pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, le lundi 10 novembre. (Pour les renseignements relatifs à ce concours, voir *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 63, p. 637.)

Guerre. — Par décret, en date du 1er octobre 1902, ont été promus aux grades ci-après et ont reçu par décision du même jour les affectations suivantes :

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — *Au grade de médecin principal de première classe.* — MM. les médecins principaux de deuxième classe Schneider, maintenu à la légation de France en Perse; Mussat, maintenu à l'hôpital militaire de Belfort.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Barois, désigné pour l'hôpital militaire de Bourges; Richard, nommé médecin-chef à l'école d'application de cavalerie de Saumur; de Schuttelaère, maintenu médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Denis.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Gruson, maintenu au 91e d'infanterie; Trédos, maintenu au 128e d'infanterie; Vincent, maintenu au 151e d'infanterie; Tricot, maintenu au 47e d'infanterie; Gauvin, désigné pour le 43e d'infanterie; Eymeri, pour le 99e d'infanterie; Artigues, pour le 153e d'infanterie; Lalitte, pour le 154e d'infanterie; Lajoue, pour le 10e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Danis, désigné pour la direction du service de santé du 12e corps d'armée; Capmas, pour le 39e d'artillerie; Dopter, maintenu surveillant à l'école d'application du service de santé militaire; Langlois, désigné pour le 56e d'infanterie; Finck, pour le 69e d'infanterie; Scheffeler, pour le 146e d'infanterie; Ardoin, maintenu au 80e d'infanterie; Masson, désigné pour le 25e d'artillerie; Costa, pour le 162e d'infanterie; Brun, pour le 133e d'infanterie; Bertelé, pour le 2e d'infanterie; Conte, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger.

CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — *Au grade de médecin principal de première classe.* — M. le médecin principal de deuxième classe Hénaff, hors cadres à Quimper.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe André, dit Duvignaud, maintenu hors cadres au Tonkin; Gauzien, maintenu chef du service de santé dans l'Inde (hors cadres).

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Grognier, maintenu au cadre de la Martinique; Carrière, placé au 7e d'infanterie coloniale; Recoules, classé par ordre au 4e d'infanterie coloniale; Salanoue-Ipin, maintenu au 21e d'infanterie coloniale; Touin, maintenu au 3e d'infanterie coloniale; Bousquet, maintenu en service au Tonkin (réserve du corps d'occupation de Chine); Portel, maintenu en service au Sénégal; Vivien, maintenu en service en Cochinchine; Texier, maintenu en service hors cadres au Congo français; Rimbert, maintenu en congé hors cadres; Carmouze, maintenu en service à Madagascar; Sévère, maintenu en service en Cochinchine.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Coulogner, maintenu en service à la Martinique; Escande de Messières, maintenu en service à Madagascar; Augier, maintenu en service à bord de l'affrété *Calédonie*, hors cadres; Bouet, maintenu en service à Madagascar; Pannetier, maintenu en service en Cochinchine; de la Barrière, maintenu en service dans le Haut-Sénégal; Marotte, maintenu en service en Cochinchine, hors cadres; Lanteaume, maintenu en service à la Guyane; Nielsen, maintenu en service au 7e d'infanterie coloniale; Roquemaure, maintenu en service au Chari; Dubruel, maintenu en service en Cochinchine; Deschamps, maintenu en service au Tonkin; Dourne, maintenu en service au Tonkin; Rencurel, maintenu en service au Tonkin; Marzin, maintenu en service au Sénégal; Rul, maintenu en service à Madagasgar; Brachet, maintenu en service au Tonkin.

SERVICE DE SANTÉ. — Ont été nommés ou désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de deuxième classe Chupin est nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Marseille.

MM. les médecins-majors de première classe Lejeune, désigné pour l'hôpital militaire de Lille; Ott, pour le 11e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Guibal, désigné pour le 163e d'infanterie; Apard, pour le 9e escadron du train des équipages militaires; Guirlet, pour la direction du service de santé du 4e corps d'armée; Braün, pour la direction du service de santé du 20e corps d'armée; Jolly, pour le 59e d'infanterie; Daussat, pour le 18e bataillon de chasseurs à pied; Zeller, pour le 6e bataillon d'artillerie à pied.

MM. les médecins aides-majors de première classe Long, pour le 141e d'infanterie; Vennin, pour l'école d'application de cavalerie de Saumur; Hochwelker, pour le 122e d'infanterie; Delbru, pour les hôpitaux militaires de la division de Tunisie; Caubert, Gimazane, Ser, Massip, Domage, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Dupuich, pour le 2e zouaves; Loubet, pour le 18e d'artillerie; Moisseney, pour le 3e zouaves; Nurdin, pour le 2e tirailleurs; May, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Laplanche, pour le 16e d'infanterie; Schnaebelé, pour le 28e bataillon de chasseurs à pied; Forget, pour le 4e tirailleurs algériens.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Melnotte, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Pourcines, pour le 37e d'infanterie.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-neuvième semaine, 790 décès, au lieu de 715 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 801.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, au lieu de 3 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne (14); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins (45) est à peine supérieur à celui des semaines précédentes, mais très inférieure à la moyenne (78).

La variole a causé 1 décès (la moyenne est 2); le nombre des cas signalés à la préfecture de police (2) est le plus faible constaté depuis trois ans (la moyenne est 12).

La rougeole a causé 2 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (4); la scarlatine a causé 1 décès, chiffre identique à la moyenne et à celui de la semaine dernière; la coqueluche a causé 6 décès, comme pendant la précédente semaine, au lieu de la moyenne (5). La diphtérie a causé 9 décès, au lieu 2 de pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 4; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins (54) est à peu près stationnaire, mais reste supérieur à la moyenne (36).

La diarrhée infantile a causé 65 décès de 0 à 1 an, au lieu de 66 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 70.

En outre, 34 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 84 décès, au lieu de 69 pendant la semaine précédente et au lieu de 94, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre, se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (au lieu de la moyenne 5); bronchite chronique, 8 (au lieu de la moyenne 16); pneumonie, 14 (au lieu de la moyenne 27); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 46 (chiffre identique à la moyenne), dont 17 sont dus à la congestion pulmonaire et 15 à la broncho-pneumonie.

La phtisie pulmonaire a causé 208 décès; la méningite tuberculeuse, 13; la méningite simple, 19; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 6 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 45; les maladies organiques du cœur, 56; le cancer a fait périr 45 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 8 décès; la cirrhose du foie, 13; la néphrite, 24; enfin, 17 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 113. — MARDI 7 OCTOBRE 1902. 75e ANNÉE. MARDI 7 OCTOBRE 1902. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

COURS DE VACANCES

HÔPITAL NECKER. (Service de M. le professeur LE DENTU, remplacé par M. MAUCLAIRE.)

COMPLICATIONS NERVEUSES TARDIVES DES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE L'HUMÉRUS

SURVENUES DANS L'ENFANCE (1)

Par Albert MOUCHET, chef de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker.

On connaît depuis fort longtemps les complications nerveuses des fractures survenant, soit au moment même de l'accident, soit pendant la durée de la consolidation; mais il y a seulement quelques années que l'attention a été attirée sur les *paralysies tardives* à la suite des fractures. Ce sont en particulier les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus survenues dans l'enfance qui ont présenté à l'âge adulte, longtemps après leur guérison, ces complications nerveuses tardives. La nature de ces paralysies, leur mécanisme intime, seraient peut-être encore ignorés à l'heure actuelle, si la radiographie n'était pas venue les éclairer d'un jour nouveau. Et la chose en vaut la peine, puisque la thérapeutique s'est trouvée du même coup guidée dans la bonne voie.

Le hasard m'a permis d'observer récemment un cas nouveau de *paralysie tardive à la suite de fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus survenue dans l'enfance;* ce cas, publié par mon élève et ami Vacquerie (2) dans sa thèse récente, me paraît confirmer l'explication pathogénique que j'ai proposée, en 1898, dans ma thèse de doctorat (3), que j'ai soutenue à nouveau dans un mémoire en collaboration avec mon excellent maître, M. A. Broca (4), et que ce dernier a reprise dans ses *Leçons cliniques de chirurgie infantile* (5).

(1) Leçon clinique recueillie par M. Coqueret, externe du service.
(2) A. VACQUERIE. *Étude des complications nerveuses tardives des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus*, Paris 1902.
(3) Albert MOUCHET. *Fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus avec radiographies*, Paris 1898-1899.
(4) A. BROCA et A. MOUCHET. *Revue de chir.*, 10 juin 1899.
(5) A. BROCA. Xe leçon, p. 161.

L'intérêt pratique considérable qui s'attache à la connaissance de ces faits m'engage à les résumer brièvement devant vous.

Panas le premier, en 1877, présentait à l'Académie de médecine le cas d'un adulte atteint de paralysie du nerf cubital survenue sans cause connue. Panas n'hésitait pas à mettre cette paralysie sous la dépendance d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus survenue treize ans auparavant; il ajoutait que Duchenne (de Boulogne) lui avait raconté avoir observé un fait semblable, six ans après la fracture d'un des condyles.

Il faut arriver à l'article de Sengensse (de Bordeaux), dans les *Annales de la policlinique* en 1898 (1), pour trouver une observation de cet ordre bien détaillée. Une paralysie du cubital était apparue très lentement, complète seulement au bout d'une quinzaine d'années, chez une femme de trente-quatre ans; les premiers phénomènes avaient débuté seize ans après une fracture survenue à l'âge de deux ans et demi; le coude présentait un cubitus valgus assez prononcé. Retenez ce dernier fait, vous verrez qu'il tient une place capitale dans l'histoire des paralysies que nous étudions.

A la fin de la même année, je publiai dans ma thèse inaugurale (2) l'observation d'une jeune fille de vingt et un ans, qui présentait une paralysie du nerf cubital avec déformation du membre très accusée en « cubitus valgus ». A l'âge de deux ans, cette jeune fille avait eu une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus qui avait intéressé à n'en point douter — tant la radiographie était nette — le condyle externe de cet os. Je n'hésitai point à rattacher la paralysie cubitale à la fracture ancienne (3), et j'invoquai pour cela un mécanisme que les faits nouveaux observés par moi n'ont fait que confirmer.

En 1899, dans le mémoire de la *Revue de chirurgie* auquel j'ai déjà fait allusion, nous publiions, M. A. Broca et moi, un nouveau cas de paralysie tardive du nerf cubital; il s'agissait d'un adulte qui avait eu dans l'enfance une fracture de l'humérus droit, qui, depuis cette époque, présentait un cubitus valgus très accusé du membre correspondant, et qui avait vu survenir la paralysie cubitale vingt-deux ans après la fracture de l'humérus. Là encore, la radiographie révélait indiscutablement le siège condylien externe de la fracture ancienne.

(1) SENGENSSE. *Ann. de la policlin. de Bordeaux*, mars 1898, n° 43, p. 641.
(2) A. MOUCHET. Loc. cit., Obs. XXXII, p. 102.
(3) A. MOUCHET. Loc. cit., p. 43.

Enfin, récemment, j'ai observé encore un cas qui semble calqué sur les précédents; vous le trouverez publié tout au long dans la thèse de Vacquerie. Je vous le rappellerai seulement en quelques mots; il s'agissait d'un homme de cinquante-trois ans qui était venu me consulter pour une autre affection. Au cours de l'examen, je remarquai un cubitus valgus gauche très prononcé avec déformation du coude et griffe cubitale; le malade, interrogé, me raconta qu'il avait eu à l'âge de neuf ans une fracture du coude et que, onze ans après, pendant son service militaire, il avait vu apparaître des phénomènes de paralysie cubitale. La radiographie montra, dans ce cas encore, que le massif du condyle avait été, sinon exclusivement, du moins principalement intéressé.

En résumé, l'histoire clinique des faits que je viens d'énumérer est à peu près toujours la même : les sujets ont été atteints de fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus dans le jeune âge, à deux ans chez les uns, à sept ou neuf ans chez d'autres, mais *toujours avant l'achèvenent de la croissance osseuse;* ces sujets ont recouvré au bout de peu de temps un fonctionnement très satisfaisant de leur jointure. Tout au plus ont-ils remarqué l'apparition lente et progressive d'une difformité du membre en valgus : c'est du moins cette difformité seule que j'ai observée dans les cas dont je veux vous entretenir aujourd'hui.

Puis brusquement, un beau jour, sans cause appréciable, ou à l'occasion d'un traumatisme insignifiant, apparaissent des phénomènes de paralysie dans le domaine du nerf cubital. Ce nerf n'est peut-être pas le seul à pouvoir être atteint. Un fait concernant le nerf médian a été observé par M. A. Broca (1) et moi; mais il n'est pas exactement justiciable de la même interprétation et je ne le retiendrai pas.

Quand on examine le coude de pareils sujets, on est frappé par une déviation en valgus du membre avec difformité plus ou moins prononcée de l'extrémité inférieure de l'humérus. Parfois insignifiante, celle-ci consiste le plus souvent en une atrophie du condyle externe; d'autres fois, c'est une masse osseuse plus ou moins irrégulière qui représente ce condyle externe surélevé. La trochlée paraît épaissie et l'olécrane est rapproché de l'épitrochlée; la gouttière de réception du nerf cubital est comblée, presque effacée.

L'attitude en *cubitus valgus* attire particulièrement l'attention. Normalement, l'avant-bras en extension et en supination complètes ne se trouve pas sur le prolongement direct du bras; les axes de ces deux segments du membre supérieur s'entrecroisent en formant entre eux un angle très obtus, ouvert en dehors; il y a, dit-on, *cubitus valgus*, terme rappelant la disposition analogue, rencontrée au membre inférieur.

Ce *cubitus valgus physiologique* est soumis à des variations très étendues. M. Rieffel, pratiquant des mensurations sur 40 sujets (le membre étant en extension et supination parfaites), a obtenu des chiffres oscillant entre 159 et 178 degrés (2).

Moi-même, tout récemment, reprenant sur une plus vaste échelle des recherches déjà consignées dans ma thèse, j'ai trouvé que l'angle huméro-cubital était un peu plus fermé chez la femme que chez l'homme (169 degrés chez la femme, 172 degrés chez l'homme); que, dans plus du tiers des cas, le cubitus valgus physiologique était plus prononcé à gauche.

(1) Voir A. Broca. X[e] leçon. loc. cit., p. 161.

(2) Rieffel. *Revue d'orthopédie*, 1[er] juillet 1897, p. 245.

Il semble que le cubitus valgus physiologique soit moins marqué chez les hommes qui se servent beaucoup de leurs bras et ont des professions pénibles (mécaniciens, terrassiers, etc.). Cette particularité serait à opposer au degré assez accentué du valgus chez la femme, moins exposée que l'homme aux travaux manuels.

Quoi qu'il en soit, dans les cas de paralysies tardives dont je parle ici, le cubitus valgus ne restait pas physiologique, il était plus ou moins exagéré, vraiment *pathologique*, 150-157 degrés, etc.

La clinique et la radiographie me permettent toutes deux d'attribuer cette déformation à la fracture antérieure du condyle externe; c'est *une déviation d'ordre ostéogénique*, et vous comprendrez facilement comment elle peut survenir quand je vous rappellerai sommairement le *développement de l'épiphyse inférieure de l'humérus.*

« Jusqu'au commencement ou au milieu de la deuxième année, l'épiphyse humérale inférieure est tout entière cartilagineuse. Dans le cours de la deuxième année apparaît le premier point osseux, le point du *condyle externe.* Il prend un développement assez grand et assez rapide et forme dès l'âge de quatre ans la *lèvre externe de la trochlée.*

A cette époque, souvent plus tard, à six ans, apparaît un point osseux épitrochléen qui reste distinct pendant douze ans et plus.

A l'âge de onze à douze ans, un point spécial, dit trochléen, commence à apparaître, qui formera la lèvre interne de la trochlée et se soudera vers l'âge de dix-neuf ans au point condylien primitif.

En même temps que le point trochléen, quelquefois plus tôt, à neuf ou dix ans, apparaît le petit point osseux épicondylien qui se soude de quinze à vingt ans au point condylien.

On comprend alors toute l'importance, dans l'acroissement de l'épiphyse, de la ligne jugale qui sépare de la diaphyse le condyle externe et la lèvre externe de la trochlée.

Aussi voyons-nous les fractures qui atteignent cette partie — les fractures du condyle externe — être suivies souvent de troubles dans l'ostéogenèse.

Ces fractures, qui sont de vraies *fractures sus-condyliennes obliques*, ne suivent qu'exceptionnellement la totalité de la ligne cartilagineuse. Mes observations personnelles très nombreuses, celle des autres auteurs qui ont écrit sur les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, A. Broca (1), Cotton (2), etc., sont unanimes à cet égard. Le trait de fracture parallèle et sus-jacent au cartilage jugal, n'entame ce dernier que partiellement, quand il l'entame. Qu'arrive-t-il? C'est que ce cartilage conjugal, irrégulièrement intéressé par la fracture, peut réagir différemment suivant les points : ici troublé dans sa vitalité, il fournit un appoint insignifiant à l'accroissement de l'os, là au contraire, resté intact ou même un peu irrité, il contribue puissamment à l'allongement de l'os. De sorte que, suivant le siège exact de la fracture, l'os pourra s'allonger plus sur un des bords que sur l'autre. Selon les cas, on aura affaire soit à l'exagération de l'angle normalement ouvert en dehors entre le bras et l'avant-bras : *cubitus valgus*; soit à la formation, toujours anormale, d'un angle ouvert en dedans : *cubitus varus.*

Dans les observations de paralysie tardive du nerf cubital

(1) A. Broca. *Leçons cliniques de chirurgie infantile*, 1902, p. 59 et suiv.

(2) P. J. Cotton. *Ann. of Surg.*, janvier, février, mars 1902.

que j'ai en vue ici, il existe un cubitus valgus très prononcé, développé progressivement à la suite de la fracture ancienne. Cette attitude entraîne un rapprochement progressif de l'olécrane contre l'épitrochlée et par suite un *effacement de la gouttière du nerf cubital*. De sorte qu'à un moment donné le nerf est délogé de son siège habituel et vient constamment se heurter contre l'épitrochlée dans les divers mouvements du coude.

Ainsi, fracture du condyle externe dans l'enfance, cubitus valgus, effacement de la gouttière épitrochléo-olécranienne, telles sont dans nos observations les trois étapes successives qui conduisent au bout d'un temps plus ou moins long à la paralysie du nerf cubital.

Ce n'est pas le lieu d'insister sur les symptômes de cette paralysie, sur les divers troubles moteurs sensitifs ou trophiques qui l'accompagnent, il n'y a rien là que de banal. Vous sentirez souvent rouler sous le doigt, au niveau de la gouttière épitrochléo-olécranienne effacée et rétrécie, un cordon dur, plus ou moins renflé, donnant bien la sensation du nerf cubital augmenté de volume.

La présence simultanée de la déviation du membre, de la déformation du coude et de la paralysie cubitale force un observateur attentif à rattacher la paralysie à une fracture ancienne de l'extrémité inférieure de l'humérus. Le seul groupement de pareils symptômes doit vous engager à pousser plus avant l'interrogatoire et l'examen clinique; il doit dès l'abord faire naître dans votre esprit l'idée d'un traumatisme antérieur que le malade omet parfois de rappeler, soit par oubli, soit parce qu'il le juge trop ancien et sans relation possible avec les accidents actuels. L'examen clinique terminé, ne manquez pas de faire appel à la radiographie, moyen de contrôle précieux, si vous avez eu soin de faire tirer deux épreuves du coude, l'une, dans un plan frontal, l'autre de profil, dans un plan sagittal. Vous aurez ainsi la clef d'accidents qui, sans la notion de fracture ancienne, demeurent inexplicables.

Duchenne (de Boulogne), cité par Panas, n'avait-il pas cru au tabes dans le cas de paralysie cubitale qu'il avait observé?

Dans l'observation de M. A. Broca (1), plusieurs médecins et non des moins éminents avaient cru à l'origine médullaire de la paralysie.

Je ne fais que vous citer pour mémoire les névrites des maladies infectieuses, les névrites alcooliques, etc., dont les caractères spéciaux se laissent aisément reconnaître. L'existence de névrites professionnelles pourra cependant vous laisser dans le doute en certaines circonstances. Je n'en veux pour preuve que le cas un peu complexe présenté par M. Huet à la Société de neurologie (mai 1900) et concernant un menuisier atteint de névrite du cubital et du médian, porteur d'une fracture du coude datant de dix ans. En l'absence de constatation personnelle, je ne puis insister sur ce fait.

L'hystérie, la grande simulatrice, ne saurait cependant simuler des cas de cet ordre, et je persiste à croire qu'un observateur attentif ne peut manquer — à condition qu'il y pense — de rattacher ces paralysies tardives à la fracture du jeune âge, par le seul examen du coude déformé; le rappel des commémoratifs et la radiographie achèveront de former sa conviction.

La paralysie reconnue, soyez réservés dans votre *pronostic* et ne manquez pas de l'étayer sur l'exploration électrique, seule capable de vous renseigner avec précision sur le degré de cette paralysie. Je vous rappelle seulement que la réaction de dégénérescence quand elle est complète, se caractérise « par la diminution et la perte de l'excitabilité faradique des muscles, tandis que l'excitabilité galvanique de ceux-ci persiste ou est augmentée parfois en proportions notables et varie toujours qualitativement d'une façon spéciale. Ces modifications qualitatives consistent en un changement dans la forme de la contraction musculaire provoquée. Celle-ci au lieu d'être instantanée, brève, rapide comme l'éclair, présente une durée plus longue, elle apparaît et disparaît lentement, elle est traînante, paresseuse, torpide. En second lieu, l'action du pôle négatif sur la contractilité du muscle au lieu d'être prépondérante comme dans l'état normal (N. F. C. $>$ P. F. C.), devient égale ou inférieure à celle du pôle positif (N. F. C. $=$ P. F. C. ou N. F. C. $<$ P. F. C.). Il y a inversion de la formule normale de la loi des secousses musculaires » (1).

Du côté des nerfs, il y a perte de l'excitabilité galvanique et faradique.

Dans la réaction de dégénérescence partielle, l'excitabilité des nerfs ne s'éteint pas, elle est seulement plus ou moins affaiblie pour les deux ordres de courants faradique et galvanique. Les muscles conservent leur excitabilité faradique qui est seulement plus ou moins diminuée, parfois même fort peu, tandis qu'ils présentent des modifications typiques quantitatives et qualitatives de leur excitabilité galvanique.

Il n'est point douteux que le degré plus ou moins accusé de dégénérescence ne puisse fournir des renseignements précieux sur l'évolution ultérieure de la paralysie. Il est toutefois une question de la plus haute importance, que l'exploration électrique ne peut trancher du premier coup : c'est celle qui se pose en cas de réaction partielle de dégénérescence lors de lésions déjà anciennes. S'agit-il d'un état de dégénérescence persistant, assez éloigné du début, ou bien d'un commencement de réparation de la lésion nerveuse? La solution mérite d'être recherchée, et des examens électriques répétés et espacés sont nécessaires pour l'obtenir.

Au surplus, si vous avez besoin de l'examen électrique pour prévoir l'avenir qui doit être réservé à la paralysie, vous ne devez pas compter outre mesure sur les renseignements qu'il vous fournit pour le choix d'une intervention.

Malgré les résultats insuffisants que l'opération a donnés dans deux cas observés par moi, échec dans l'un, légère amélioration dans l'autre, je pense qu'il faut tenter cette intervention quand on n'observe pas le malade trop longtemps après le début de la paralysie. L'indication opératoire est nette et pressante. On délogera le nerf de sa situation défectueuse, on lui creusera une gouttière de réception suffisamment profonde, dans laquelle il soit très mobile et ne puisse être tendu dans certains mouvements du coude. Si M. Potherat dans un cas (2), M. A. Broca dans un autre (3), ont peu amélioré leurs malades, Sengensse (de Bordeaux) paraît en revanche avoir obtenu un succès très appréciable. Il n'y a pas lieu de s'étonner de ces différences de résultats qui sont monnaie courante dans la thérapeutique chirurgicale des lésions nerveuses. Elles dépendent de plusieurs fac-

(1) *Revue de chir.*, 10 juin 1899, Obs. XI, p. 741.

(1) Huet. *Manuel de médecine* (Debove et Achard), t. IV, p. 678.

(2) *Revue de chir.*, 10 juin 1899, mémoire de A. Broca et A. Mouchet, Obs. X, p. 738.

(3) *Idem*, Obs. XI, p. 741.

teurs : époque de l'intervention, degré d'atteinte antérieure du nerf, etc.

En tout cas, l'opération ne doit pas être trop parcimonieuse, et le creusement de la gouttière épitrochléo-olécranienne a besoin d'être exagéré pour être suffisant. C'est l'impression qui semble ressortir du fait observé par M. A. Broca et publié dans notre mémoire de la *Revue de chirurgie*.

Il n'est peut-être point inutile de pratiquer une élongation modérée du tronc nerveux. Blum, Duplay ont montré autrefois à la Société de chirurgie la valeur de ce procédé, qui semble vraiment incontestable dans deux faits de Mouchet [de Sens (1)].

Il va sans dire que les courants électriques, ainsi que le massage, seront très utilement employés, à titre d'adjuvants, à la suite de l'intervention chirurgicale.

IVe CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

TENU A ROME DU 15 AU 21 SEPTEMBRE 1902 (2)

La troisième question à l'ordre du jour était : **La tuberculose génitale.** Quatre rapports ont été lus sur cette question.

Le professeur A. Martin (de Greigswald) reconnaît que la tuberculose génitale de la femme doit être plus fréquente qu'on ne pense. Mais ce diagnostic ne peut être établi d'une façon absolue que par la découverte du bacille de Koch. Après avoir étudié les différentes portes d'entrée qui peuvent amener le bacille tuberculeux dans les voies génitales de la femme, le rapporteur conclut qu'il n'y a guère de symptomatologie caractéristique, que si la lésion tuberculeuse est isolée, il faut la détruire ou l'enlever ; si elle est généralisée, il ne reste que le traitement général.

M. J.-L. Faure, co-rapporteur, croit aussi à la fréquence de la tuberculose génitale et à l'absence de ses signes cliniques. Dans la plupart des cas, le chirurgien opère pour une lésion infectieuse utéro-annexielle, et au cours de l'opération, il reconnaît que l'affection est de nature tuberculeuse, il conclut comme le précédent orateur que « tout foyer de tuberculose génitale doit être enlevé ».

Dans la tuberculose génitale « l'opération précède presque toujours le diagnostic ».

A noter dans le rapport de notre compatriote ces préceptes : La tuberculose utérine doit être traitée par l'hystérectomie ; les méthodes moins radicales étant insuffisantes. La tuberculose annexielle doit être traitée par l'extirpation utéro-annexielle totale, par la voie haute.

Dans les cas de poussées aiguës et même suraiguës de tuberculose annexielle, une large colpotomie ou mieux une hystérectomie vaginale peuvent donner de véritables résurrections.

En terminant, l'orateur développe deux principes opératoires : Pour les lésions annexielles unilatérales, salpingectomie ; pour les lésions bilatérales, hystérectomie abdominale subtotale.

M. Amann (de Munich) s'est plus particulièrement occupé dans son rapport de la pathogénie et de la prophylaxie.

M. Veit (de Leyde) a réuni un grand nombre de statistiques allemandes, il donne les conclusions suivantes :

1. La tuberculose génitale est plus fréquente qu'on ne croyait autrefois.
2. Il existe certainement une forme primitive de tuberculose génitale : mais la forme secondaire est plus fréquente.
3. La pathogénie de la tuberculose génitale est descendante dans la plupart des cas ; elle est rarement ascendante ; cependant l'infection peut se manifester aussi par la voie des vaisseaux sanguins ou bien par les vaisseaux lymphatiques à la suite de lésions accidentelles.
4. Le diagnostic doit, autant que possible, se baser sur la présence du microbe de la tuberculose ; la constatation certaine du tubercule suffira aussi éventuellement.
5. La tuberculose génitale peut guérir spontanément.
6. Dans la tuberculose génitale primitive ou isolée, le meilleur traitement que nous ayons actuellement à notre disposition consiste dans l'opération radicale.
7. Dans la forme non localisée ou secondaire de tuberculose génitale, la thérapeutique est représentée tout d'abord par le traitement général et surtout dans des établissements *ad hoc* (sanatoria) ; mais il faut admettre aussi que, dans certaines circonstances, l'intervention chirurgicale donne des résultats satisfaisants et durables : aussi peut-on l'indiquer dans des cas exceptionnels.
8. Dans le traitement palliatif il faut donner la première place à l'emploi de l'iodoforme.

Le rapporteur termine par une étude de la péritonite tuberculeuse, sujet qui nous paraît à côté de la question posée.

La discussion qui suit la lecture de ces rapports, n'apporte guère d'éléments nouveaux ; le dernier mot n'est donc pas dit sur cette question de la tuberculose génitale chez la femme.

(*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

L'adrénaline.

L'adrénaline est le principe actif des capsules surrénales. Les remarquables propriétés vaso-constrictives et hémostatiques de cette substance ont attiré sur elle l'attention des praticiens, et son usage commence à se répandre aujourd'hui, grâce surtout aux efforts des laryngologistes. M. I. Trivas [de Bordeaux (1)] vient, dans une monographie récente, de résumer nos connaissances actuelles sur ce précieux médicament.

Pendant longtemps le rôle des capsules surrénales est resté longtemps inconnu et il faut arriver à Addison pour trouver la démonstration du rôle capital que jouent ces organes dans l'économie : cet auteur établit, en effet, en 1845, que la maladie qui porte aujourd'hui son nom est due à des lésions constantes des glandes surrénales. En 1856, Brown-Séquard conclut d'expériences multiples que ces capsules sont des organes essentiels à la vie, que le sang, chez les animaux dépouillés de leurs capsules, semble se charger d'un principe toxique qui hâte la mort des animaux décapsulés, et enfin que le sang d'un animal en bonne santé, injecté dans la veine d'un animal à l'agonie, après l'ablation d'une ou deux capsules, le fait revenir à la vie pour quelques heures. Combattues par Gratiolet, Philippeau et Harley, les idées de Brown-Séquard ne tardèrent pas à être confirmées par Tizzoni et d'autres expérimentateurs, qui ont tous essayé d'étudier et de déterminer la nature des poisons accumulés dans le sang après la décapsulation (Marino-Zucco, Dutto, Abelous et Langlois, etc.), et s'ac-

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 28 juillet 1896, rapport de Ch. Perier, p. 83.

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 112, p. 1105.

(1) Th. de Bordeaux, 1902.

cordent assez généralement aujourd'hui à considérer les glandes surrénales soit comme des glandes à sécrétion interne, fabriquant une substance tonique pour le tissu musculaire, ou comme des glandes antitoxiques chargées de neutraliser les substances toxiques élaborées au cours des échanges nutritifs.

Des nombreuses tentatives faites pour isoler le principe actif de la glande, seules celles de Takamine ont abouti à séparer une substance cristalline, chimiquement pure et stable, l'adrénaline. L'adrénaline est une poudre blanche, légère, formée de petits cristaux. Sa saveur est légèrement amère; appliquée sur la langue, elle y provoque une sensation passagère de picotement. A l'état sec, elle est d'une stabilité parfaite et se conserve indéfiniment; chauffée à 250 degrés, elle prend une coloration foncée; à 270 degrés, elle fond et se décompose. Légèrement alcaline, cette substance est insoluble dans l'alcool et l'éther, difficilement soluble dans l'eau froide, assez soluble dans l'eau chaude. D'abord incolore, la solution aqueuse s'oxyde rapidement au contact de l'oxygène de l'air et change de couleur en passant du rose au rouge. L'adrénaline est facilement soluble dans les acides et les alcalis, excepté l'hydrate d'oxyde d'ammonium et les carbonates alcalins. Enfin cette substance se comporte comme une base vis-à-vis des acides avec lesquels elle forme des sels difficilement cristallisables : des trois sels préparés par M. Takamine, chlorhydrate, sulfate et benzoate, le premier est seul employé, comme étant le plus soluble dans l'eau et le moins irritant.

L'action physiologique de l'adrénaline est générale ou locale. Générale, elle consiste, même à doses infinitésimales, en une vaso-constriction énergique et en une élévation considérable de la tension artérielle. L'adrénaline agit en effet sur le cœur, qui se ralentit et se renforce, et sur la tunique musculaire des artérioles terminales, dont elle provoque la contraction. Locale, elle détermine une anémie immédiate, profonde, durable, surtout nette sur les muqueuses lacrymale, nasale, laryngée, pharyngée et pituitaire. Pour cette dernière, l'adrénaline n'exerce pas seulement son action vaso-constrictive sur le tissu caverneux, comme le fait la cocaïne, mais sur la muqueuse tout entière, sur les capillaires de la couche glandulaire aussi bien que sur ceux de la couche périostée de la muqueuse qui, ainsi ischémiée, arrive directement au contact de l'os. La rétraction des tissus est si violente que le méat moyen devient accessible à l'examen et qu'on peut parfois apercevoir le naso-pharynx par la radioscopie antérieure. Les effets de l'adrénaline ne s'épuisent pas, et des applications locales produisent chaque fois une nouvelle vaso-constriction avec anémie de la muqueuse. Donc, appliquée localement, l'adrénaline est l'astringent et l'hémostatique le plus puissant que l'on connaisse ; elle n'est ni irritante, ni toxique et n'a point d'effets cumulatifs. Cependant, il faut savoir que cestaines personnes présentent vis-à-vis de cette substance une intolérance extrême. Y a-t-il là, comme le veut M. Moure, une question de sensibilité individuelle et de dosage? La chose est vraisemblable, mais non prouvée.

Si l'adrénaline est hémostatique, elle n'est nullement anesthésique, et, à ce point de vue, elle ne saurait remplacer la cocaïne, mais elle peut très avantageusement lui être associée : tout en gardant son action vaso-motrice, elle favorise alors l'absorption de cette substance, permet d'en employer des quantités moindres et rend l'anesthésie plus intense et plus prolongée. Bien plus, agissant sur les muqueuses enflammées, sur lesquelles la cocaïne n'a pas de prise, l'adrénaline « en amène la décongestion rapide et permet alors à la cocaïne de produire ses effets » (Moure et Brindel).

L'adrénaline empêche encore la cocaïne de déterminer des accidents d'intoxication. MM. Moure et Brindel, Wilson, Ledermain et Todd ont observé que, depuis qu'ils font usage d'adrénaline, ils n'ont presque pas eu d'accidents de cocaïnisme aigu. L'emploi combiné d'adrénaline et de morphine présente donc de sérieux avantages, et l'on se trouvera bien, parfois, de l'application du mélange suivant :

Solution de chlorhydrate de cocaïne.	15 grammes.
Solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1/5000..................	5 —

Quel est le mécanisme intime de la vaso-constriction due à l'adrénaline? Cette vaso-constriction est-elle d'origine centrale ou bien est-elle due à des modifications du côté des moteurs cardiaques ou du côté de la périphérie? La question est discutée : pour Oliver et Schaefer, la contraction des parois musculaires de l'appareil circulatoire est d'origine périphérique, opinion acceptée par Takamine et Hounghton; pour Cybulski, Szymanowicz et Cyon, elle est au contraire d'origine centrale. Quoi qu'il en soit, cette action est constante, très nette lorsque l'adrénaline est déposée sur les muqueuses, elle devient particulièrement énergique lorsque cette substance est injectée dans les veines.

Comment prescrire l'adrénaline? Ce médicament se trouve dans le commerce sous deux formes différentes :

1° Sous forme d'une solution aqueuse à 1/1000 :

Chlorhydrate d'adrénaline......	1 gramme.
Solution physiologique de NaCl.	1000 grammes.
Chlorétone.....................	3 —

2° Sous forme de tablettes de tartrate d'adrénaline, très solubles dans l'eau. Une tablette dissoute dans 16 grammes de sérum physiologique forme une solution à 1 p. 1000. Les solutions aqueuses se conservent longtemps; elles peuvent être plusieurs fois stérilisées par ébullition sans que leur efficacité soit amoindrie.

La solution à 1 p. 1000 est pour ainsi dire la solution mère, elle peut être employée directement ou bien être ramenée à des titres beaucoup plus faibles (de 1 p. 2000 à 1 p. 10000) par l'addition d'une quantité proportionnée de solution normale de chlorure de sodium. Les solutions de 1 p. 1000 à 1 p. 5000 sont recommandées par les laryngologistes américains et par M. Moure; pour M. Milion, il vaut mieux employer des solutions plus faibles, de 1 p. 5000 à 1 p. 10000; la solution mère doit être réservée pour l'hémostase dans les interventions. En thérapeutique laryngo-rhinologique, l'adrénaline est le plus souvent employée en applications directes sur les muqueuses à l'aide d'un tampon imbibé de la solution.

On peut prescrire l'adrénaline en pommade et en pulvérisations :

Chlorhydrate d'adrénaline à 1 p. 1000....................	de 1 à	5 grammes.
Lanoline......................	ãã	5 —
Vaseline......................		

(Moure).

Chlorhydrate d'adrénaline à 1 p. 1000......	1/3.
Huile de vaseline..........................	2/3.

(Casselbery).

Franck Todd et Pasmore Berens recommandent les injections sous-cutanées que Reicheil considère comme peu efficaces; cette voie d'administration du médicament n'est pas encore entrée dans la pratique, et, le plus souvent, on emploie les applications directes sur les muqueuses enflammées.

Les remarquables propriétés de l'adrénaline sont surtout employées en oto-rhino-laryngologie. E. Mayer et Flescher Hugals ont appliqué avec succès cette substance au traitement des lésions inflammatoires du nez, du larynx et du pharynx. Pour ces auteurs, l'adrénaline est indiquée dans les états subaigus et chroniques des muqueuses, et particu-

lièrement dans les laryngo-trachéites, où, par son action décongestionnante, elle procure une guérison rapide, elle donne aussi, dans les interventions chirurgicales, une hémostase rapide et complète. Morton Wilson a obtenu les meilleurs effets de l'adrénaline dans les affections aiguës des fosses nasales et en particulier dans le coryza aigu : il se loue également de l'emploi de cette substance au cours des opérations qu'il a eu l'occasion de pratiquer dans les fosses nasales. Stucky parle des merveilleux effets de l'adrénaline dans les opérations sur l'oreille moyenne, Pasmore Berens expérimente l'adrénaline dans les otites moyennes aiguës et dans les obstructions tubaires, Talbot Chanbers, au cours de ses opérations sur les cloisons nasales, observe que chaque fois qu'il applique de l'adrénaline, la perte de sang après l'incision du septum ne dépasse jamais cinq à six gouttes; Mac-Farlane, Casselbery, Ledermann, Curtis et Deuch, Goldstein en Amérique, MM. Moure et Brindel, Lermoyez en France, confirment les excellents résultats obtenus par leurs prédécesseurs. Et M. Trivas conclut que l'adrénaline est utilisable aussi bien au point de vue diagnostique que thérapeutique. Dans un but diagnostique, par la rétraction énergique qu'elle détermine du côté des tissus, elle facilite l'examen des fosses nasales et surtout celui du méat moyen et du sphénoïde.

Dans un but thérapeutique, l'adrénaline est indiquée : 1° dans les lésions inflammatoires des muqueuses : coryza aigu ou chronique, laryngite aiguë ou tuberculeuse, amygdalite aiguë, abcès de l'amygdale, quand il s'agit d'obtenir une décongestion rapide et un soulagement des phénomènes inflammatoires; 2° dans les états congestifs par vaso-dilatation : coryza spasmodique avec ou sans hydrorrhée, qu'elle soulage notablement sans toutefois le guérir; 3° dans le but de faciliter l'introduction de certains instruments, tels que la sonde pour le cathétérisme de la trompe dans les rétrécissements tubaires et aussi, à l'avenir, peut-être, dans l'intubation, où une décongestion rapide de la muqueuse rendra plus facile l'introduction du tube; 4° dans les interventions sur les muqueuses nasale, laryngée et auriculaire pour pratiquer des opérations exsangues et, par son association à la cocaïne, pour exalter l'action de cette dernière et obtenir une anesthésie parfaite; 5° enfin, pour arrêter les hémorragies survenant au cours ou à la suite d'opérations.

L. B.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Bordeaux.* — Les jurys de l'internat et de l'externat sont ainsi composés :

Internat. — Juges titulaires : MM. Saint-Philippe, Arnozan, Piéchaud, Boursier, Lefour, E. Bitot, Guyot. — Juges suppléants : MM. Picot, Mesnard, Lanelongue, Denucé, Martin du Magny, Chavannaz, Chambrelent.

Externat. — Juges titulaires : MM. Courtin, Villar, Bégouin, Cassaët, Lamacq. — Juges suppléants : MM. Badal, Princeteau, Dumur.

Lyon. — Aujourd'hui s'est ouvert, à l'Hôtel-Dieu, le concours de l'internat.

Les candidats inscrits sont au nombre de 115.

Le jury est constitué de MM. Rochet, Bérard, chirurgiens des hôpitaux; Mouisset, Roque, Pic, Gallavardin, médecins des hôpitaux; Commandeur, accoucheur des hôpitaux.

Marseille. — Le lundi 8 décembre 1902, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour cinq places d'élèves internes.

Le lundi 15 décembre 1902, à huit heures du matin, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour dix places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative assistée du jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence. Les candidats pour le premier concours auront, de plus à justifier du nombre de douze inscriptions (ancien régime) ou de huit inscriptions de médecine (nouveau régime) et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

Instruction publique. — M. G. Guillaud, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé recteur de l'Académie de Chambéry, en remplacement de M. Joubin, nommé recteur de l'Académie de Grenoble.

Marine. — Le jury des deux concours qui auront lieu à Rochefort, le 20 octobre courant, pour deux emplois de professeur dans les écoles de médecine navale, sera composé comme suit : MM. l'inspecteur général du service de santé, président; Chevalier, médecin en chef de deuxième classe, et Gorron, médecin principal, membres.

Enseignement médical. — *Cours de vacances.* — Du lundi 6 au samedi 25 octobre des cours élémentaires et des démonstrations pratiques seront faits à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, Paris.

Liste des cours. — Ophtalmologie, M. Rochon-Duvignaud. — Maladies de l'estomac, M. Soupault. — Oto-rhino-laryngologie, MM. Laurens et Boulay. — Maladies des voies urinaires, M. Noguès. — Massage, M. Marchais. — Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, M. Leredde. — Gynécologie, M. Jayle. — Electrothérapie, M. Zimmern. — Chirurgie pratique, M. Souligoux. — Art de formuler, M. Joanin. — Maladies mentales, M. A. Marie.

Le prix de chaque cours (qui comprendra en moyenne neuf leçons) est fixé à 20 francs payables en s'inscrivant.

Une exception est faite pour le cours de gynécologie. On devra s'inscrire à la Faculté et le prix est de 50 francs.

Le programme collectif et détaillé des cours et démonstrations a été publié dans la *Gazette des hôpitaux* (1902, p. 1026, 1034 et 1042.)

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au docteur Marchais, 10, rue La Bruyère, Paris IXe.

Hôpital Tenon. — *Conférences de pratique médicale.* — M. le docteur Le Gendre recommencera ses leçons le samedi 11 octobre à dix heures et demie du matin, à l'amphithéâtre, et les continuera les samedis suivants.

Radiologie médicale. — *Cours de vacances*, par le docteur A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (du dimanche 19 au dimanche 26 octobre). — A dix heures du matin : enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

A onze heures du matin : exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques.

A deux heures de l'après-midi : exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants en médecine; il commencera le dimanche 19 octobre, à dix heures du matin, dans la salle de conférences de l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques est de 100 francs; ils auront lieu à partir du lundi 20 octobre dans le laboratoire du docteur Béclère. — En raison du nombre forcément très restreint des personnes qui pourront y participer, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.

Conférence privée d'internat. — MM. Paul Bouchet, aide d'anatomie à la Faculté, et Alfred Wagon commenceront, le samedi 15 novembre 1902, une conférence privée d'internat. — S'adresser tous les matins à l'hôpital Cochin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17


AMPOULES
CACODYLIQUES
et MÉTHYL-ARSINIQUES
FRAISSE
83, Rue Mozart, Paris.
Echantillons gratuits aux Docteurs.
la Douzaine au Public
CACODYLATE DE SOUDE 4f
CACODYLATE IODO-HYDRAR. 5f
CACODYLATE DE FER 5f
CACODYLATE DE GAIACOL 4f
GLYCEROPHOSPH. DE SOUDE 5f
MÉTHYL-ARSINATE 4f50

N° 114. — JEUDI 9 OCTOBRE 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 9 OCTOBRE 1902. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

BACTÉRIOLOGIE DES GANGRÈNES GAZEUSES AIGUES

D'après M. G. Legros (1).

La gangrène foudroyante de Maisonneuve, la gangrène gazeuse aiguë des chirurgiens, surtout observée à la suite des broiements, des écrasements, des fractures compliquées des membres, des plaies par les gros projectiles de guerre (Verneuil), est encore aujourd'hui considérée, par les auteurs classiques, comme liée à l'infection réalisée par le vibrion septique ou peut-être exceptionnellement par une seconde espèce anaérobie : le bacille du phlegmon gazeux de Frænkel ; l'affection gangréneuse putride resterait, en tous cas, comme les infections localisées du même type, l'apanage de microbes réunis par un caractère commun : l'anaérobiose.

Se basant sur quatre observations cliniques et bactériologiques personnelles et sur une série de recherches expérimentales concordantes, M. Legros démontre que la gangrène foudroyante ne correspond à aucune spécificité microbienne précise et que des espèces *aéorobies* ou *anaérobies* peuvent également en réaliser les formes cliniques les plus typiques comme les lésions expérimentales caractéristiques.

La méthode employée dans les recherches doit tout d'abord être exposée.

Il est nécessaire d'abandonner, pour la recherche et l'isolement des espèces anaéorobies, la technique de Liborius modifiée par Veillon; en effet, parmi les nombreuses défectuosités reconnues de cette méthode, la difficulté ou l'impossibilité de la « pêche » des colonies trop profondes ou trop fines ou trop serrées, la contamination des tubes par transsudation des liquides à la faveur des gaz, la nécessité constante de multiples repiquages successifs pour arriver à séparer les bactéries sont autant de causes de prolongation du temps d'isolement particulièrement fâcheuses dans une étude suivie d'espèces pathogènes à virulence peu fixe et dont pourtant la virulence spéciale est particulièrement recherchée; enfin la difficulté que présente l'injection aux animaux de la gélose des tubes de culture n'est pas négligeable pour une série importante d'inoculations.

Pour tous ces motifs, on emploiera avantageusement les deux procédés suivants qui, mis en œuvre parallèlement, se prêteront un contrôle mutuel.

1. Examen extemporané des sérosités gangréneuses en notant approximativement le nombre des bactéries par champ d'immersion puis, leurs caractères de coloration, leur mobilité ; ensemencements consécutifs en milieux aérobies usuels et en milieux anaérobies, en diluant progressivement les liquides septiques dans les tubes de milieux glucosés liquides, préparés sous couche isolante d'huile de vaseline.

La simple stérilisation à l'autoclave a fait de chacun de ces tubes un milieu qui contient encore des traces d'oxygène, mais est absolument favorable à la culture des espèces *dites* anaérobies strictes. Ce milieu, facile à préparer à l'avance en grandes quantités, permet ainsi un nombre considérable de dilutions méthodiques, c'est-à-dire l'ensemencement dans les derniers, au moins des vingt ou trente tubes employés, de bactéries isolées. Des cultures pures se trouvent ainsi réalisées dans ces tubes en vingt-quatre heures. Ce procédé applique très simplement aux anaérobies le procédé extrêmement rigoureux employé par Lister pour l'isolement des aérobies en milieux liquides.

2. Inoculations au cobaye des mêmes produits gangréneux dans les muscles de la cuisse, en réalisant d'emblée, *sans cultures intermédiaires*, une série de passages successifs, et en examinant à chaque fois la sérosité sanglante qui, au bout de quelques passages, pullule de bacilles gangréneux, alors que disparaissent complètement les germes associés.

Le premier des cas cliniques étudiées par G. Legros constitue la première observation connue d'un cas de gangrène gazeuse aiguë réalisée chez l'homme par un bacille aérobie, elle est relatée ainsi qu'il suit :

Le 23 mai 1901, un blessé, ouvrier surmené et mal nourri, buveur, âgé de quarante ans, entre à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. le docteur Peyrot. A son arrivée, on constate l'existence d'une fracture de Dupuytren compliquée de la jambe droite, l'accident date de plus de six heures. L'articulation tibio-tarsienne est largement ouverte, la plaie est transversale et due évidemment à la perforation de la peau par le fragment supérieur du tibia, le pied est presque complètement luxé sur la face externe de la jambe, mais l'hémorragie est peu abondante et la vitalité du membre ne semble pas compromise.

On réduit la fracture après une désinfection soignée de la plaie (savonnage, brossage, lavage à l'alcool), on fait de larges irrigations d'eau oxygénée, on place quelques points

(1) Th. de Paris, 1902. — C. Naud, édit.

de suture sur la plaie et un drain à la partie interne.

Un appareil plâtré de Maisonneuve est appliqué. Injection de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique. Le soir même température rectale : 38°5.

Le lendemain matin température rectale : 40 degrés. On défait le pansement et l'on trouve les bords de la plaie noirâtres; il s'en dégage une odeur de macération anatomique prononcée. On enlève les fils; un liquide roussâtre s'écoule, mêlé de bulles gazeuses. La jambe ne présente pas de modifications de coloration, on n'y sent pas de crépitation. L'après-midi, température rectale : 40 degrés, l'état général s'est modifié depuis le matin, le malade présente une teinte subictérique, un peu d'agitation, le pouls est à 110. On se décide à pratiquer l'amputation de la cuisse au tiers moyen, elle est faite le soir même; les tissus, au niveau de la section, paraissent sains, les téguments, les muscles sont de coloration normale, mais, à la partie inférieure de la jambe qu'on ampute, la peau prend une coloration bronzée, on sent de la crépitation gazeuse. On fait seulement une réunion partielle des lambeaux avec large drainage, la plaie est lavée à l'eau oxygénée.

Le lendemain matin, la température tombe à 38 degrés, l'état général paraît meilleur, néanmoins la teinte subictérique persiste. Dans la journée, le malade reçoit 1 000 grammes de solution saline en injection sous-cutanée. Le soir, température rectale : 39 degrés.

Le surlendemain de l'opération, température rectale : 39 degrés, pouls 115. On défait le pansement et l'on trouve les lambeaux presque complètement sphacélés, la partie supérieure de la cuisse est de couleur bronzée et crépitante à la pression. Du liquide louche et des bulles gazeuses s'échappent au moment où l'on enlève les quelques fils des angles du moignon, les muscles à ce niveau ont une coloration verdâtre. Dans la soirée le malade est agité, il présente une teinte ictérique franche, les urines sont rares, noirâtres. Température rectale : 39°5.

Le lendemain matin, température rectale : 40 degrés; la peau de l'abdomen distendu est bronzée et nettement crépitante, l'odeur dégagée par le blessé est repoussante, on vaporise du formol autour de son lit. La dyspnée s'accentue, le délire apparaît. Température rectale du soir : 40°1. Le malade meurt dans la nuit du 29 mai, six jours après l'accident. Huit heures après la mort, la décomposition cadavérique est en pleine évolution, elle s'accompagne d'une distension gazeuse considérable. L'autopsie, qui eût été seulement praticable trente heures après le décès, ne fut pas faite.

De la sérosité fétide, prélevée à plusieurs reprises dans la profondeur du moignon le surlendemain de l'opération, on ne peut isoler aucune espèce anaérobie, mais un bacille aérobie est facilement obtenu, virulent pour le cobaye qu'il tue en quarante-huit heures *avec gangrène gazeuse envahissante du membre inoculé se propageant à la paroi abdominale;* la crépitation gazeuse, l'hypothermie, les lésions musculaires énormes de myosite suraiguë avec dégénérescence vitreuse ou cireuse de Zencker sont caractéristiques de l'infection expérimentale.

Le bacille isolé n'est identifiable à aucune espèce classée, il est désigné sous le nom de bacille septique aérobie qui rappelle les caractères qui d'une part le rapprochent, d'autre part le distinguent du vibrion septique de Pasteur.

Un second cas de gangrène foudroyante est observé chez un homme de vingt et un ans atteint de fracture compliquée de la cuisse. La gangrène gazeuse n'est constatée qu'au cinquième jour après l'accident, elle est déjà très étendue; il n'est pas fait d'amputation, mort au septième jour.

Le bacille isolé, agent de l'infection, est le bacille du phlegmon gazeux de Frænkel, espèce anaérobie; il détermine chez le cobaye les mêmes lésions et les mêmes symptômes que le précédent.

Enfin, dans les deux derniers cas cliniquement observés, deux bacilles aérobies sont mis en cause, l'un d'eux se montre extrêmement voisin du bacille septique aérobie, il lui serait complètement identifiable sans un détail de culture qui reste permanent et permet toujours la distinction des deux races.

A la suite des cas précités observés chez l'homme, M. G. Legros cherche à retrouver dans des produits pathologiques variés, dans la terre végétale, les eaux polluées, des espèces microbiennes comparables par leur action sur le cobaye aux bactéries précédemment isolées, ces espèces pouvant être considérées, toutes conditions favorisantes égales d'ailleurs, comme dangereuses pour l'homme et susceptibles de faire chez lui de la gangrène gazeuse aiguë.

Les recherches expérimentales confirment les résultats fournis par les cas cliniques : des bacilles aérobies et anaérobies en cultures pures sont indifféremment susceptibles de reproduire la gangrène gazeuse du cobaye.

Les sérums spécifiques préparés contre le vibrion septique n'ont, comme on pouvait s'y attendre, aucun effet préventif ou curatif sur ces gangrènes gazeuses expérimentales dues à des agents pathogènes très différents du vibrion septique; par contre, l'eau oxygénée peut, *dans certaines conditions*, présenter vis-à-vis des espèces aérobies elles-mêmes et de leur forme sporulée un pouvoir bactéricide des plus nets.

Telles sont les données nouvelles qui résultent de ce travail si intéressant et si rigoureusement documenté; elles ne vont pas sans battre en brèche quelques idées reçues. C'est à l'honneur de M. Legros, d'avoir voulu contrôler ce qui paraissait définitivement établi et d'avoir su, par une observation rigoureuse et une indiscutable compétence, modifier ce qu'avait d'erroné la doctrine jusqu'alors classique.

F. R.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(7 octobre 1902)

L'Académie a repris ses travaux. En ouvrant cette séance de rentrée, M. le président a prononcé l'éloge de Virchow.

M. Josias a fait une importante communication sur la diphtérie à l'hôpital Bretonneau. Ce travail n'est rien moins qu'une étude approfondie de la diphtérie et de son traitement par le sérum de Roux dans l'état actuel de nos connaissances. Elle porte sur 580 observations prises au pavillon Bouchut. Sur ces 580, cas qui comprennent tous les enfants atteints de diphtérie, aussi bien ceux qui ont été amenés à l'hôpital *in extremis* que les moins gravement atteints, il y a eu 76 décès, soit environ 13 p. 100. Tous ces enfants ont été traités par le sérum. M. Josias, en dehors de quelques érythèmes sans gravité, n'a jamais constaté la moindre complication attribuable au sérum. 170 de ces enfants ont dû subir le tubage, 11 seulement la trachéotomie.

Il résulte de cette étude très sérieuse et très consciencieuse des faits que le sérum de Roux reste le seul traitement efficace de la diphtérie, que ce traitement est non seu-

lement d'une grande efficacité mais aussi d'une parfaite innocuité, qu'il se montre d'autant plus actif qu'il est employé plus tôt. M. Josias termine donc en adjurant tous les praticiens de ne jamais hésiter à y recourir, même alors qu'il peut rester encore quelques doutes sur le diagnostic de diphtérie. Mieux vaut injecter un enfant atteint d'une simple angine pultacée que de ne pas injecter, dès le début, un enfant atteint d'angine diphtéritique.

M. Josias n'a pas manqué, comme M. Sevestre dans un rapport qu'il a fait à l'Académie sur le même sujet, de vanter également les bienfaits de l'injection préventive pratiquée sur les enfants, ayant été en contact avec un diphtéritique.

L'assainissement de la Corse, tel est le titre d'une très intéressante communication qu'a faite M. Laveran. Grâce aux efforts de M. Laveran, il a été créé en Corse une ligue dite « de l'assainissement », dont le président est le docteur Battesti. M. Laveran, président d'honneur, a constaté, pendant le mois de septembre, les résultats obtenus.

D'après ce que lui ont dit certains chefs de gare, ils ont atténué dans leur personnel les cas de fièvre, par la distribution préventive de sulfate de quinine; malheureusement, certains employés attendent, pour prendre le médicament, les phénomènes précurseurs de la fièvre.

M. Laveran a récolté des anopheles dans les chambres des cantonniers, notamment des femelles gorgées de sang. Plus les localités sont insalubres, plus les anopheles étaient nombreux.

Il conviendrait de protéger les employés dans leurs habitations au moyen de toiles métalliques. L'efficacité de cette mesure a été mise bien en évidence dans une localité où les gardiens de phare, ayant leur habitation bien protégée par des toiles métalliques, sont restés indemnes, tandis que les cantonniers, insuffisamment garantis, sont atteints de paludisme.

En somme — et ce sont les mesures votées par l'Académie — pour assainir il faut :

Faire disparaître toutes les mares, réservoirs d'eau stagnante, ou bien y détruire, au moyen du pétrole, les larves d'anopheles;

Protéger les habitations à l'aide de toiles métalliques placées aux portes et fenêtres;

Employer largement la quinine à titre prophylactique et traiter à fond tous les malades atteints de paludisme afin que les moustiques ne puissent pas s'infecter et répandre la maladie.

Des distributions gratuites de sulfate de quinine ont été largement faites et le prix du gramme est tombé de 1 franc à 0 fr. 15.

M. Richelot a fait un rapport sur une observation de **rupture utérine pendant l'accouchement** adressée par M. Lafourcade (de Bayonne). Il s'agissait d'une femme de quarante-deux ans, enceinte pour la cinquième fois et, au cours de l'accouchement, présentant tous les signes d'une rupture utérine. M. Lafourcade fit la laparotomie, donna issue à une grande quantité de sang, put facilement extraire le fœtus et le placenta, attirer aussitôt l'utérus sur le pubis et ayant constaté une vaste déchirure sur le côté gauche de cet utérus, en pratiqua l'ablation par l'hystérectomie sus-vaginale. Les suites furent très simples et la malade a très bien guéri.

M. Richelot loue la conduite tenue dans ce cas par M. Lafourcade qui a fait preuve de décision et d'habileté et qui a sauvé une malade qui, sans cette intervention, était vouée à une mort certaine.

M. Moty (du Val-de-Grâce) a donné lecture d'une **observation de stupeur lypémaniaque ancienne guérie rapidement par la ponction rachidienne.** (Sera publiée.)

VIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE

[GRENOBLE, SEPTEMBRE-OCTOBRE 1902 (1)]

Présidence de M. Bouloumié.

Variations des échanges respiratoires sous l'influence de l'altitude, de la lumière, de la chaleur et du froid. Applications à la physiologie et à la thérapeutique.

Par MM. Albert ROBIN (de Paris) et Maurice BINET (de Saint-Honoré-les-Bains).

Pour déterminer l'action du climat d'altitude sur les échanges respiratoires et en tirer des indications thérapeutiques précises, les auteurs ont dissocié les divers facteurs qui constituent ce climat spécial et étudié séparément les effets de l'altitude, en général, de la lumière et du froid, sur le chimisme respiratoire. De cet ensemble de recherches résultent plusieurs enseignements que l'on peut résumer de la façon suivante :

I. **Conclusions physiologiques.** — A. LES ALTITUDES. — 1° La dépression barométrique ralentit immédiatement les échanges respiratoires, mais après une période d'accoutumance, ceux-ci reviennent au taux normal qu'ils dépassent même dans certains cas.

2° Ce retour rapide des échanges respiratoires à la normale, malgré la moindre proportion d'oxygène dans l'atmosphère des altitudes, tient à une ventilation pulmonaire plus active et à une mobilisation plus rapide des globules rouges, vecteurs d'oxygène.

Il faut tenir compte, en outre, de ce que l'air des altitudes est plus ozonisé et de ce que cette ozonisation intervient, pour sa part, sur la stimulation des échanges gazeux.

3° L'intensité lumineuse accroît aussi les échanges respiratoires dans une mesure qui est relativement modérée par la richesse de la lumière des altitudes en rayons ultra-violets.

4° L'abaissement de la température et les variations brusques que celle-ci subit, en altitude, sont encore des éléments de stimulation des échanges respiratoires et, par conséquent, de compensation de la raréfaction de l'oxygène.

5° La suractivité des fonctions digestives et la plus grande richesse globulaire du sang concourent aussi à la réalisation d'une vie cellulaire plus active.

6° Les différences constatées dans les résultats expérimentaux sont explicables par l'impressionnalité différente des divers observateurs et par la discordance des conditions dans lesquelles ils ont opéré.

7° Le mal de montagne résulte, comme l'ont montré Jourdanet et P. Regnard, de la diminution de l'oxygène fixé par le sang et de la consommation rapide de cet oxygène par la fatigue ou la création de l'énergie; mais il réclame aussi, pour condition, le défaut d'adaptation de l'organisme, soit par des causes imputables à lui-même (mobilisation moins rapide ou moindre augmentation des globules rouges du sang, moindre accroissement de la ventilation pulmonaire, etc.), soit par une moins régulière intervention de quelques-unes des conditions atmosphériques accélérantes précédemment signalées (lumière, ozonisation, etc.).

B. LA TEMPÉRATURE. — 1° *Action générale.* — Les températures ambiantes modérées produisent les effets suivants : le froid accentue les échanges gazeux et la chaleur les modère.

---

(1) Suite. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 112, p. 1107.

2° *Action de la température de l'air respiré.* — L'air chaud et sec respiré, tantôt augmente, tantôt diminue les combustions respiratoires. L'air chaud et humide les stimule. L'air froid les restreint dans la majorité des cas.

3° *Action du refroidissement ou de l'échauffement de la peau.* — Le refroidissement de la surface cutanée par l'air ambiant, chez l'homme nu, par le bain froid, accentue les échanges respiratoires, à condition qu'il soit assez prolongé, tandis que passager, d'une durée d'une minute, il n'a aucune action.

L'impression d'une température humide élevée (45 degrés), pendant une demi-heure, modère les échanges respiratoires. A 40 degrés et pendant cinq minutes, la baisse est moindre et non constante.

4° *Action de la respiration d'air chaud et sec et de la chaleur sèche appliquée sur la peau.* — Un séjour de quarante minutes dans une étuve sèche à 56 degrés modère les échanges.

Un séjour de quinze minutes dans une même étuve à 78 degrés les augmente.

5° *Action des variations brusques de la température.* — Les échanges respiratoires sont plus activement influencés par une succession de températures différentes que par une température constante de même durée, et l'effet produit est dans le sens de l'action de l'agent qui prédomine. Ainsi, une douche alternée de deux minutes et demie diminue les échanges plus qu'une douche chaude de cinq minutes. Dans le bain turc, les effets excitants sont modérés par l'intervention fréquente de la douche froide.

6° En somme, l'action du froid ou de la chaleur sur les échanges respiratoires est surtout remarquable et constante par application sur la peau. Elle varie suivant l'élévation ou l'abaissement de température et peut être formulée ainsi :

Au repos, le froid augmente les échanges respiratoires; la chaleur sèche jusqu'à 65 degrés les diminue; mais à 75 degrés, elle les accentue.

Le froid et l'extrême thermalité produisent donc un effet identique.

Les variations brusques thermiques augmentent beaucoup l'activité de la température sur les échanges gazeux.

II. Conclusions thérapeutiques. — Les études précédentes comportent quelques conclusions applicables à la climatothérapie et à l'hydrothérapie.

1° Le climat d'altitude qui est, en général, stimulant des échanges respiratoires, convient à tous les malades dont les échanges gazeux sont en diminution. Citons, parmi ceux-ci, les arthritiques, le plus grand nombre des dyspeptiques, les convalescents, tout un groupe de chlorotiques et d'anémiques parmi lesquels l'anémie paludéenne, enfin la plupart des neurasthéniques.

2° Par conséquent, il est nécessaire de pratiquer l'examen du chimisme respiratoire des malades, avant de prendre une décision sur le choix d'une cure d'altitude.

3° Comme nous avons démontré que les altitudes n'influençaient pas toujours les échanges respiratoires dans le même sens chez les divers sujets, il sera utile de rechercher, après un temps convenable de séjour en montagne, quelles variations se sont produites, dans ces échanges, chez tel sujet déterminé. En ce qui concerne les phtisiques et les prédisposés, nous conseillons d'examiner le chimisme respiratoire avant le départ et après une semaine environ de séjour, de façon à faire redescendre ceux dont les échanges ont subi une accélération.

4° Les altitudes conviennent encore aux phtisiques à échanges normaux ou ralentis, aux phtisiques arthritiques. Chez les phtisiques beaucoup plus nombreux à échanges accélérés, les effets excitants de l'altitude sur le chimisme respiratoire sont compensés par la plus grande pureté de l'air, les meilleures conditions d'hygiène physique et morale, par l'excitation de l'appétit, par l'amélioration des fonctions digestives.

On atténuera l'accroissement des échanges en altitude en évitant les refroidissements, les brusques variations de température, la trop vive insolation, le vent, etc.

5° Les climats froids où le malade inspire de l'air à basse température conviennent aux phtisiques, à la condition que la surface du corps soit maintenue à une bonne température moyenne, et que la surface cutanée soit protégée contre les refroidissements.

6° Les climats chauds et humides augmentent les échanges respiratoires et doivent être déconseillés, en principe, aux phtisiques.

7° L'action des climats chauds et secs n'est pas régulière, et les échanges respiratoires augmentent ou diminuent suivant les cas. Donc, avant d'envoyer un phtisique dans un climat chaud et sec, il sera nécessaire de pratiquer l'examen de ses échanges avant et après l'inspiration d'air chaud et sec, et l'on interdira ces climats aux malades dont les échanges augmentent après l'épreuve.

8° Les climats chauds et secs ne conviendraient à tous les phtisiques que si, à l'aide d'un dispositif spécial, ceux-ci pouvaient y respirer un air plus frais.

Mais ces climats conviennent à un certain nombre de phtisiques que l'on pourra reconnaître par une expérience préalable. En outre, le degré de température convenable pour chaque malade devra être déterminé aussi par un examen préalable du chimisme respiratoire.

9° Les climats où la température est sujette à de grandes variations doivent être interdits aux phtisiques.

10° L'hydrothérapie, sous forme de douches froides très courtes, ou encore de douches alternées avec prédominance du jet chaud, est la seule qui puisse être employée chez les phtisiques.

11° Le bain turc complet, stimulant des échanges respiratoires et plus actif que l'étuve hyperthermique seule, est indiqué chez les malades ayant des échanges respiratoires ralentis, comme les arthritiques, mais il est contre-indiqué chez les phtisiques.

12° La fièvre et les lésions avancées contre-indiquent absolument chez les phtisiques les climats d'altitude.

Discussion

M. Guérin de Sossiondo (du Mont-Dore) demande à M. Robin si les malades qui ont des échanges respiratoires diminués n'ont pas en même temps de l'hypotension artérielle.

M. Robin répond que dans bien des cas il y a corrélation, mais que le fait n'est pas général et souvent contraire.

M. Bouloumié a étudié la corrélation du phénomène et s'associe aux réserves de M. Robin.

Traitement hydrominéral comparatif des affections de la peau.

Par M. le docteur Leredde.

Toutes les maladies de la peau ont des causes multiples, locales et générales : en dehors des affections dues à des troubles du développement, toutes peuvent être modifiées par la thérapeutique hydrominéral. Celle-ci peut être employée pour agir directement sur la peau ; d'autre part, elle peut s'adresser aux troubles sanguins et aux troubles nerveux, de même qu'aux troubles des organes qui sont si fréquemment l'origine d'intoxications auxquelles sont dues beaucoup de dermatoses, estomac, intestin, foie, etc. Elle modifie les troubles de nutrition tels que la scrofule et l'arthritisme, qui ne causent pas directement les maladies de la peau, mais créent un milieu organique où les causes pathogènes agissent d'une manière anormale.

Le nombre des méthodes employées en dermothérapie externe peut se ramener, comme je l'ai montré, à un nombre peu élevé ; or, la thérapeutique hydrominérale permet

à elle seule d'en utiliser un certain nombre. Les eaux sulfureuses, par exemple, exercent sur la peau une action antiseptique, une action réductrice et une action antiprurigineuse. Presque toutes les eaux minérales ont une action antiphlogistique ; grâce au chlorure de sodium et aux matières organiques qu'elles renferment, le bain hydrominéral n'offre pas dans les dermatoses subaiguës les inconvénients du bain simple.

Cependant, on ne peut attendre des eaux minérales une action profonde de la peau. Elles conviennent surtout à des dermatoses étendues superficielles. Dans les autres, il y a indication formelle à combiner à leur emploi le traitement par les agents externes usuels.

L'action des eaux minérales sur le milieu interne, surtout prises en boisson, est considérable et fondamentale en dermothérapie. Les sulfureuses, les eaux du type Royat, ont une action considérable sur le tube digestif ; les arsénicales comme La Bourboule, modifient l'état sanguin. Toutes peuvent enfin être utilisées de manière à modifier l'état général.

Dans la discussion qui suit la lecture de ce rapport, M. Robin fait remarquer que l'obstacle au progrès du traitement hydrominéral des dermatoses tient au défaut de connaissances des troubles nutritifs dans chaque cas particulier de dermatose.

M. Dresch (d'Ax). **De la médication thermale sulfureuse dans la syphilis. Avantages des cures thermales posthydrargyriques et des cures hydrargyriques postthermales.** — L'auteur estime qu'aux eaux minérales sulfureuses, on doit remonter l'état général des syphilitiques et les démercurialiser. De cette façon, un traitement mercuriel postthermal a beaucoup plus d'efficacité.

M. Leredde demande s'il faut envoyer les syphilitiques aux eaux sulfureuses pour y suivre le traitement mercuriel et sulfureux en même temps, ou si le traitement mercuriel doit suivre le traitement sulfureux.

M. Depierris (de Cauterets) est partisan du traitement mercuriel pendant la cure thermale, mais non après.

M. Cazaux partage l'opinion de M. Depierris.

M. Sénac-Lagrange pense que, lorsque le traitement mercuriel seul est insuffisant, l'emploi des eaux sulfureuses, concurremment avec le mercure, donne souvent de bons résultats.

M. Dresch répond que ses observations s'appliquent aux syphilitiques évoluant normalement et qu'il admet très bien que les deux traitements soient faits concurremment dans les syphilis graves, anormales.

M. Meillon expose **pourquoi le syphilitique secondaire et tertiaire, à accidents graves, doit toujours être immédiatement dirigé vers une station sulfureuse, Cauterets en particulier.** De cette intéressante communication, retenons que :

Chaque fois que l'existence du syphilitique est menacée à brève échéance (syphilis cérébrale, nasale, laryngée, iritis, etc.) ;

Chaque fois que la syphilis va détruire (gommes cérébrales ou organiques) ;

Chaque fois que l'on est en présence d'une manifestation que l'on sait tenace (syphilis lychenoïde, psoriasis, glossite scléreuse) ;

Chaque fois enfin qu'on est en présence d'hydrargirisme qui empêche d'agir et en prévision même de l'apparition de cette intoxication inopportune,

Il y a lieu de souhaiter que, le plus vite possible, on associe la médication mercurielle choisie à la médication sulfureuse globale, avec tous les facteurs de succès et les garanties de tolérance, de durée, d'intensité, compatibles avec une amélioration générale simultanément acquise.

La guérison d'une lésion spécifique achetée au prix d'une cachexie mercurielle n'est pas une guérison, et c'est la raison dominante qui a présidé aux conclusions énoncées.

M. Depierris (de Cauterets) rapporte ensuite au Congrès trois cas qui démontrent nettement **la tolérance des syphilitiques vis-à-vis des infections mercurielles pendant la cure sulfureuse de Cauterets.**

M. Duhourcau (de Cauterets) rappelle son travail sur le traitement de la syphilis par les eaux de Cauterets et appuie les conclusions de MM. Meillon et Depierris.

M. Robin dit que M. Dresch a soulevé un problème plein d'intérêt nouveau. Faut-il, comme il le veut, envoyer les syphilitiques aux eaux sulfureuses pour se démercurialiser et les remercurialiser après, ou bien faut-il, comme le veulent MM. Meillon et Depierris, leur faire suivre à la fois les deux traitements ? Ce point de thérapeutique est très important et mérite d'être résolu.

M. Renaut (de Lyon) demande qu'on pose aussi les contre-indications. Il a vu plusieurs syphilitiques cérébro-spinaux présenter des accidents cérébraux, après une cure sulfureuse.

M. Leredde estime que l'indication principale de la médication sulfuro-mercurielle réside surtout dans l'intolérance que présentent certains malades au traitement mercuriel isolé.

M. Senac-Lagrange pense qu'il n'y a pas de véritable contre-indication au traitement sulfuro-mercuriel, mais qu'il y a une opportunité d'application.

M. Chatin (d'Uriage) a pu faire supporter 6 centigrammes de biiodure de mercure pendant vingt-cinq jours au moyen de l'emploi de l'eau d'Uriage.

M. Jeannel (du Mont-Dore) demande alors ce que l'on entend par cure sulfureuse intensive.

M. Miquel Dalton (de Cauterets) répond à M. Jeannel qu'il donne cinq à six verres d'eau minérale matin et soir.

M. Bouloumié estime que la durée de la cure doit être suffisante pour permettre l'élimination des réserves mercurielles.

M. Peyrot (de Néris) croit que la médication minérale achève surtout l'élimination, et qu'à Néris où il n'y a pas d'eau sulfureuse l'élimination est rapide.

M. Cazaux ne néglige pas, malgré le traitement thermal, les moyens préventifs de l'intoxication mercurielle.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

M. Varenne. Extraction des corps étrangers magnétiques des voies aériennes par l'électro-aimant. — M. Mouron. Des procédés opératoires pour atteindre les corps vertébraux de la région lombo-sacrée. — M. Bahans. Contribution à l'étude de la néphrite varicelleuse. — M. Beaussenat. Contribution à l'étude des mastoïdites à évolution insidieuse (mastoïdites latentes). — M. Magunna. De la voie d'infection nasale de la méningite. — M. Le Couteur. Réparation des pertes de substances du foie. — M. Denier. Hématologie de la vaccine. Étude cystologique de la lymphe vaccinale. — M. Arzac. De la conduite à tenir dans l'hydramnios à marche rapide. — M. Lafond. De la gangrène des membres inférieurs dans les suites de couches. — M. Rivière. Dilatation cylindrique totale de l'œsophage. — M. Bernel. Sur un nouveau mode de traitement chirurgical des prolapsus totaux du rectum. — M. Duran. De la voie transhyoïdienne dans la chirurgie pharyngo-laryngée. — M. Decoly. Contribution à l'étude des corps étrangers des fosses nasales. — M. Le Strat. Du lichen plan palmaire et plantaire. — M. Dorso. Herpès récidivant de la peau. — M. Mathis. Contribution à l'étude hématologique de la syphilis du tabes et de la paralysie générale. — Chichcoff. Étude sur l'urétérectomie. — M. Collon. Etude sur le traitement

de la maladie de Basedow par les injections intra-thyroïdiennes d'éther iodoformé. — M. MAILLARD. De la valeur clinique du cyto-diagnostic céphalo-rachidien dans les cas douteux de paralysie générale progressive. — M. FAUQUET. Des kystes dermoïdes de la région mammaire. — M. MONTANÉ. Des rapports de la céphalée avec la ponction lombaire. — M. PALLUT. De la sortie prématurée des aliénés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'externat.* — Le jury est composé de MM. M. Labbé, Apert, J. Auclair, R. Marie, Marion, Ombredanne, Riche et Brindeau.

M. Marion seul n'a pas fait connaître son acceptation.

Hôpitaux de province. — *Orléans.* — Un concours pour trois places d'interne titulaire et cinq places d'interne provisoire sera ouvert le mardi 16 décembre prochain, à deux heures et demie.

Pour s'inscrire et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

Place d'interne en Tunisie. — Une place d'interne (emploi créé) sera vacante au 15 octobre à l'hôpital Sadiki de Tunis.

Avantages : 1200 francs, logement, nourriture, etc., voyage payé en deuxième classe.

Conditions : 12 inscriptions au moins, engagement d'un an, préférence accordée à externe des hôpitaux de Paris justifiant d'un stage chirurgical sérieux.

L'hôpital Sadiki est réservé aux indigènes; c'est le plus important de Tunis (250 lits). Il comprend un service chirurgical extrêmement chargé, avec opérations d'urgence de jour et de nuit.

Ce poste conviendrait donc particulièrement à un futur chirurgien désireux d'opérer.

Les internes français ont sous leur ordres des élèves en médecine de nationalité tunisienne qui représentent hiérarchiquement les externes des hôpitaux parisiens; toute facilité est donnée pour dissection, médecine opératoire, etc.

Pour renseignements complémentaires, on peut écrire à M. Baslez, interne à l'hôpital.

Écoles de médecine. — *Tours.* — Un concours s'ouvrira le 20 avril 1903, devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Marine. — M. le médecin en chef de première classe Hyades a été nommé membre du conseil supérieur de santé de la marine, en remplacement de M. Bonnafy, admis à la retraite.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Berguin (de Tonneins).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Ballan (de Gironde), Barbier et Dussaud (de la Réole), Dellac (de Villeneuve-Saint-Georges), Dusseaud (de Neuffons), Grand'Clément (de Villeurbanne), Monteux (de Marseille), Rocaz (de Bordeaux) et Tessier (de Chavroche).

Exercices spéciaux du service de santé militaire. — Voici le programme général de ces exercices qui auront lieu du 14 ou 18 octobre courant :

Première journée (mardi 14 octobre). — 8 heures du matin : Réunion des officiers à la salle des rapports de la Place (corridor de Lille, hôtel des Invalides). — 8 h. 15 : Conférence par le directeur technique (salle des rapports de la Place). — 9 h. 15 : Conférence par un officier d'état-major. — 10 heures : Présentation des chefs de service au général directeur des manœuvres. — 2 heures du soir : Conférence de M. le médecin divisionnaire, service de l'avant (docks du service de santé, 53, boulevard Latour-Maubourg).

Deuxième journée (mercredi 15 octobre). — 8 heures du matin : Visite du matériel sanitaire aux docks du service de santé, 53, boulevard Latour-Maubourg). Chargement des voitures des formations sanitaires. — 9 heures : Départ des formations sanitaires pour Joinville-le-Pont. Service de marche et cantonnement.

Troisième journée (jeudi 16 octobre). — 8 heures du matin : Combat d'une division sur le plateau de Champigny. Fonctionnement du service de santé de l'avant, pendant et après le combat (service régimentaire, ambulance divisionnaire, ambulance de corps et hôpital de campagne).

Quatrième journée (vendredi 17 octobre). — 8 heures du matin : Exploration et assainissement du champ de bataille. Répartition des blessés entre les points d'hospitalisation. Relève de l'ambulance divisionnaire par l'hôpital de campagne. — 3 heures du soir : Conférence critique sur les opérations de la veille.

Cinquième journée (samedi 18 octobre). — 8 heures du matin : Fonctionnement de l'hôpital d'évacuation; chargement des blessés en wagon (gare militaire de Champigny). — 10 heures : Embarquement des blessés en bateau (quai Beaubourg, près du pont de Joinville). — 2 heures du soir : Retour à leur corps des blessés simulés et départ des formations sanitaires pour les docks du service de santé. Dislocation.

Nota. — 1° La tenue militaire (sans sabre le matin, avec sabre l'après-midi) est de rigueur pour les officiers du corps de santé désireux d'assister à ces exercices.

2° Les renseignements techniques seront donnés par MM. les médecins-majors Marty et Visbecq, de l'armée active.

La nouvelle Académie de médecine. — On a été un peu prompt à annoncer l'installation, aux nouvelles salles de la rue Bonaparte, des bustes et tableaux de l'ancienne Académie de médecine. La salle des Pas-Perdus a seulement reçu quelques socles, qui attendent encore leurs bustes, de même que les vastes panneaux de cette salle « espèrent » les tableaux de la rue des Saints-Pères.

Quant à la grande salle des séances, qui est aujourd'hui presque terminée, on a dû y supprimer, par mesure d'économie, les fresques auxquelles on avait d'abord songé. Sous la demi-coupole présidentielle seulement, on a peint quelques ornements décoratifs sur le motif de lampadaires antiques.

D'autre part, la mosaïque des grands vestibules d'entrée et de l'escalier d'honneur sera prochainement terminée. A la bibliothèque, les casiers destinés à recevoir les nombreux volumes des académiciens sont posés.

Les annexes, laboratoires et salles de vaccine sont complètement achevés et recouverts d'une couche de sable en manière de toit.

L'achèvement des bâtiments de la rue Bonaparte n'est plus qu'une question de quelques semaines. Le président Riche affirmait hier, qu'au mois de novembre l'Académie pourrait tenir ses séances dans son nouvel hôtel. (*Echo de Paris.*)

Conférence privée d'internat. — MM. Paul Bouchet, aide d'anatomie à la Faculté, et Alfred Wagon commenceront, le samedi 15 novembre 1902, une conférence privée d'internat. — S'adresser tous les matins à l'hôpital Cochin.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Auguste Boudard, ancien médecin de la marine, décédé à l'âge de quatre-vingt-deux ans; Bourgin (de Lyon), et Adrien Monod (de Paris), décédé à Yokohama.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 115. — SAMEDI 11 OCTOBRE 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 11 OCTOBRE 1902. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : 4 fr. 50.	— 6 mois : 8 fr.	— 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 7 fr.	D. — 6 mois : 13 fr.	— 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

La botryomycose.

Par MM. SAVARIAUD, chirurgien des hôpitaux de Paris, et DEGUY, chef de laboratoire à l'hôpital des Enfants-Malades.

Décrite chez l'homme depuis cinq ans à peine, la botryomycose est encore un sujet de controverses au point de vue histologique et bactériologique, si bien qu'elle est menacée dans son existence même. Ayant eu la bonne fortune d'en observer deux cas d'une façon assez complète, nous nous trouvons dans les conditions requises pour prendre part à la discussion. Dans le présent travail nous exposerons d'abord l'état actuel de la question en indiquant quels sont les problèmes à résoudre, puis après avoir discuté les diverses théories nous donnerons notre opinion personnelle appuyée sur nos propres observations.

I

Définition. — On donne le nom de botryomycose à une affection parasitaire se traduisant chez l'homme par des tumeurs pédiculées de la peau, tumeurs contenant dans leur intérieur des *amas mûriformes* d'aspect particulier et donnant en culture un microcoque qu'on a jusqu'ici regardé comme spécifique, le *micrococcus botryogenes* ou *botryocoque*.

II

Historique. — L'affection a été étudiée d'abord exclusivement par les vétérinaires. En 1870, Bollinger découvrit dans les tubercules fibreux des poumons d'un cheval une *zooglée* répondant aux amas mûriformes signalés plus haut, et lui donna à cause de son aspect le nom de *botryomyces*, de βότρυς grappe de raisin et μύκης champignon. C'est dire qu'il considérait le parasite comme d'origine végétale. Rivolta la différencia de l'actinomycose. Rabe retrouva les botryomyces dans le *champignon de castration* (1) du cheval et les considéra comme spécifiques. Ensemencés, les amas mûriformes et le pus qui les contient donnent naissance à un microcoque 50 ou 100 fois plus petit que les grains qui constituent les botryomyces.

Rabe l'appelle *micrococcus botryogenes* ou *botryocoque*. Il suppose que ce microcoque est capable de grossir dans les tissus vivants au point de former les amas mûriformes. Ce *botryocoque* colonise, lui aussi, en forme de grappe, il se colore au Gram de même que le staphylocoque avec lequel il offre beaucoup d'analogie. Cependant Rabe ne croit pas à l'identité de ces deux microbes et décrit des caractères de cultures qui permettent de les différencier (liquéfaction plus lente de la gélatine par le botryocoque, liquéfaction en forme de tulipe de l'ensemencement par piqûre...).

Kitt, 1888, indique une autre propriété de ce microcoque, savoir le changement de coloration suivant la température : jaune à 30 degrés, blanc à 37 degrés. Néanmoins, il n'attache pas une grande importance à ce caractère et considère le botryocoque comme une simple variété équine du staphylocoque.

D'autre part, Rabe et Kitt essaient de reproduire la maladie primitive en inoculant le botryocoque au cheval, ils ne réussissent qu'à produire des suppurations à grains jaunes, riches en botryomyces, mais pas de véritables tumeurs.

De Jong (de Leyde) consacre sa thèse (1896) à l'étude de la botryomycose équine et reproduit les expériences des auteurs précédents.

Jusqu'en 1897, on ne soupçonnait pas que l'affection pût s'observer chez l'homme, lorsque MM. Poncet et Dor, bien connus pour leurs beaux travaux sur l'actinomycose, crurent pouvoir conclure à la nature botryomycosique de certaines tumeurs pédiculées de la peau qu'ils avaient considérées jusqu'alors comme des papillomes inflammatoires. Dans leur communication au Congrès de chirurgie de 1897, ils s'appuyaient pour établir la nature des tumeurs en question sur l'anatomie pathologique qui leur montrait de nombreux amas mûriformes, sur la bactériologie qui leur révélait dans les cultures le botryocoque de Rabe, et enfin sur l'expérimentation qui leur avait permis de reproduire une tumeur cliniquement semblable à celles observées sur

(1) Les vétérinaires donnent le nom de *champignon de castration* ou de *champignon* tout court, à une sorte de fongus du cordon qui s'observe parfois à titre de complication à la suite de la castration, lorsque le cordon reste exposé à l'air (castration à testicule découvert). C'est une véritable funiculite septique qui ne s'observe plus que bien rarement depuis l'antisepsie. Ce fongus revêt une forme champignonneuse, d'où son nom. A la coupe il se montre formé de tissu fibreux, creusé de cavités contenant du pus à grains jaunes ressemblant au pus de l'actinomycose. Ces grains jaunes sont constitués pas des amas mûriformes ou botryomyces agglutinés entre eux.

l'homme. Malheureusement, disaient-ils, l'examen histologique de cette tumeur n'avait pu être fait, l'animal en expérience (un âne) s'étant frotté contre sa litière ou les murs de son écurie et ayant provoqué la chute de cette tumeur. Sans cet accident la démonstration eût été complète.

En 1900 dans les *Archives générales de médecine*, MM. Poncet et Dor publient un nouveau mémoire qui complète et modifie légèrement leur description première. M. Dor, ayant eu l'occasion d'étudier 5 cas de *champignon de castration*, a pu se convaincre que le point de départ de la maladie était dans les tubes épididymaires. L'affection ne se produit que si un fragment d'épididyme est resté attenant au cordon. Ce que les auteurs et lui-même avaient pris pour des artères hypertrophiées, c'est le canal épididymaire hypertrophié ou sclérosé devenu plus ou moins méconnaissable. Il conclut à la nature glandulaire de l'affection. Le champignon de castration est une fibro-adénose épididymaire. Appliquant cette découverte à la pathologie humaine, M. Dor reconnaît de même que la tumeur botryomycosique se développe dans les glandes de la peau. Ce sont des glandes sudoripares hypertrophiées dont les tubes sont coupés en tous sens, qui donnent aux tumeurs leur aspect caverneux, ce qu'on avait pris pour des vaisseaux sanguins sont des tubes sudoripares. *Les tumeurs cutanées de l'homme sont des fibro-adénoses sudoripares de même que le champignon du cheval est une fibro-adénose épididymaire.* Ces néoformations glandulaires se produisent à la suite de la pénétration dans les tubes sécréteurs d'un microcoque pathogène, du botryocoque ou staphylocoque botryogène dont l'inoculation aux équidés est capable de reproduire les tumeurs. La thèse de Spick (Lyon 1900) reproduit les idées précédentes.

Depuis ces publications, quelques auteurs ont publié des observations de botryomycose humaine, avec examens histo-bactériologiques plus ou moins complets. Tandis que quelques-uns se bornent à confirmer les idées des auteurs lyonnais, d'autres les battent fortement en brèche et en arrivent à nier la spécificité de la botryomycose. Parmi ces derniers il faut citer en première ligne MM. Sabrazès et Laubie (de Bordeaux) qui n'hésitent pas à déclarer que « la botryomycose la plus typique, cliniquement et histologiquement, peut être due à une infection microbienne par le staphylocoque doré associé à d'autres bactéries banales ». Nos observations personnelles, nous pouvons le dire par avance, viennent à l'appui de cette manière de voir. Ce qui précède permettant au lecteur de juger quel est l'état actuel de la question, nous allons reprendre l'étude méthodique de la botryomycose humaine, tant au point de vue clinique qu'au point de vue histo-bactériologique.

III

Étude clinique. — Etiologie. — Tantôt l'affection naît spontanément, tantôt et plus souvent (le fait est noté d'une façon presque constante depuis qu'on connaît la nature parasitaire de l'affection), la petite tumeur se produit au niveau d'une inoculation septique, coupure, piqûre. L'introduction de corps étrangers sous la peau (écharde de bois, esquille métallique) est très fréquemment notée. Dans un cas, une petite vésicule crevée avec une aiguille non flambée a été le point de départ de l'affection.

L'état de saleté des malades est noté dans bon nombre d'observations. Dans deux cas de M. Brault (d'Alger), l'affection s'était déclarée à la suite de piqûres ou coupures chez des femmes « du quartier de la Marine où grouille une population miséreuse et cosmopolite ». Dans presque toutes les observations récentes on note que la petite plaie a suppuré, a été suivie « d'un mal blanc », c'est au bout d'un temps variable, de quelques semaines à quelques mois, qu'apparaît, au niveau du point d'inoculation, un petit bourgeon charnu qui est le début de l'affection.

Symptomes. — L'affection *siège*, comme l'avaient déjà noté MM. Poncet et Dor dans leur première communication, sur les parties découvertes des téguments. On l'a observée au front, à la paupière, à la joue, à la lèvre, à l'épaule, mais dans la *grande majorité des cas c'est à la main et aux doigts* qu'on a observé ces petites tumeurs.

Le *début* a été comparé à une verrue, une lentille, un petit bourgeon rosé ou rouge vif qui soulève l'épiderme au niveau de la petite plaie ou de la cicatrice. Ce petit bourgeon ne tarde pas à grossir, surtout sous l'influence des cataplasmes et des cautérisations, il s'ulcère, suinte et dès lors saigne avec une grande facilité.

En quelques mois, il peut acquérir un volume considérable, fraise ou framboise, aveline, noix, petite tomate de 5 centimètres de diamètre dans un cas de M. le professeur Poncet. Au-dessus de ce volume, il faut accepter avec une grande méfiance les observations étiquetées botryomycose, tels les deux cas de M. Legrain non suivis d'examen histobactériologique où il s'agissait vraisemblablement d'un sarcome et d'un chloroma ou cancer vert.

La *forme* de la tumeur est celle d'un champignon avec son chapeau et son pédicule. Le sommet du champignon est presque toujours ulcéré pour peu que la tumeur soit volumineuse, il est recouvert d'une croûte ou d'un enduit pultacé formé de pus, de sang, de fibrine. Les bords du chapeau sont recouverts d'épiderme aminci et altéré. Le pied ou pédicule est tantôt grêle et mince, tantôt court et trapu, presque aussi gros que la tumeur. Pour le mettre en évidence, il faut soulever la tumeur avec les doigts, une pince ou une érigne. On le voit alors émerger d'une rigole circulaire qui le sertit et qu'on a comparée à une collerette. Le fond de ce sillon est baigné par une sécrétion qui peut être fétide (Sabrazès). La peau avoisinante est saine ou présente les caractères de l'inflammation. Dans ces cas seulement, on peut constater quelques ganglions dans le territoire lymphatique correspondant. L'absence d'adénopathies est la règle. La tumeur est molle quand elle est jeune, sa grande vascularité permet de comprendre sa réduction de volume sous une pression prolongée. En vieillissant, elle devient fibreuse, tout au moins élastique, rénitente. La pression est en général peu douloureuse. Mais la section de la tumeur et surtout celle du pédicule ne se fait pas sans une vive douleur, ce qui laisse supposer sa richesse en éléments nerveux, chose qui n'a pas lieu de surprendre pour qui connaît la structure de ces tumeurs, où l'on trouve presque toutes les couches de la peau.

La section du pédicule permet de se rendre compte d'une autre particularité de ces tumeurs, à savoir leur richesse vasculaire. Cette section s'accompagne en effet presque toujours d'une hémorragie en nappe très abondante.

Diagnostic. — MM. Poncet et Dor, qui ont découvert la maladie chez l'homme, ne parlent point du diagnostic dans leurs publications. Ils pensent sans doute que la botryomycose ne ressemble qu'à elle-même et ne saurait être confondue avec aucune autre affection.

Il est bien certain qu'on ne confondra pas les tumeurs en

question avec d'autres tumeurs plus ou moins pédiculées de la peau, telles que le molluscum pediculum et l'épithélioma. Le *molluscum* est beaucoup plus pédiculé, il est presque toujours multiple, ne s'ulcère que bien rarement, a une marche tout à fait chronique, une structure spéciale. L'*épithélioma* est toujours sessile, induré, à surface grenue, friable; il saigne beaucoup plus facilement et abondamment que le botryomycome, infecte les ganglions. Le *sarcome* cutané est souvent multiple, il est bien rarement pédiculé; cependant certaines tumeurs à peu près sûrement de nature sarcomateuse ont dû être confondues avec la botryomycose par les présentateurs. Je veux faire allusion aux deux cas cités par M. Legrain et concernant de volumineuses tumeurs, marchant rapidement, récidivant après ablation sur le moignon d'amputation. L'examen histologique était d'ailleurs en faveur de notre hypothèse.

Est-il inutile de faire le diagnostic avec les *papillomes*? Non sans doute puisque MM. Poncet et Dor intitulaient leurs premières observations: papillomes inflammatoires; mais le terme était-il exact? Nous ne le croyons pas. Ce qui caractérise, au point de vue clinique, le papillome, c'est justement son aspect verruqueux, hérissé de papilles comme une langue de chat. A la coupe l'épithélium très abondant, et non absent comme dans nos tumeurs botryomycosiques, s'enfonce dans les vallons situés entre des éminences papillaires très développées. Aussi ces tumeurs n'ont-elles pas de tendance à s'ulcérer, tandis que celles qui nous occupent ont vite fait de se dépouiller d'épiderme et de se recouvrir de croûtes purulentes et sanguinolentes.

Je ne ferai que citer pour mémoire les autres tumeurs de la peau, tumeurs rares telles que les *lipomes pédiculés*, les *myomes*, ou d'un diagnostic facile telles que les *nævi* ou angiomes cutanés qui n'ont avec nos tumeurs que des ressemblances lointaines.

Je n'en dirai pas autant du dernier genre de tumeur qu'il nous reste à examiner, c'est-à-dire des *bourgeons charnus de la peau*, tumeurs conjonctives embryonnaires qui se rattachent à la cicatrisation des plaies, coupures, piqûres, panaris. Les bourgeons charnus des plaies étendues en surface, ne ressemblent pas à nos botryomycomes, mais lorsque la plaie qui leur a donné naissance est étroite, et dans des conditions assez mal connues, ils prennent volontiers la forme d'un champignon, tels les prétendus polypes qui accompagnent les suppurations chroniques de l'oreille. Dans les cas de tumeurs isolées, le bourgeon charnu cutané simule bien le botryomycome. Son aspect se modifie suivant qu'il est exposé à l'air ou bien qu'il macère au contraire sous un pansement humide et sale. Si nous en croyons M. le profésseur Jaboulay (1), un Lyonnais cependant, il n'y a pas de différence clinique entre le botryomycome le plus typique et le plus vulgaire bourgeon charnu; le laboratoire seul peut faire le diagnostic. Pour nous dont l'expérience clinique est des plus limitées, nous préférons nous retrancher derrière cette autorité incontestable, et nous ne pouvons que donner notre appréciation : dans notre premier cas, la petite tumeur des lèvres avait bien une physionomie spéciale différente du vulgaire bourgeon charnu, mais dans la seconde notre collègue des hôpitaux M. Lyot, qui avait vu la tumeur avant nous, l'avait considérée comme un vulgaire bourgeon charnu. Or c'est cette tumeur qui, examinée au microscope et ensemencée, s'est montrée d'une analogie frappante, pour ne pas dire d'une identité absolue, avec les cas publiés avant nous par la plupart des auteurs, notamment par MM. Sabrazès et Laubie, Brault (d'Alger), etc. Qu'en conclure? sinon que nous n'avons, ni les uns, ni les autres, observé le véritable botryomycome de la région lyonnaise, ce qui après tout est bien possible, ou bien que botryomycome et bourgeon charnu ne sont, suivant toute apparence, qu'une seule et même tumeur, sous des aspects un peu différents?

(1) Jaboulay. *Province méd.*, 1899. p. 553.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche de ces tumeurs est rapide, comme celle des tumeurs inflammatoires. Presque toutes les tumeurs observées s'étaient développées en quelques mois. Que deviendraient-elles, si elles étaient livrées à elles-mêmes? Il nous est impossible de le dire, puisque toutes ont été traitées chirurgicalement.

Traitement. — Le seul traitement qui leur convienne, c'est l'ablation pure et simple, que celle-ci soit faite à l'instrument tranchant ou par tout autre moyen. Le moyen le plus simple consiste à abraser la tumeur d'un coup de bistouri ou de rasoir et à détruire son point d'implantation. Si la région s'y prête on hâtera la guérison en excisant en même temps la zone d'implantation et mettant un point de suture. Tout autre procédé que l'ablation échoue à peu près sûrement. Les cautérisations incomplètes, les applications humides (cataplasmes) augmentent la vitalité de ces tumeurs. Il faudra donc s'efforcer de faire une ablation complète. A cette condition seule la guérison est certaine, mais aussi elle est définitive. La récidive n'a jamais été observée avec les vrais botryomycomes et les seules récidives qui aient été rapportées concernaient sûrement des tumeurs malignes.

IV

Anatomie pathologique. — A la coupe, la tumeur apparaît de consistance ferme, d'autant plus dure qu'elle est plus ancienne et qu'on approche plus du pédicule. Celui-ci présente l'aspect du tissu fibreux. Les auteurs notent parfois sa coloration nacrée. Dans un de nos cas, il présentait par place une coloration ocreuse. Les faisceaux qui le composent s'implantant perpendiculairement sur le point d'implantation et de là irradiant en forme d'éventail vers la tumeur, cet aspect visible à l'œil nu et encore mieux à un faible grossissement est noté par presque tous les observateurs. Entre les faisceaux fibreux se trouvent des cellules embryonnaires d'autant plus abondantes, que la tumeur est plus jeune; à mesure que la tumeur vieillit, l'élément embryonnaire fait place au tissu fibreux. Dans l'intérieur de la tumeur et surtout dans les couches superficielles, on voit de nombreuses cavités que la plupart considèrent comme des vaisseaux sanguins ou lymphatiques, mais que M. Dor croit être des tubes de glandes sudoripares.

Le revêtement cutané de la tumeur n'existe qu'au niveau du pédicule et se prolonge plus ou moins sur les bords. Il n'est complet que sur les tumeurs très jeunes, qui font une saillie peu accentuée. Dans la peau qui avoisine le pédicule, on note des modifications dans la couche cornée et la couche malpighienne de l'épiderme. On note également une hypertrophie notable des papilles et des glandes sudoripares. Au niveau du pédicule les altérations de l'épiderme s'accentuent et bientôt à mesure qu'on approche du sommet de la petite tumeur tout revêtement épithélial disparaît.

La convexité de la tumeur, abritée sous la couche de pus et de sang, est formée uniquement de tissu em-

bryonnaire riche en néo-vaisseaux. C'est dans cette couche superficielle qu'on rencontre les fameux *botryomyces* ou amas mûriformes, sur la signification desquels nous aurons à nous étendre. Il faut dire cependant que ces éléments caractéristiques ne se rencontrent pas avec la même abondance dans toutes les tumeurs. Ils sont d'autant plus nombreux que celles-ci sont plus anciennes. C'est ce qui explique qu'ils peuvent manquer dans les très jeunes (Sabrazès, Carrière, observation personnelle).

Bactériologie. — A l'examen des coupes, on trouve de nombreux amas microbiens dans les différentes couches de la tumeur. Parfois les microorganismes n'existent que dans la couche périphérique de la tumeur et particulièrement dans la croûte fibreuse et purulente qui la recouvre (observation personnelle), tantôt on les retrouve dans toutes les parties de la tumeur et particulièrement dans le pédicule. M. Dor insiste sur leur abondance dans les glandes sudoripares et à la périphérie.

A l'examen direct par frottis, on décèle ordinairement plusieurs variétés microbiennes, mais ce n'est que par culture qu'on peut arriver à les isoler.

MM. Dor et Poncet n'ont trouvé qu'une seule espèce microbienne qui pour eux est le botryocoque de Rabe différent du staphylocoque.

M. Brault (d'Alger) n'a trouvé, lui aussi, qu'un seul microcoque qui a toutes les propriétés du staphylocoque.

D'autres auteurs notent la présence de nombreuses variétés microbiennes. MM. Reverdin et Julliard, MM. Sabrazès et Laubie et nous-mêmes avons trouvé : 1° des staphylocoques ; 2° des bactéries coliformes ou du genre proteus, etc.

En somme, si nous résumons les notions précédentes fournies par la clinique, l'anatomie pathologique et la bactériologie nous dirons : *les tumeurs botryomycosiques sont de petites tumeurs pédiculées, se développant généralement sur les doigts à la suite d'une piqûre suivie de suppuration; anatomiquement elles représentent une sorte de bourgeon charnu riche en vaisseaux, en tissu embryonnaire et en tissu fibreux. Ce néoplasme contient dans sa couche périphérique des gros éléments en forme de grappe appelés botryomyces. L'examen bactériologique montre que la tumeur contient tantôt une seule espèce de coccus (botryocoque ou staphylocoque) — nous aurons à déterminer si ce n'est pas le même microbe — tantôt un microcoque associé à différentes bactéries.*

Il nous reste à résoudre maintenant d'assez nombreuses questions ayant trait, les unes à la structure de ces tumeurs, les autres à leurs microbes pathogènes.

V

Discussion pathogènique. — 1° La tumeur est-elle une fibro-adénose sudoripare? (Dor.) — Laissant de côté l'examen du champignon de castration du cheval, terrain sur lequel nous ne pouvons suivre l'auteur, nous sommes obligés de nous confiner dans l'étude de la botryomycose humaine. M. Dor appuie sa théorie sur la présence dans la tumeur de nombreuses néoformations sudoripares qui lui rappellent les néoformations épididymaires chez le cheval. Il pense que ce que les auteurs et lui-même pendant longtemps, ont pris pour des lumières de vaisseaux sanguins, ne sont que des tubes de glandes sudoripares. L'abondance des microorganismes autour de ces lacunes et dans leur intérieur indique que c'est sous l'influence microbienne que s'est faite la prolifération. M. Dor n'appuie guère son opinion que sur la constatation suivante : les lacunes en question sont ordinairement vides, preuve qu'il ne s'agit pas de vaisseaux sanguins, sans quoi on y trouverait des globules du sang. L'argument serait bon, si, dans tous les cas, les choses se passaient comme l'indique M. Dor, mais dans nos observations, il y avait très nettement des concrétions fibrineuses et des éléments figurés dans les canaux en question et M. le professeur Cornil, qui put examiner nos coupes à la Société anatomique, n'avait pas le moindre doute sur la nature vasculaire des lacunes en question. Il en est de même dans d'autres observations. Sabrazès et Laubie insistent sur l'abondance de capillaires gorgés de sang qui occupent la périphérie de la tumeur (la section du pédicule est toujours très sanglante). Brault (d'Alger), lui aussi, parle de nombreux vaisseaux embryonnaires. Seuls, MM. Carrière et Potel décrivent des cavités de forme et de dimensions irrégulières, vides ou contenant une substance vaguement granuleuse sans aucun élément nettement défini, bordée par des cellules aplaties reposant sur une membrane basale... Plus profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané, on note une hyperplasie des glandes sudoripares. Les auteurs concluent qu'il s'agit d'un fibro-adénome sudoripare. La conclusion est-elle en rapport avec la description? Il me semble que les auteurs ont été peut-être un peu vite. Pour nous, en nous basant sur ce que nous avons observé, il n'y avait pas trace de glandes sudoripares dans nos tumeurs, qu'on en juge par la fig. 2, page 1135, représentant la pièce présentée à la Société anatomique, dessin qui ressemble beaucoup à celui de MM. Carrière et Potel et aux photographies histologiques de M. Dor lui-même. D'ailleurs dans notre cas la tumeur était implantée sur le bord rouge de la lèvre, c'est-à-dire *sur une muqueuse. Y existerait-il donc en ce point des glandes sudoripares*? Nous répondons donc à la question posée au début de ce paragraphe en disant : ou bien nos tumeurs et quantité d'autres observées n'étaient pas de la botryomycose dont elles avaient pourtant tous les caractères, ou bien il faut conclure que les brotryomycomes ne sont pas des fibro-adénoses sudoripares. Que les glandes sudoripares soient hyperplasiées et altérées comme tous les éléments de la peau, nous l'admettons, mais que leur altération joue le rôle capital dans la néoplasie, nous demandons la permission de le mettre en doute.

2° Quelle est la signification des botryomyces? — *Étymologiquement le mot signifie champignon en grappe.* Tel était l'avis des premiers auteurs qui ont décrit ces formations spéciales, tel était aussi celui de MM. Poncet et Dor dans leur première communication au Congrès de chirurgie, 1897. La botryomycose, disent-ils, est une mycose où le parasite affecte la disposition en grappe, de même que dans l'actinomycose il affecte une forme d'étoile, d'où son nom de champignon rayonné.

Les auteurs n'osent pas se prononcer sur la question de savoir si le botryomyces et le botryocoque (ce dernier cinquante ou cent fois plus petit que le premier) sont deux aspects différents du même microorganisme), ou bien si le botryomyces n'a pas une signification tout à fait différente. Dans la première hypothèse, il faudrait admettre que le botryocoque, pas plus gros qu'un staphylocoque, peut au contact des tissus vivants s'hypertrophier au point de pouvoir former par juxtaposition d'une dizaine d'éléments, des amas mûriformes presque visibles à l'œil nu. La chose

n'est point impossible, puisqu'il se passe pour l'actinomycose quelque chose de semblable. Dans la seconde hypothèse, qui est admise par les auteurs dans leur mémoire de 1900, le botryomyces ou amas mûriforme n'a pas la valeur d'une formation microbienne; c'est un amas de boules formées aux dépens des noyaux des cellules, comme cela s'observe dans un assez grand nombre d'affections cutanées (syphilis tertiaire, par exemple). Ce phénomène de désintégration cellulaire est connu en cytologie sous le nom de *pycnose*. Ces boules hyalines ou grains de pycnose, qui par leur réunion constituent l'aspect spécial de botryomyces, se voient dans les jeunes tumeurs à l'état isolé. A mesure que les tumeurs vieillissent, les boules s'agglutinent et constituent les amas mûriformes. Dans les tumeurs plus anciennes et suppurées, les amas mûriformes s'agglutinent eux-mêmes et constituent les fameux grains jaunes, gros comme des grains de sable, qui ont fait comparer la botryomycose à l'actinomycose.

Cette manière de voir est acceptée par tous les auteurs qui ont fait des examens histologiques complets. Nos observations lui apportent une nouvelle confirmation.

Dès lors, si le prétendu botryomyces n'est plus un microbe, mais un produit de désintégration cellulaire qu'on retrouve dans d'autres maladies, *il cesse d'être pathognomonique* de l'affection que nous étudions. Tout au plus peut-on dire que l'abondance de ces formations constitue un élément de diagnostic histologique et même une forte présomption en faveur de la botryomycose. Du même coup, il serait logique et bon de faire disparaître le mot de botryomyces, appellation tout à fait inexacte, puisqu'il évoque l'idée d'un parasite végétal qui n'existe pas, et mieux vaudrait ne plus employer que l'expression d'*amas mûriformes*, qui rappelle l'aspect de la lésion et qui a l'avantage de ne pas préjuger de sa nature.

3° Le botryocoque est-il différent du staphylocoque? — La question n'est pas nouvelle, puisqu'elle est aussi ancienne que la découverte de l'affection par les vétérinaires.

Rabe (1886) étudie le botryomyces que Bollinger considérait comme une zooglée. Il en fait l'agent spécifique du champignon de castration, étudie minutieusement ses propriétés et pense qu'il faut le distinguer du staphylocoque pyogène.

Kitt (1888) tend, au contraire, à identifier les deux microbes.

Tous ceux qui ont suivi se sont rangés à l'une ou l'autre de ces opinions. Les éléments de comparaison portent sur la morphologie des deux microbes, sur leurs caractères de cultures et leurs propriétés pathogènes. Voyons donc quelles sont les différences.

Caractères morphologiques. — Ils sont les mêmes pour les deux microbes de l'avis de tous; même disposition par un, par deux, par grappe; même façon de se comporter au Gram.

Caractères des cultures. — De Jong, vétérinaire de Leyde, qui a consacré sa thèse à cette étude, conclut que les caractères des cultures sont insuffisants pour différencier les deux microbes. Cependant, signalons quelques caractères qui ont été invoqués par les partisans de la dualité : botryocoque = liquéfaction en tulipe de la gélatine ensemencée par piqûre (Rabe), changement très net de coloration des cultures suivant la température [orangées à la température du laboratoire 18 degrés, blanches à la température de l'étuve (Kitt, Dor)], odeur rafraîchissante des cultures sur pomme de terre (Dor). Disons tout de suite que toutes ces nuances ont une valeur et une constance bien discutables. Elles ont été aussi bien observées avec le staphylocoque qu'avec le botryocoque (quoique plus rarement) et dépendent d'une foule de conditions accessoires (virulence, variété du microbe, qualité de la gélatine, etc.).

Résultats des inoculations. — Les auteurs ne pouvant se mettre d'accord sur des différences si minimes se sont adressés aux inoculations. De Jong n'attache d'importance qu'à ces dernières pour déterminer la variété du microbe. Il rappelle le résultat des expériences de Rabe et de Kitt. Lui-même a inoculé comparativement des staphylocoques vulgaires et des botryocoques provenant de tumeurs équines. Les inoculations ont été faites sur les petits animaux de laboratoire et sur les équidés. Voici les résultats :

Le botryocoque inoculé à des souris n'a rien donné à Rabe et à Kitt. Pour ces auteurs, cet animal est réfractaire. Au contraire, de Jung a eu 4 morts par septicémie, dont 2 fois avec abcès, sur quatre expériences. Il semble donc que la variété expérimentée par ces premiers auteurs était d'une virulence très atténuée... Sur les chevaux, Rabe obtient, à la suite d'injections sous-cutanées, une plaque indurée, saillante au dehors, avec suppuration riche en *amas mûriformes*. Kitt obtient dans un cas un abcès, puis, trois mois et demi après, nouvel abcès et trois tubercules cutanés; dans ces tubercules, on trouve de très jolis *grains jaunes*. Hell n'obtient que des abcès à pus banal. De Jong obtient, trois mois et demi après une injection sous-cutanée, un abcès *chronique* à *grains jaunes*, *riche en botryomyces*, et, sept mois plus tard, trois jolis tubercules dont un seul contient deux grains botryomycosiques! Comme reproduction de la maladie, c'est maigre. Une expérience, faite en 1897 par MM. Poncet et Dor, promettait un meilleur résultat. Une injection de culture de botryocoque, faite dans la mamelle et dans le *derme* d'une ânesse, produisit au bout de vingt jours, après une réaction inflammatoire passagère, un bourgeon charnu ayant toutes les apparences d'un botryomycome. Malheureusement l'animal se gratta sans doute et fit tomber la tumeur qui ne put être retrouvée.

Ainsi donc, sur un nombre considérable d'expériences, une seule fois on est arrivé à reproduire la tumeur primitive et celle-ci n'a pu être examinée. Dans tous les autres cas on n'a obtenu que des suppurations à grains jaunes, et des figures botryomycosiques ou amas mûriformes qui, nous le savons aujourd'hui, *n'ont rien de pathognomonique*. A côté de cela on oppose les résultats négatifs obtenus constamment avec le staphylocoque. Mais qu'est ce qui nous dit que sans certaines conditions ce dernier ne serait pas capable de reproduire les mêmes effets? Par exemple *en virulence atténuée* et en *injections intra-dermiques*. Qu'on ne l'oublie pas les résultats à demi positifs, obtenus par Rabe et par Kitt, l'étaient avec un microcoque inoffensif pour la souris. Le seul résultat vraiment positif, celui de MM. Poncet et Dor, l'a été avec une culture sur pomme de terre *diluée* dans une autre sur bouillon et injectée dans la mamelle et dans le *derme*. Le derme, voilà le tissu qu'il faut injecter, si on veut obtenir des tumeurs cutanées. Or, tous les expérimentateurs ont fait des injections sous-cutanées. Quoi d'étonnant à ce qu'ils aient observé uniquement des abcès. Pouvaient-ils observer autre chose? D'après nous, toutes ces expériences sont à reprendre, mais il faudra user des précautions indiquées. Nous aurions voulu les répéter nous-mêmes, mais la difficulté qu'on a à se procurer des chevaux nous a

arrêtés, nous nous proposons de reprendre nos projets. D'ailleurs cette expérience que nous voulons faire, n'a-t-elle pas été réalisée bien des fois chez l'homme? Ne voyons-nous pas, dans les observations de MM. Sabrazès et Laubie, Brault (d'Alger), Carrière et Potel et dans notre deuxième cas, les tumeurs champignonneuses succéder à des piqûres, à des coupures septiques. Dans les cultures, qu'est-ce qu'on trouve? Du staphylocoque (Sabrazès, Carrière, observation personnelle), un microcoque qui a tous les caractères du staphylocoque (Brault). Est-ce que ces faits n'ont pas toute la valeur d'expériences, et ne devons-nous pas conclure avec les auteurs précédents que les *staphylocoques vulgaires sont capables de former des tumeurs en tout semblables aux botryomycomes les plus classiques*, tels qu'ils ont été décrits par les auteurs lyonnais?

VI

Conclusions. — Si tout ce qui précède est vrai que devient la botryomycose, tumeur spécifique, voisine de l'actinomycose développée aux dépens des glandes sudoripares sous l'influence d'un microbe spécial, le botryocoque? Au point de vue clinique, nombre d'auteurs pensent qu'il est impossible de distinguer un botryomycome comme du vulgaire bourgeon charnu cutané qui pousse sous les influences les plus diverses (voir Jaboulay, *Province méd.*, 1899, p. 553). D'après cet auteur, l'examen histo-bactériologique est nécessaire. Or, que nous apprend cet examen? D'abord que la structure ne diffère pas notablement de celle d'un bourgeon charnu ordinaire, à part quelques détails sans grande importance, développement plus considérable du tissu fibreux par exemple. Les glandes sudoripares ne nous paraissent pas jouer un rôle plus considérable dans la formation de la tumeur que les autres éléments de la peau. *Ce n'est donc pas une fibro-adénose sudoripare*. Les prétendus *botryomyces* ne sont point des microbes, encore moins des champignons. L'affection n'est donc pas une *mycose*. Le mot de *botryomycose consacre une erreur et évoque avec l'actinomycose un rapprochement regrettable*. Enfin ces bourgeons charnus cutanés, auxquels nous ne refusons pas une physionomie spéciale, paraissent se développer sous l'influence des microbes vulgaires de la peau, notamment le staphylocoque pyogène. Tout porte à croire d'ailleurs que le botryocoque des auteurs n'est qu'une simple variété de staphylocoque, si toutefois on peut même le distinguer de ce microbe.

En résumé, n'ayant pas d'existence spéciale ni au point de vue clinique, ni anatomique, ni bactériologique, la botryomycose, mot qui consacre une erreur et évoque une comparaison inexacte, est un terme qui doit disparaître, et si nous voulions résumer en une phrase toute notre pensée, nous dirions que *la prétendue botryomycose n'est en somme qu'une variété de staphylococcose aboutissant à la formation de bourgeons charnus, véritable néoplasie inflammatoire pédiculée de la peau.*

VII

Pièces justificatives. — OBSERVATION I. — La première observation que nous ayons pu recueillir est celle d'une jeune fille de dix-sept ans qui se présenta au mois de juillet 1900 à la consultation de l'hôpital de la Charité, avec une petite tumeur pédiculée de la lèvre inférieure, située un peu à droite de la ligne médiane. Cette tumeur a le volume d'une petite noisette; elle est recouverte de croûtes et de matière pultacée, qui lui donnent une coloration gris sale, estompant un fond rouge foncé. La consistance en est charnue et demi-molle. La base d'implantation mesure 1 centimètre de diamètre, et l'aspect de la tumeur est celle d'un champignon. Elle ne détermine aucune douleur, mais elle amène l'éversion de la lèvre inférieure, d'où écoulement de la salive au dehors. De plus, elle gêne l'articulation des mots, la préhension des aliments et surtout constitue une saillie des plus disgracieuses.



FIG. 1.

Au moment de l'examen la tumeur ne saignait pas, mais, au dire de la malade, elle est parfois le siège de petits suintements sanguins. Son développement a été très rapide, trois semaines environ. La malade n'a pas souvenance de s'être piquée ou inoculée de quelque façon que ce soit.

En raison de la forme champignonneuse et surtout du développement rapide de la tumeur avec absence de ganglion, on porte le diagnostic probable de botryomycose, et la petite malade désirant être débarrassée le plus tôt possible de ce bouton gênant, l'un de nous procède immédiatement à l'ablation de la tumeur après anesthésie à la cocaïne. Excision cunéiforme de la lèvre par transfixion au bistouri au niveau de la base d'implantation, en ayant soin de se tenir à une petite distance du mal. Une seule artériole à lier, 3 points de suture au catgut. A part un peu de désunion due à l'infection d'un fil, les suites sont très simples et, au bout de quelques jours, la petite malade partait pour la province. Depuis nous n'avons plus eu de ses nouvelles.

Cette petite tumeur fut malheureusement mise dans l'alcool avant d'être transportée au laboratoire, de telle sorte que nous n'avons pu faire d'ensemencement et que nous avons dû nous borner aux coupes histologiques qui ont nettement vérifié le diagnostic de botryomycose.

Après vingt-quatre heures d'alcool, la tumeur était considérablement diminuée de volume et ne présentait plus que la grosseur d'un petit pois; elle fut divisée en deux dont une partie fut incluse à la paraffine, l'autre au collodion. De nombreuses coupes furent faites et colorées à l'hématoxyline éosine, au carmin, à la thionine phéniquée, au Gram. Voici le résultat de cet examen. La tumeur est variable d'aspect au niveau de son pédicule. Dans certaines coupes, celles qui sont centrales, le pédicule est très large, fibreux, avec de nombreux vaisseaux néoformés; dans les coupes latérales on ne trouve presque plus de traces de ce pédicule.

La tumeur elle-même est formée, ainsi que le montre très nettement le dessin ci-joint, de trois zones : la zone centrale est représentée par le prolongement du pédicule, elle est fibro-inflammatoire, c'est-à-dire que, disséminés dans le tissu fibreux, on trouve des amas de cellules embryonnaires tout autour des vaisseaux néoformés. Dans cette zone, aussi bien par le Gram que par d'autres réactions colorantes, nous n'avons pu déceler la présence de micro-organismes.

Tout autour, on trouve une seconde zone de désintégra-

tion cellulaire, qui se trouve très visible sur notre dessin; ici, plus de tissu fibreux, plus de néo-vaisseaux apparents, plus de structure organisée, mais une masse amorphe, uniforme, dans laquelle on trouve des cellules inflammatoires, des détritus de cellules, quelques cellules épidermiques

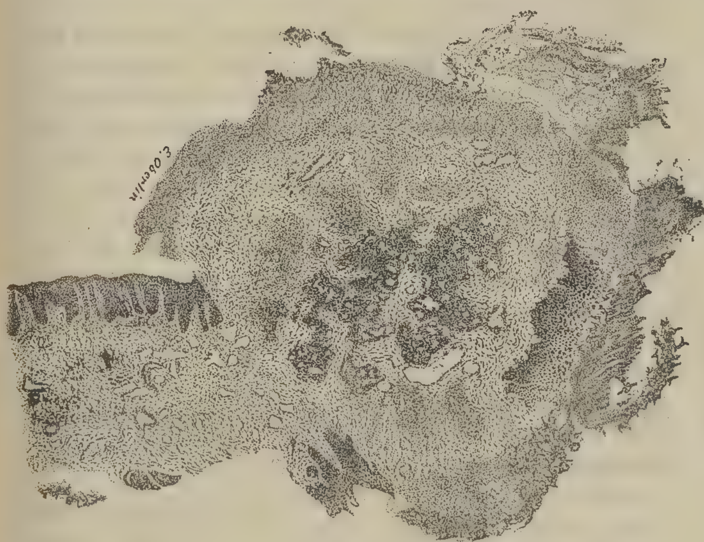


Fig. 2.

nécrosées, à peine reconnaissables; et c'est là aussi que, tout à fait superficiellement, on commence à trouver des amas de microorganismes. Les cellules que l'on rencontre dans cette zone présentent des aspects particuliers, ce sont des phénomènes de pycnose, que l'on met en évidence par les colorations de Gram ou de Curtis. Dans une cellule, on voit des *amas mûriformes* de plusieurs éléments, qui semblent, de prime abord, formés par l'agglomération d'énormes cocci. Ces amas mûriformes sont tout simplement formés par des phénomènes de prolifération nucléaire, que nous avons très nettement constatés dans de grandes cellules épidermiques en voie de nécrose. Les amas mûriformes sont intra-cellulaires. Mais quelquefois, il sont désagrégés, ces granulations nucléaires sont libres ou en chaînettes analogues à une chaînette de levure, lorsqu'elles n'ont plus de moyen de cohésion.

La zone périphérique, ou troisième zone, n'appartient plus en propre à la tumeur, c'est une zone exsudative, fibrinoséreuse et sanguinolente. C'est dans son intérieur, dans la partie tout à fait superficielle de la seconde zone, que nous avons facilement mis en évidence, par les réactions colorantes, les parasites réputés pathogènes.

Au Gram, il ne restait que les cocci agglomérés en amas d'une vingtaine d'éléments et très serrés, situés à la périphérie de la tumeur dans la zone dégénérée et superficielle. La localisation de ces microcoques dans la zone désintégrée, dans la croûte, et leur absence dans l'intérieur de la tumeur nous permettaient d'ores et déjà de penser que ces microorganismes qui s'identifient avec le botryocoque, ne jouaient qu'un rôle d'infection banale. Ils nous permettaient également d'expliquer comment se forment les grains jaunes, car leur agglomération en amas mûriformes et isolés est bien spéciale. Nous avons également constaté les phénomènes de dégénérescences cellulaires et les boules hyalines intra-cellulaires. La coloration par la méthode de Curtis nous a fourni les mêmes résultats.

En colorant par le Ziehl dilué et surtout par la thionine, nous avons pu déceler la présence dans ces zones périphériques, entre ces amas de microcoques, de bacilles extrêmement longs et ténus, filamenteux, enchevêtrés, ayant une assez grande ressemblance avec le bacille de la pourriture d'hôpital, mais plus fins.

Obs. II. — X..., dix-sept ans, commis en nouveautés, présente sur la face dorsale du pouce gauche une tumeur bourgeonnante, qui a succédé à une plaie de la région. Cette tumeur siège à sept ou huit millimètres en arrière du lit de l'ongle et repose, par conséquent, sur la deuxième phalange et sur l'articulation. Elle mesure environ 15 millimètres dans tous les sens. Sa forme est celle d'un champignon aplati, à pédicule très large entouré d'un sillon circulaire.

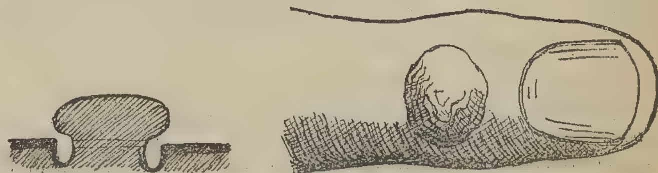


Fig. 3.

Le sommet du champignon dépasse la peau avoisinante de 3 à 4 millimètres; sa surface est blafarde, recouverte d'enduit pultacé, légèrement ondulée; elle saigne peu, au contact elle est peu sensible.

Le pied de champignon, presque aussi large que le chapeau, est entouré d'un sillon profond de 2 millimètres, au niveau duquel la peau apparaît amincie, rosée, mais non ulcérée. Un stylet, promené dans ce sillon pour en limiter les bords, détermine un léger écoulement de sang. Tout autour du sillon, la peau est écailleuse, la région est œdématiée, ce qui augmente la grosseur du nœud articulaire et simule la déformation de l'arthrite, mais les mouvements de l'articulation sont normaux, et il n'y a pas de craquements ni de douleurs à l'interligne, non plus d'ailleurs qu'en aucun point.

Il y a un mois et demi environ que le malade présente cette tumeur et qu'il vient se faire panser sans succès par le garçon de consultation. Cette tumeur aurait débuté à la suite d'une entaille faite à cette époque avec un couteau servant à couper le pain. L'hémorragie aurait été abondante, et, pour l'arrêter, le malade s'est adressé à un pharmacien qui a fait une application de perchlorure de fer. Au bout de huit jours, la plaie n'étant pas guérie, le malade vient à l'hôpital. On fait tomber la croûte qui s'était formée et le malade constate alors un petit bourgeon charnu auquel on n'a pas fait attention et qui a acquis progressivement les dimensions que nous avons constatées. L'ablation fut faite au bistouri sans anesthésie. L'opération fut peu douloureuse. Le bistouri, manié comme un rasoir, enleva tout ce qui faisait saillie au-dessus de la peau. La base du pédicule qui, à son centre, avait une couleur ocreuse, fut recoupée en creusant avec le bistouri, puis elle fut détruite au thermocautère. L'hémorragie déterminée par la section fut assez forte, mais rapidement arrêtée par la cautérisation. Pansement à la gaze iodoformée. Guérison assez lente.

Examen de la tumeur. — Les deux fragments sont mis dans de la gaze humide stérilisée en attendant l'ensemencement. Le plus petit représentant le pédicule de la tumeur est mis dans un tube de bouillon et c'est de ce tube de bouillon que par *isolements* successifs nous avons obtenu les microorganismes décrits plus loin.

Le plus gros fragment, représentant la tumeur, le chapeau du champignon présente, son centre légèrement ramolli, puriforme, d'une teinte blanc jaunâtre sans grains jaunes absolument nets. Nous avons ensemencé différents milieux avec le centre et tel ou tel microbe a plus ou moins poussé sur ces différents milieux, le coli-bacille était presque à l'état de pureté sur le milieu de Curtis, la gélose donnait surtout les staphylocoques et le petit microbacille, le bouillon les donnait tous, de telle sorte qu'on relrouvait par les cultures de cet amas puriforme les mêmes microbes que ceux qui existaient dans le pédicule. L'erreur n'était donc pas possible. La tumeur fut ensuite incluse à la paraffine et voici ce que nous fournit l'examen histologique :

Tout d'abord, absence de tout vestige de revêtement cutané, ce qui s'explique facilement, puisque la tumeur a été enlevée par abrasion.

En second lieu, abondance extraordinaire de néo-vaisseaux, très volumineux et très grands, ce qui explique l'hémorragie assez abondante à la suite de l'abrasion, hémorragie qui n'a cessé que par la thermocautérisation. Ensuite, la tumeur est constituée comme tout botryomycome par deux zones. D'abord la partie centrale, ici, légèrement fibreuse, surtout embryonnaire, ce qui s'explique puisque la tumeur était assez récente, avec sa néo-vascularisation intense. Le développement de cette portion centrale vasculaire et inflammatoire est très étendu, puisque la tumeur était sessile. Puis la seconde zone, tout autour du champignon, amorphe avec une infiltration leucocytaire considérable, presque en voie de suppuration.

Dans cette zone superficielle, on retrouve les phénomènes de pycnose que MM. Poncet et Dor considèrent comme spécifiques de la botryomycose et qui sont bien mis en évidence par les méthodes de Gram et de Curtis.

Cultures. — Ces cultures ont été faites sur bouillon, sur gélose, sur sérum et sur un milieu, indiqué par Besson et Curtis pour la culture des champignons.

Sur gélose, nous avons obtenu : des cultures blanches, étalées de *staphylocoque vulgaire*; d'autres, jaunes, de staphylocoque doré, enfin des cultures en laque gris sale de coli-bacille. Sur le milieu de Curtis, le *coli-bacille* seul a poussé des colonies abondantes en laque grisâtre sale, donnant sur préparations des coli-bacilles, mobiles et décolorés au Gram.

Sur bouillon, nous avons pu retrouver ces deux microorgunismes et les isoler très facilement sur gélose. Mais nous avons de plus constaté dans ces bouillons troublés avec dépôt au fond des bacilles que nous avons isolés.

Ces derniers appartiennent au groupe *proteus vulgaris*, donnent lieu à une culture en surface, sèche, gaufrée, plissée ou formée de bacilles mobiles restant colorés par la méthode de Gram, disposés en bâtonnets parallèles, arrondis à leur extrémité, mais d'uniforme grosseur dans toute leur étendue.

En résumé nous avons, avec la plus grande facilité isolé dans ce cas quatre microorganismes :

α. Du proteus vulgaris;

β. Du coli-bacille;

γ. Du staphylocoque blanc;

δ. Du staphylocoque jaune.

Ces deux derniers restent colorés au Gram, et si ce n'était leur différence de couleur, ils seraient absolument identiques. Le staphylocoque jaune a poussé plus lentement et moins abondamment que le blanc.

Les cultures sur gélatine nous ont révélé la *liquéfaction en tulipe* donnée comme différenciation du botryocoque et du staphylocoque blanc. Cette liquéfaction a commencé au bout de quarante-huit heures.

Les bouillons ont pris au bout de quelques jours une teinte jaune rougeâtre.

Des bouillons primitifs, nous avons pu également isoler un petit bacille qui a poussé sur gélose. Ce bacille est plus épais au centre qu'aux deux extrémités, et ses cultures ressemblent à s'y méprendre à celles du staphylocoque blanc. Morphologiquement, il est exactement semblable au bacille court de la diphtérie et, comme lui, prend le Gram.

L'aspect des cultures sur gélose est cependant un peu différent de celui du staphylocoque. Les cultures ont moins de tendance à s'étaler et la partie centrale est infiniment plus élevée, la colonie forme un aspect de pain de sucre à base très large d'un blanc porcelainé, avec reflets humides vernissés.

Il pousse facilement en vingt-quatre à quarante-huit heures; au bout de deux ou trois jours, les cultures pures ont atteint la dimension d'une lentille.

Sur différents milieux, il donne les caractères suivants :

Sur gélatine, il liquéfie en surface en donnant un léger voile et troublant le liquide. Sur sérum, il donne de petites colonies grisâtres et surélevées.

En bouillon, il dépose au fond un amas sableux, et le bouillon reste limpide.

Que devons-nous conclure de ce polymicrobisme? Y a-t-il là un microorganisme spécifique? Nous ne le croyons pas, car il suffit d'un examen attentif pour reconnaître que nous avons rencontré dans nos cultures les parasites vulgaires et habituels de la peau, et qui se développent plus ou moins au cours de certaines affections cutanées.

C'est ainsi que le morocoque de Unna, décrit par cet auteur dans l'examen séborrhéique du cuir chevelu, se met en agglomération mûriforme dans lesquels les microbes sont tassés. Dissociés, ils se présentent sous forme de grains, gros ou petits, accolés, en chaînettes, en tétrades, dont l'apparence et la grosseur est celle d'un staphylocoque vulgaire, et comme lui ils prennent le Gram. Ce qui le caractériserait cependant, ce seraient de gros grains ovales, fortement colorés, en amas mûriforme, se dissociant difficilement et inclus par pycnose dans une cellule mortifiée. Ils présentent des traces de division et peuvent se grouper en chaîne. D'autres fois, ce sont des tétrades maintenues dans leurs rapports réciproques par une écorce incolorable. Le morocoque s'associe parfois au bacille bouteille, à des cocci en zooglées, à de fins mycéliums de moisissure; plus rarement au microbacille séborrhéique. Ces derniers microbes se retrouvent au moment de la formation de croûtes.

Le morocoque cultive en séries blanc grisâtre. Il ne prend pas dans les cultures l'aspect mûriforme qu'il a dans les coupes; il liquéfie la gélatine. En tous cas, les gros éléments mûriformes ne poussent pas.

Sabouraud pense qu'il est simplement du staphylocoque banal, et il a une très grande tendance à l'assimiler au staphylococcus cutis communis, ou coccus butyricus, ou staphylococcus epidermidis qu'on retrouve très fréquemment dans nombre d'affections cutanées, et dont la culture blanc gris porcelainé est très caractéristique.

On conviendra avec nous que les trois microorganismes, botryocoque, staphylocoque blanc et morocoque, ne sont pas d'une différenciation facile et qu'ils sont vraisemblable-

ment une seule et même espèce. Peut-on même trouver une différenciation par le mode de liquéfaction de la gélatine? Certes non, si l'on en croit les recherches de Jadassohn (Origine parasitaire des eczémas, Cong. de dermat., 1900), qui a constaté que certains de ces staphylocoques liquéfient plus ou moins rapidement, et d'autres, pas du tout.

La lecture du rapport de MM. Brocq et Veillon sur l'origine parasitaire des eczémas et les opinions qu'ils expriment ne feront que fortifier notre manière de voir.

Ces microbes sont des microbes d'infection banale de la peau se greffant sur des altérations tégumentaires. Les caractères de ces cocci peuvent varier, être un peu spéciaux, dit Galloway (Cong. de dermat., 1900), mais ils ne sont pas suffisamment différenciés pour les séparer du staphylocoque pyogène albus. Le morocoque d'Unna rentre dans cette catégorie. Nous croyons qu'il faut également y faire rentrer le botryocoque.

En nous basant sur la banalité des infections cutanées par les staphylocoques blancs, nous croyons donc pouvoir émettre un doute sur la spécificité du botryocoque.

Au sujet des autres microbes que nous avons trouvés dans notre tumeur, nous passerons sous silence le protéus et le colibacille dont la banalité est telle qu'il n'y a pas lieu de nous arrêter.

Peut-être, il est plus important de dire un mot du petit bacille que nous avons observé, car nous croyons pouvoir l'identifier avec le sébumbacille de Sabouraud, parasite commun de la peau.

Les caractères de ce microorganisme sont les suivants : nous avons pu assez facilement l'obtenir en cultures pures sur gélose où en quarante-huit heures environ, il a poussé des cultures côniques acuminées, d'abord blanches porcelainées à reflets, puis prenant bientôt une teinte rosée. Nous avons obtenu ces cultures pures ou mélangées à du staphylocoque albus. Ce sébumbacille est immobile, se colore très bien par la méthode de Gram. Il est petit, renflé au centre, en barillet, ressemble au bacille court de la diphtérie; il s'allonge en vieillissant... Tous ces caractères sont ceux que Sabouraud a attribués à son bacille. Ce bacille peut, dans certains cas, déterminer des suppurations. Nous venons d'en avoir récemment la preuve. L'un de nous étant atteint d'une petite pustule d'acné folliculaire, située au niveau du sillon naso-génien, nous avons fait des ensemencements du pus, pensant y trouver le staphylococcus cutis communis. Grande fut notre surprise d'obtenir, à l'état de pureté, sur nos géloses, du sébumbacille avec les caractères ci-dessus indiqués et identique en tous points avec celui que nous avions isolé de notre cas de botryomycose. Comme Sabouraud, nous avons remarqué que les repiquages étaient difficiles. Ces observations et la constatation de cette pluralité microbienne montrent que vraisemblablement il convient d'atténuer le rôle du botryocoque, et que le botryomycome ne relève vraisemblablement que d'une infection banale.

Bibliographie. — 1870. Bollinger. *Virchow Archiv*, p. 583. — 1884. Rieck. *Arch. f. Thierheilk.*, p. 213. — 1886. Johne. *Bericht und Veterinarrvesem im R. Sachsen*, p. 48; — Rabe. *Deuts. Zeits. Thier. med.*, p. 137. — 1888. Kitt. *Centralbl. f. Bact.*, nos 6 et 7. — 1892. Jensen. *Deuts. Zeits. f. Med.*, p. 433. — 1893. Thomassen. *Bull. des sc. vétérin.*, p. 323 et 513. — 1894. Mari. *Arch. vétér. de Saint-Pétersbourg*, p. 251 et 263. — 1896. De Jong. Th. de Leyde. — 1897. Neumann. *Dict. de méd. vétérin.* de Samson et Trasbor; — Poncet et Dor. Cong. de chir., 18 oct.; — Ten Siethoff. *Jahresb. f. Chir.*, p. 318; — Faber et Ten Siethoff. *Nederlanscke Oogheelk Bijdr*, juillet; — Chambon. Th. de Lyon. — 1898. Poncet et Bérard. *Traité de l'actinomycose*, Paris; — Nocard et Leclainché. *Les maladies microbiennes des animaux*, Paris; — Dor. Soc. méd. de Lyon, 18 oct. et 28 mars; — Legrain. *Arch. de parasitol.*, janvier; — Laurençon. *Lyon méd.*, p. 369; — Rafin. Soc. des sc. de Lyon, juin; — Poncet et Dor. *Lyon méd.*, janvier. — 1899. Sabrazès et Laubie. *Arch. gén. de méd.*; *Non spécificité de la botryomycose*, p. 513; — Delore. *Gaz. hebd.*, 5 sept.; Soc. des sc. de Lyon, 26 juin; — Jaboulay. *Province méd.* — 1900. J. Reverdin et Julliard. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 nov.; — Spick. *Spécificité de la botryomycose*, Th. de Lyon; — Spourgitis. *Arch. prov. de méd.*, 1er août, et Th. de Paris; — Lenormand. Un cas de botryomycose, *Gaz. hebd.*, 21 fév.; — Poncet et Dor. *Arch. gén. de méd.* — 1901. Brault. *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 729. — 1902. Carrière, Potel. *Presse méd.*, 17 mai.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(7 octobre 1902)

A propos du rapport de M. Picqué, M. Legueu revient sur la question des **grossesses extra-utérines** et de leur rupture avec inondation péritonéale. M. Legueu a eu l'occasion d'observer deux cas de ce genre, et il tient à faire remarquer combien souvent ces cas sont l'objet d'erreurs de diagnostic. Ainsi chez l'une de ces deux malades, il croyait avoir affaire à une appendicite et, le ventre ouvert, il s'aperçut de son erreur, ce qui dans l'espèce avait peu d'importance, puisque l'intervention ou du moins le premier temps de l'intervention est le même dans les deux cas. C'est avec raison que M. Legueu insiste sur la nécessité de bien préciser les faits et de tâcher de réunir un certain nombre de signes qui permettent d'établir le diagnostic de rupture de grossesse tubaire. C'est à bien fixer ce diagnostic différentiel que s'applique surtout M. Legueu.

M. Denucé (de Bordeaux) communique un cas de **hernie obturatrice**.

M. Guinard fait un rapport sur un cas de **prostatectomie périnéale** présenté par M. Proust. Ce cas doit être ajouté à ceux qui ont été déjà produits en faveur de cette opération qui, lorsqu'elle n'est appliquée qu'à des prostatites volumineuses, constitue une bonne opération. Dans ce cas, M. Proust a délibérément ouvert le canal de l'urètre et M. Guinard l'en loue, persuadé que la meilleure manière de respecter ce canal, dans cette opération, c'est de l'ouvrir.

M. Routier fait quelques réserves sur les résultats définitifs de la prostatectomie. Il faudrait bien savoir exactement comment se trouvent les malades un certain temps après l'opération.

M. Bazy fait également observer avec raison qu'il ne suffit pas qu'une prostate soit volumineuse pour l'enlever. Il y a, en effet, beaucoup de gens qui ont une grosse prostate, qui savent très bien se sonder quand ils ont des rétentions d'urine et qui, par conséquent, peuvent garder leur prostate.

Nous arrivons aux présentations :

M. Walther présente un malade qui est atteint d'une **absence partielle congénitale de la diaphyse du péroné**. Ce malade marche assez bien.

Une petite discussion s'engage à propos de ce malade : M. Poirier émet cette opinion que le péroné est un os parfaitement inutile. Indépendamment des cas d'absence congénitale, il cite un fait dans lequel il a remplacé un tibia atteint d'ostéomyélite par le péroné. Le malade marchait très bien avec ce seul os.

M. Broca n'est pas émerveillé de la façon dont marche cet

homme; aussi ne semble-t-il pas partager entièrement l'avis de M. Poirier.

Suit une seconde présentation de M. Walther quelque peu sensationnelle : c'est une jeune personne de vingt-quatre ans dont il s'agit de déterminer le sexe. Le sujet a déjà été présenté à la Société médicale des hôpitaux par M. Petit. Il serait intéressant de savoir quelle a été l'opinion des membres de cette Société. Cet individu présente plutôt, à nos yeux, l'aspect général d'une femme; mais c'est un hypospade, avec une verge capable d'érection et d'éjaculation; derrière cette verge, un infundibulum périnéal, sans testicules; tous les mois, par cet infundibulum, il se fait un léger écoulement de sang. Ses appétits génésiques le portent plutôt vers la femme.

M. Walther consulte ses collègues sur ce cas et sur les indications d'une intervention.

Comme intervention, M. Hartmann nous paraît avoir été un peu radical dans un cas analogue où il s'agissait d'une fillette de dix ans, qui avait un clitoris ressemblant beaucoup à la verge du sujet présenté par M. Walther, clitoris que M. Hartmann n'hésita pas à amputer parce que l'enfant se livrait avec rage à la masturbation. Dix ans après, M. Hartmann revit cette fillette qui avait plutôt pris les allures d'un garçon.

M. Lucas-Championnière, revenant sur le sujet présenté par M. Walther, conclut au sexe masculin. D'ailleurs, tous ces sujets sont, en général, des hommes. Il en rappelle plusieurs exemples, celui, entre autres, d'une femme à barbe qu'il a vue dans le service de son maître Broca, et qui, malgré ses seins très développés, était parfaitement un homme. Quant aux aptitudes génésiques, elles varient beaucoup chez ces sujets, ajoute M. Lucas-Championnière, et cela ne signifie pas grand'chose. Au point de vue de l'intervention, M. Lucas-Championnière opérerait les deux hernies de ce sujet.

M. Félizet, en regardant attentivement la verge de ce sujet, ne croit pas que ce soit un clitoris hypertrophié, comme dans le cas de M. Hartmann. Aussi donne-t-il à M. Walther le conseil de ne pas le couper. C'est, dit-il, une verge incontestable, capable d'érection et d'éjaculation; c'est donc un garçon. D'ailleurs, M. Walther le verra bien en opérant les deux hernies et en introduisant avec précaution son doigt dans le canal inguinal.

M. Bazy a eu, dans son service, un sujet analogue, glabre, avec des seins, des organes sexuels douteux. Cependant, il y avait bien une verge et deux testicules. Ce sujet, qui disait ne pas avoir d'appétits sexuels, était femme de chambre, chez une demi-mondaine.

De ces diverses observations, il semble donc résulter que le sujet présenté par M. Walther est bien un garçon. Très bien! répond à cela M. Walther, mais les règles qui apparaissent chaque mois chez lui? Evidemment cela est quelque peu troublant. Aussi espérons-nous que M. Walther ne tardera pas à opérer ce sujet et à nous dire s'il a trouvé un utérus au fond de l'infundibulum ou des testicules dans le ventre.

MM. Routier et Schwartz présentent deux cas de **récidive de kystes hydatiques** qui viennent à l'appui de la thèse soutenue récemment dans un rapport de M. Picqué.

M. Quénu présente un enfant de quatorze ans auquel il a pratiqué une **résection complète de l'omoplate pour un sarcome**. M. Quénu s'est bien gardé de réséquer l'extrémité externe de la clavicule. Cet enfant jouit à peu près de tous les mouvements de son bras. Au point de vue fonctionnel c'est un résultat remarquable.

M. Legueu présente un **appendice perforé** provenant d'un enfant dont voici l'histoire : Cet enfant, atteint d'une crise d'appendicite, est amené dans un hôpital d'enfants où la règle est de n'opérer qu'à froid. On le traite médicalement, il va mieux et l'appendicite semble réellement se refroidir quand, vers le cinquième jour, l'enfant devient de nouveau très malade. L'interne appelle le chirurgien de garde, M. Legueu, qui trouve un enfant moribond. Il n'ose l'opérer. L'enfant meurt, à l'autopsie on trouve un vaste abcès, une péritonite généralisée et un appendice perforés. Si cet enfant avait été opéré au début de sa crise d'appendicite, il eût été probablement sauvé... peut-être!

M. Hartmann montre un **rein atrophié**, mais tellement atrophié qu'il n'est pas plus gros qu'un appendice légèrement enflammé. Le diagnostic porté chez cette femme avait été : tuberculose du rein droit. Ce rein paraissait gros, on opère la séparation des urines avec le séparateur Luys : le rein droit donne une urine abondante et normale, le rein gauche au contraire presque rien; il ne fonctionne pas, on fait la néphrectomie à gauche au lieu de la faire à droite, et on retire ce rein extraordinairement atrophié.

La séparation des urines sert donc à quelque chose, conclut M. Hartmann. Sans doute, déclare M. Bazy, mais elle n'est pas indispensable dans tous les cas et on ne doit y recourir que dans des cas exceptionnels et après avoir employé toutes les autres épreuves moins dangereuses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de médecine.* — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1902-1903) aura lieu le lundi 9 mars 1903, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Concours de chirurgie et d'accouchement. — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1902-1903), aura lieu le jeudi 12 mars 1903, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront prendre part à ces concours seront admis à se faire inscrire, au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 2 au 15 janvier 1903 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général au plus tard le 15 janvier 1903, à trois heures, dernier délai.

Marine. — Par décret, en date du 6 octobre 1902, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Marestang et Girard.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Parin, Letrosne et Fournes.

— M. le médecin de première classe Girard, en service à Toulon, remplacera M. le docteur Chevalier dans les fonctions de sous-directeur de l'école principale du service de santé de la marine, à Bordeaux.

M. le médecin de deuxième classe Bouteiller est désigné pour embarquer sur le *Borda*.

M. le médecin de deuxième classe Oudard, du port de Cherbourg, est désigné pour aller servir à l'école de pyrotechnie à Toulon.

M. le médecin de deuxième classe Bellamy est désigné pour embarquer sur la *Melpomène* (école des gabiers), en remplacement de M. le docteur Parin, promu au grade supérieur.

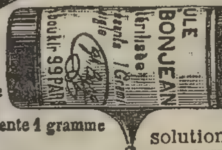
Conférence privée d'internat. — MM. Paul Bouchet, aide d'anatomie à la Faculté, et Alfred Wagon commenceront, le samedi 15 novembre 1902, une conférence privée d'internat. — S'adresser tous les matins à l'hôpital Cochin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

CONGRÈS MÉDICAL DU CAIRE (du 10 au 14 déc. 1902). — Pour renseignements concernant le voyage du Nil jusqu'à Louqsor et les Cataractes avec conditions spéciales pour les délégués ainsi que les routes et prix jusqu'au Caire, s'adresr *à l'agence Th. Cook et fils, 1, pl. de l'Opéra, Paris.*

VENTE *après départ* du docteur M***.
MEUBLES ancs, Porcelaines et faïences ancs, Bronzes, *livres de médece* et autres. Hôtel Drouot, salle 7, le 14 oct., 2 h. Exposit. le 13, de 2 à 5 h. Me Boudin, com.-pris., 102, r. Richelieu.



N° 116 — MARDI 14 OCTOBRE 1902. 75e ANNÉE. MARDI 14 OCTOBRE 1902. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

OBSERVATION DE STUPEUR LYPÉMANIAQUE ANCIENNE

GUÉRIE RAPIDEMENT PAR LA PONCTION RACHIDIENNE (1)

Par le médecin principal de première classe Moty,

Professeur agrégé libre du Val-de-Grâce, médecin-chef de l'hôpital militaire Saint-Martin.

L'observation suivante tend à démontrer la valeur thérapeutique des ponctions rachidiennes dans certains cas de troubles purement fonctionnels du cerveau.

X..., actuellement âgé de dix-neuf ans, engagé volontaire dans l'infanterie, est atteint de scarlatine en automne 1901 après une période de surmenage; et pendant sa convalescence il tombe peu à peu dans un état de stupeur lypémaniaque permanente pour lequel il et traité pendant quelques jours à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce est interné à deux reprises dans des maisons spéciales sans amélioration sensible.

Il entre le 4 mai 1902 à l'hôpital Saint-Martin dans le service de M. le médecin-major de première classe Marty, dans ce même état de stupeur avec mutisme à peu près complet et mouvements automatiques continus des lèvres; obéissant lentement et irrégulièrement aux injonctions fortement articulées; et ne présentant pas de modification des réflexes ni de la pupille; il mange seul ou avec l'aide d'un infirmier suivant les jours.

L'affirmation qu'il n'est pas malade et qu'il peut parler comme un autre ponctuellement répétée tous les matins et renforcée d'une douche tiède quotidienne ne donne qu'un résultat insignifiant, de sorte que, le 16 juin, je fais en décubitus latéral une première ponction rachidienne fournissant à faible pression 5 grammes environ de liquide d'apparence normale sans éléments globulaires.

Etat nauséeux dans la soirée. Le lendemain, amélioration très nette de la parole.

Le 21 juin, deuxième ponction donnant 4 grammes à très faible pression et suivie encore le lendemain d'une amélioration plus accusée. Cette fois le malade répond nettement aux questions et commence à manifester une volonté raisonnée; j'en profite pour examiner son champ visuel qui est normal.

Le 26, je tente une nouvelle ponction, mais X..., qui est dans une période d'excitation et qui a retrouvé sa sensibilité, fausse mon aiguille et je renonce à renouveler ma tentative.

L'amélioration n'en continue pas moins si régulièrement que le malade, que je me proposais d'évacuer à nouveau sur un asile spécial, peut être renvoyé le 28 juin dans sa famille en pleine possession de lui-même et faire en chemin de fer un voyage d'une heure et demie qui ramène un instant seulement l'état nauséeux consécutif aux ponctions; et lorsqu'il vient me trouver le 7 juillet pour l'extraction d'un petit silex arrondi qu'il s'est inconsciamment introduit dans l'oreille quelques mois auparavant, il est impossible de trouver aucune anomalie dans les fonctions de ses centres nerveux.

Il est à noter qu'il se rappelle alors la plupart des incidents qui ont marqué sa période de stupeur.

Je conclus seulement de ce fait que la soustraction d'une petite quantité de liquide céphalo-rachidien est susceptible d'exercer une influence appréciable sur l'axe cérébro-spinal; il serait difficile, en effet, d'attribuer à une pure coïncidence les améliorations persistantes des fonctions cérébrales qui ont suivi mes deux ponctions.

Quant à l'action de l'auto-suggestion, elle paraît peu importante puisque la stupeur avait résisté aux injonctions persévérantes auxquelles était soumis le malade depuis un mois. Il semble donc bien que le changement de pression et l'accélération consécutive de la sécrétion méningée aient été les seuls facteurs des modifications mentales observées.

Cette influence s'est d'ailleurs manifestée à la suite d'une ponction rachidienne que j'avais pratiquée deux mois auparavant dans un but diagnostique sur un autre malade en état de coma grippal depuis vingt-quatre heures; quinze secondes environ après cette ponction, le malade répondait aux questions.

C'est aux médecins spécialistes qu'il appartiendra de fixer la valeur réelle des ponctions rachidiennes dans les troubles mentaux purement fonctionnels et c'est surtout pour attirer l'attention sur cette médication inoffensive, comme le démontre la communication de M. Mercier au Congrès des aliénistes de 1902, que j'ai cru devoir publier l'observation ci-dessus qui a été pour mes collègues et moi une véritable surprise.

(1) Communication à l'Académie de médecine (7 octobre 1902).

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(10 octobre 1902)

M. Achard présente une jeune fille de dix-huit ans, dont les doigts et les orteils ont une apparence longue et grêle, qui les fait comparer à des pattes d'araignée. On remarque, en outre, un contraste entre la petitesse de la face, notamment du maxillaire inférieur, et le développement du crâne. Il n'y a pas de stigmates de rachitisme ni de syphilis héréditaire.

Cet aspect des extrémités, pour lequel M. Achard propose le nom d'**arachnodactylie**, doit être rapproché de celui qui a été décrit par MM. Marfan et Méry sous les noms de dolichosténomélie et d'hyperchondroplasie. Mais ici on ne peut pas dire qu'il y ait hyperchondroplasie, car l'évolution de la croissance paraît avoir été très régulière, et les épiphyses des phalanges, comme on peut le voir sur les radiographies, sont soudées. On ne peut non plus dire qu'il y ait dolichosténomélie, c'est-à-dire allongement avec gracilité, car l'allongement des os n'est qu'apparent : seules, les phalangettes sont plus longues que chez les sujets bien conformés. Quant à la gracilité des os, elle est évidente, mais ne porte guère que sur le corps des phalanges, les épiphyses étant un peu noueuses.

MM. Louis Rénon et E. Géraudel rapportent une observation d'**emphysème sous-cutané au cours d'une tuberculose pulmonaire terminé par la guerison**.

Un homme de quarante-cinq ans, atteint de tuberculose à forme fibreuse, est pris, à la suite d'une légère quinte de toux, d'une douleur vive dans la région sus-claviculaire gauche, avec irradiations thoraciques et brachiales : peu après, il présente un emphysème sous-cutané de la région cervicale et de la région faciale inférieure, déformées comme dans les oreillons. A la percussion, on constate une sonorité exagérée du thorax avec conservation presque complète de la matité cardiaque. La dyspnée, très vive, se calma sous l'influence du chlorhydrate d'héroïne donné en injections sous-cutanées.

L'emphysème fit peu de progrès et, dix jours après l'accident, la déformation disparaissait complètement.

Depuis sept mois, aucun incident nouveau n'est survenu ; la tuberculose continue ses progrès, mais lentement.

Ce cas leur a paru intéressant à rapporter, d'abord en raison de la rareté relative de l'emphysème sous-cutané au cours de la tuberculose pulmonaire, puis surtout parce qu'il s'agit là, la plupart du temps, d'une complication de pronostic fatal et à brève échéance, quand la pénétration de l'air s'est primitivement faite dans les médiastins.

Il nous a semblé que les injections de chlorhydrate d'héroïne avaient eu une heureuse influence sur l'issue de l'affection.

M. Ferrier (du Val-de-Grâce) communique deux observations : l'une d'**appendicite pneumococcique** chez un sujet ayant succombé à une pneumonie ; l'autre d'**épilepsie jacksonienne associée à l'hystérie**, chez un sujet porteur au niveau de la région frontale droite d'un enfoncement considérable consécutif à une application défectueuse du forceps.

M. le président Du Castel, au début de la séance, a déploré en termes fort émus la perte subite de M. Mourier, directeur de l'Assistance publique.

VIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE
[Grenoble, septembre-octobre 1902 (1)]

Le rapport très documenté de M. Bouloumié sur les **mesures légales à prendre pour sauvegarder l'exploitation des eaux thermales et minérales**, a donné lieu à une très longue discussion, à laquelle ont pris part MM. les docteurs Dédet, Cousin, Fircket, Gandy, Guérin de Sossiando, Peyrot, Heulz, Cormack, Cuny, Alimanestianu et Guétonny. A la suite de cette discussion, les vœux suivants ont été émis par le Congrès :

1° Les eaux minérales doivent être considérées en tous pays, comme elles le sont déjà de certains, comme une source de richesses nationales, tant par l'amélioration qu'elles procurent à la santé publique, que par l'augmentation des ressources qu'elles peuvent procurer à leur pays d'origine.

2° La refonte et la codification des lois, décrets et règlements applicables à l'exploitation des eaux minérales sont unanimement reconnues nécessaires, étant entendu que dans les lois nouvelles seront introduites des modifications aujourd'hui indispensables. En ce qui concerne ces modifications, il y aurait lieu de s'inspirer des avantages faits par la loi aux eaux et stations thermales en Hongrie et en Portugal, où les seuls frais qu'elles aient à supporter sont ceux qu'elles imposent à l'Etat pour leur surveillance et protection. En ce qui concerne les mesures de protection à accorder aux établissements vient en premier lieu l'octroi, ou l'extension du périmètre de protection, qu'il y aurait lieu de réclamer plus étendu qu'il ne l'est généralement aujourd'hui, et surtout plus en rapport avec les conditions géologiques et la direction probable des cours souterrains des eaux dès la source à protéger.

3° La police sanitaire des villes d'eaux et stations sanitaires doit être organisée de manière à placer et à maintenir ces établissements et ces localités au premier rang par leurs conditions hygiéniques. Cette police sanitaire pourraît être organisée sans grands frais, ni pour les établissements, ni pour l'Etat. Son premier organe pourrait être une délégation de la commission, le maire ou le premier magistrat de la commune ou du district, le directeur de l'établissement, qui prendrait le nom de commission sanitaire. Le deuxième serait composé de l'ingénieur des mines et du représentant de l'hygiène publique du département ou district et, en cas de conflit, un deuxième organe pourrait intervenir : ce serait un délégué de la direction centrale ou du conseil supérieur de l'hygiène publique.

Les frais de déplacement et vacation en cas de conflit seraient à charge de la partie qui aurait été mal fondée dans sa demande.

Il y a lieu d'inciter, par tous les moyens mettant en jeu le puissant mobile qu'est l'intérêt de tous les propriétaires d'établissements thermaux, hôtels, maisons meublées, etc. à l'usage des malades, à mettre leurs immeubles et la localité en général dans les meilleures conditions hygiéniques possibles. Il est nécessaire qu'il y ait dans toute station sanitaire un pavillon d'isolement et un dépôt mortuaire.

4° Une protection efficace de la dénomination quelle qu'elle soit, qui a fait connaître et apprécier une eau minérale, est réclamée au nom de la santé publique et des légitimes intérêts des propriétaires ou concessionnaires de ces sources. Les abus de concurrence doivent être sévèrement poursuivis et réprimés, comme ils le sont dans certains pays. Il est désirable que les gouvernements, au lieu de grever de charges nouvelles l'exploitation des eaux minérales, se conformant à ce qui se pratique déjà en Hongrie et en Por-

(1) Suite. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 114, p. 1123.

tugal notamment, les exonère autant que possible d'impôts.

5° En échange des avantages qui seraient accordés par l'Etat aux eaux minérales et stations, il pourrait être réservé par celuici, qu'un nombre à déterminer de malades (employés subalternes de l'Etat, militaires jusqu'à un certain grade) seraient admis à prix réduits à l'usage des eaux et bains, que les indigents y seraient en certain nombre admis gratuitement et qu'une certaine quantité d'eau serait mise à la disposition des établissements hospitaliers lui appartenant ou tous autres qu'il désignerait.

6° Les vœux ci-dessus, précédés des considérations montrant leur bien fondé, seront transmis au nom du VIe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie, par MM. les délégués des gouvernements ou MM. les représentants médicaux des divers pays, présents ou adhérents au Congrès, à leurs gouvernements respectifs.

Les conditions météorologiques nécessaires à l'établissement des sanatoriums.

Résumé du rapport de MM. Berlioz, professeur à l'École de médecine de Grenoble, et Leriche, directeur-fondateur du sanatorium de Meung-sur-Loire.

Les rapporteurs se sont placés sur le terrain pratique qui « consiste à assimiler les faits bien connus sur lesquels la clinique est d'accord avec l'observation des faits et les conclusions de tous les praticiens au courant des choses de l'hygiène ».

Les conditions météorologiques sont d'ordre atmosphérique et d'ordre géologique : ces deux facteurs se complétant et se modifiant réciproquement.

De l'examen de l'influence de ces conditions météorologiques sur l'organisme des tuberculeux il résulte qu'on devra choisir pour l'établissement des sanatoriums :

Une région dont le terrain sera perméable et suffisamment en pente et à l'abri des vents violents et des brouillards.

En fin de compte, il n'existe que quelques rares contre-indications météorologiques et géologiques : nature marécageuse du terrain, région humide et sujette aux brouillards; région exposée aux vents violents.

L'aménagement de sanatorium des cures d'air, des promenades; la direction continue du médecin, ayant pour but de corriger et de rendre inoffensives les autres influences fâcheuses venant des autres conditions météorologiques nocives.

Le sanatorium a pour but, en effet, de remédier à ces influences fâcheuses, en réglant pour chaque malade en particulier les heures de sortie, le lieu et la durée des promenades.

Le referendum soumis par le rapporteur à des médecins dirigeant des sanatoriums et soignant des tuberculeux à des latitudes et des altitudes variées, corrobore cette maxime du docteur Sabourin : Tant vaut le médecin, tant vaut le sanatorium.

M. Morin (de Leyzin) dit que les contre-indications du climat d'altitude concernent surtout les tuberculeux avancés, et que les hémoptysies ne sont pas favorisées par l'altitude.

M. Cazaux ne partage pas l'avis de M. Morin, en ce qui concerne la rareté des hémoptysies, et observe que la sécheresse de l'air dans les altitudes est favorable aux catarrheux.

M. Guiter (de Cannes) dit que les climats maritimes présentent des conditions aussi favorables que l'altitude. Il ajoute que l'on a tort de diviser les tuberculeux en curables et incurables.

M. Robin estime que la division des tuberculeux en curables et incurables est bien spécieuse et que cette division ne saurait servir d'indication pour la cure de sanatoriums en altitude ou en plaine. Cette indication doit être cherchée dans l'examen des variations des échanges respiratoires.

M. Exchaquet (de Leyzin) pense que le régime du sanatorium prime la question du climat, et qu'en altitude, il faut prendre des précautions pendant la période d'acclimatement.

M. le docteur Leredde estime qu'il y a intérêt à déterminer dès le début si la malade peut faire une cure d'altitude et que, pour cette raison, les travaux de M. Robin ont une très grande importance.

M. Suchard dit qu'à la montagne, on supporte bien mieux le froid, grâce à la sécheresse de l'air, ce qui permet de vivre au grand air pendant une grande partie de la journée.

M. Francken (de Menton) propose d'envoyer les tuberculeux un premier hiver sur le littoral de la Méditerranée et un deuxième hiver dans une station d'altitude,

M. Onimus (de Bussang) dit que la tolérance au froid est due à l'absence de vent.

M. Cazaux et M. Sersiron (de la Bourboule) lisent leur rapport sur les **sanatoriums ouverts et fermés pour les indigents.**

Après avoir passé en revue les différents systèmes préconisés et en avoir montré les avantages et les inconvénients, M. Sersiron conclut :

« En résumé, quand il s'agit des tuberculeux pauvres ou nécessiteux (étant donné l'état embryonnaire des réformes hospitalières exigées par le traitement et la prophylaxie de la tuberculose considérée comme maladie du peuple), les sanatoriums ouverts, les sanatoriums improvisés sont moins mauvais que ce qui existe actuellement. Ils ont l'avantage de pouvoir donner une assistance partielle bien qu'imparfaite à un grand nombre de maladies. Toutefois, le sanatorium fermé de 100 lits paraît préférable comme installation et comme prix de revient, à tous les autres modes d'hospitalisation.

C'est à la fondation d'un sanatorium fermé départemental ou interdépartemental que doivent tendre, à notre avis, les vœux et les subventions des conseils généraux et des collectivités d'État, comme aussi les efforts de l'initiative privée des grandes villes.

Unissons donc toutes les bonnes volontés, la tâche est assez lourde pour que chacun en prenne la part qui lui incombe et mette tout son cœur à la remplir. »

M. Exchaquet dit que le sanatorium est une maison d'éducation qui enseigne au malade à se soigner, à contracter des habitudes qui lui permettront de pratiquer ensuite la cure libre.

M. Renaut (de Lyon) reproche aux sanatoriums de se refuser à faire d'autres traitements que la cure d'hygiène et les traitements symptomatiques, de faire cette cure d'hygiène uniforme pour les malades et d'insister sur la suralimentation souvent grosse de dangers.

M. Robin appuie les observations de M. Renaut et donne une statistique personnelle des tuberculeux; sur 35 phtisiques ouvriers traités dans divers sanatoriums et renvoyés comme très améliorés et ayant repris leur travail, 11 avaient dû cesser leur travail au bout de huit mois, 9, au bout de douze mois, 7, au bout de quatorze mois, 1, au bout de seize mois. Donc 5 malades seulement sur 35 ont pu, après la cure de sanatorium, continuer leur travail plus de seize mois.

M. Leriche dit que le sanatorium enseigne surtout aux malades à se soigner et à ne pas contaminer les autres.

M. Guiter dit que le sanatorium est certainement très utile, mais que le programme de la lutte contre la tuberculose comporte la diminution de l'alcoolisme et la surveillance des logements insalubres.

M. Robin estime qu'il faut trouver pour le tuberculeux sortant du sanatorium et soi-disant guéri des conditions de

vie matérielle qui lui permettent de conserver le bénéfice de sa cure. En outre, la question du terrain où germe le bacille est des plus importantes à étudier et nous avons aujourd'hui des moyens de déterminer sa nature par l'examen des échanges respiratoires.

M. Cousin (de Saint-Galmier) étudie les **indications de la cure de Montrond**.

M. Léon Blanc fait une communication sur les **goutteux à Aix-les-Bains**.

Il expose d'abord l'action physiologique de la douche-massage, telle qu'elle est pratiquée à Aix.

L'emploi judicieux de cette douche jointe aux boissons chaudes d'Aix, et froides de Saint-Simon et Massonnat, imprime à tout l'organisme une modification profonde de la nutrition, qui explique sa puissante action sur les rhumatisants et les goutteux, en régularisant les actes vitaux, facilitant l'élimination des déchets organiques, et en particulier de l'acide urique, agent principal de la formation de la goutte.

Puis abordant le régime et le traitement extra-thermal imposé aux goutteux, il apporte une théorie absolument nouvelle du traitement de la goutte.

S'appuyant sur les résultats obtenus à Aix, et sur les expériences faites par Mialhe-Contaret, puis celles plus récentes de Wassiliew, de Minckowitch, d'Albert Robin, de Hayem, Desplats, Critzman et de Joulie, qui prouvent que les acides et principalement les acides contenus dans les fruits ont la singulière propriété de diminuer la production de l'acide urique, et d'augmenter l'alcalinité urinaire, tandis que les sels alcalins précipitent les dépôts uratiques et phosphatiques, il élimine presque complètement les alcalins du régime des goutteux, et il leur substitue le régime acide, soit sous forme de préparations pharmaceutiques, soit sous forme de boissons, ou fruits acides.

Parmi ces derniers, le citron, les fraises, les pommes entrent en première ligne.

Il termine par les conclusions suivantes :

1° Le traitement d'Aix-les-Bains, combiné à l'usage interne des eaux d'Aix, Saint-Simon, Massonnat, améliore considérablement les goutteux ;

2° Cette amélioration est surtout appréciable depuis que les malades sont privés d'eaux alcalines, et qu'ils se soumettent au régime des fruits et des acides qu'ils contiennent.

3° La cure thermale et le régime doivent être suivis pendant plusieurs années, même en dehors de toute crise aiguë, et le goutteux peut espérer une guérison presque certaine s'il veut faire preuve de persévérance, dans le traitement et le régime prescrit.

M. Albert Robin. M. Blanc s'appuie, dans certains points de son étude, de l'opinion de Bouchard sur l'action comparée de l'eau froide et de l'eau chaude. Cette opinion, purement théorique, est absolument fausse.

M. le professeur Renaut (de Lyon) pense que l'opinion attribuée à M. Bouchard n'est pas exacte, les liquides n'arrivent dans le tissu conjonctif qu'à une température régularisée au préalable et il ne paraît pas qu'ils y séjournent davantage quand ils ont été absorbés très chauds.

M. Bouloumié ne partage pas les opinions intéressantes, mais « révolutionnaires », de M. Blanc; il proteste contre ces deux affirmations : 1° la cure d'Aix convient à tous les goutteux et à toutes les périodes de la goutte : 2° le traitement acide est le traitement de choix de la goutte. La première affirmation tendrait à confondre le rhumatisme et la goutte qu'on s'efforce de distinguer; sur la seconde affirmation, on peut dire que la révolution proposée par M. Blanc est trop radicale et que, s'il y a des inconvénients à l'excès des alcalins, il y en aurait plus encore à l'excès des acides.

M. le professeur Renaut pense que tous les procédés d'expulsion de l'acide urique ne constituent que des expédients.

M. Gannat approuve les observations de M. Bouloumié : il n'y a pas de stations capables de soigner globalement tous les cas de goutte; chaque tempérament de goutteux a son indication.

On abuse trop, aujourd'hui, du traitement actif dans le traitement de la goutte, dit M. Albert Robin; l'emploi de deux à trois citrons par jour est utile, puisque l'acide citrique se transforme en acide carbonique éliminé sous forme de bicarbonate de soude qui diminue l'acidité urinaire. Mais l'abus des citrons, 20 à 25 par jour, finit par désalcaliniser le sang et les tissus et provoque du côté de l'estomac des troubles dyspeptiques.

Pour M. Onimus, le citron et la limonade citrique sont excellents à petite dose, ils peuvent avoir des inconvénients à haute dose.

M. Dedet cite ce fait intéressant de deux confrères qui prescrivent dans leur clientèle le traitement de la goutte par le citron à doses massives et qui ont continué à venir traiter leur goutte personnelle à Martigny, cette année, par la cure hydrique.

Pour M. Schlemmer, la médication acide chez les goutteux a été aussi préconisée récemment en Angleterre, à la suite des expériences de M. Alexandre Haig sur la solubilité de l'acide urique dans le sérum sanguin, solubilité qui se trouve accrue après l'injection de divers médicaments acides, tels que l'acide citrique et l'acide salicylique. Mais l'effet est très passager.

MM. Leriche et Abbada-Tourné font une communication sur **les sulfo-bactéries; leur rôle dans les eaux sulfureuses**.

M. Depierris (de Cauterets) lit une note sur **l'installation à Cauterets d'un appareil à insufflation de vapeurs sulfureuses dans l'oreille moyenne.**

M. Dedet (de Martigny-les-Bains) donne lecture d'une **contribution à l'étude de l'oxalurie.**

« Ma communication, dit-il, est exclusivement clinique. Elle porte sur la recherche qualitative des sédiments d'oxalate et des calculs oxaliques dans les urines, sur le cortège de symptômes qui les accompagnent, sur leur origine hypothétique.

En quelques mots, l'historique de l'oxalurie peut se résumer ainsi :

Entité morbide pour Golding Bird caractérisée par des troubles nerveux ; dyscrasie acide pour Bouchard ; résultat du régime alimentaire pour Esbach.

Sur 500 malades traités à Martigny, j'en ai trouvé 112 qui, à l'arrivée, pendant ou en fin de cure, présentaient de l'oxalurie.

Sur ce nombre, 48 fois l'hérédité a été notée, soit 40 p. cent environ.

16 fois, j'ai rencontré l'hématurie ; 24 fois de l'albumine ; 11 fois de la glycose.

J'ai réuni dans un tableau ces 112 cas ; j'y ai mentionné l'initiale, le sexe, la nationalité, l'hérédité, la profession, l'affection dominante, la densité urinaire, les remarques, la présence d'albumine et de glycose.

De ce tableau, il résulte que la majorité des oxaluriques sont des goutteux ou des neurasthéniques ; qu'il existe des oxaluriques n'appartenant à aucun de ces deux clans, mais relevant d'une alimentation spéciale où l'acide oxalique entre pour une grosse part.

Cette oxalurie est plus fréquente chez les étrangers et les coloniaux, usant et abusant des substances oxaligènes : telles que thé, cacao, rhubarbe, citron, bananes, etc., auxquelles j'ajoute l'yerba maté ou herbe du Paraguay, avec une observation à l'appui.

Au point de vue de la symptomatologie, j'attire l'attention sur la fréquence des hématuries chez les oxaluriques, sur la durée de leurs attaques, et la marche lente du calcul du rein à l'extérieur.

De ce qui précède, je conclus :

1° Que la majorité des oxaluriques relèvent de la diathèse goutteuse et sont névropathes ;

2° Qu'on peut soutenir l'hypothèse d'Esbach, d'une oxalurie alimentaire ;

3° Que les urines sanglantes précèdent, suivent ou accompagnent les crises néphrétiques, d'origine oxalique ;

4° Qu'il faut, avant toute intervention, conseiller la cure hydrique à la source ou à domicile, si la première est impossible, et la prolonger au delà des limites ordinaires.

5° Que le traitement des hyperoxaluriques variera avec la variété avec laquelle on a affaire. »

M. Robin, sans prendre parti absolu dans la question, pense que la fermentation gastrique est l'origine la plus fréquente de l'oxalurie ou qu'en tous cas elle est une étape très souvent indispensable à sa production.

M. Bouloumié s'associe aux conclusions de M. Dedet; après avoir entendu M. Albert Robin, il se demande si l'oxalurie n'est pas en rapport avec des troubles légers gastriques qui surviennent au moment de la crise thermale, douzième ou quinzième jour. Le plus souvent, des améliorations de la distension gastrique, on ne retrouve pas l'oxalate de chaux.

M. Miquel Dalton (de Cauterets) a eu l'occasion, pendant son long séjour au Brésil, de constater l'action de l'yerba maté et proteste contre la condamnation sévère prononcée à l'égard de celle-ci par M. Dedet. (Voir *Gaz. des hôp.*, 1901, n° 24.)

M. Dedet explique qu'il a dit seulement que l'yerba maté était nuisible aux rénaux.

MM. Blanc et Guyenot apportent une communication sur les **affections cardiaques.**

Une communication de M. Onimus : **les deux vapeurs d'eau au point de vue climatologique et hygiénique**, donne lieu à des observations échangées entre MM. Jeannel, Cazaux, Guérin de Sowiondo, Albert Robin et Onimus.

M. Pujol lit un travail sur le **traitement et la guérison du goitre exophtalmique.**

M. Goudard fait une communication sur **les indications du climat de Pau.**

« Si l'on se reporte, dit M. Goudard, aux expériences de M. Albert Robin démontrant que les échanges respiratoires sont presque toujours accrus dans la tuberculose pulmonaire, on peut déjà prévoir qu'un climat qui modérera ces échanges, qui permettra de combattre les phénomènes d'épuisement et qui sera par surcroît tonique, ne peut être qu'extrêmement utile aux tuberculeux. On sait aussi que l'air trop sec provoque la toux et que d'autre part c'est dans les pays trop humides que la phtisie se développe le plus aisément; il faut donc une certaine moyenne qui se trouve réalisée à Pau. Nous avons vu en outre que l'air y possède toujours une température douce et n'est jamais agité par des courants violents, conditions extrêmement favorables pour les phtisiques. A part les modalités vraiment torpides, toutes les variétés de tuberculose du poumon se trouvent bien du climat de Pau : en première ligne il faut citer les tuberculeux éréthiques et fébricitants, les congestifs, les hémoptoïques, les prédisposés.

Dans les affections de l'appareil respiratoire, le climat de Pau s'adresse encore aux bronchites aiguës ou chroniques, aux reliquats de pleurésies ou de pneumonies, à l'asthme nerveux.

Les malades qui, après les tuberculeux, retirent le plus de bénéfice du climat de Pau, sont les nerveux. Son action sédative s'exerce heureusement sur toutes les névroses, hystérie, chorée, épilepsie, etc. Les neurasthéniques et les surmenés se trouvent merveilleusement bien d'un séjour à Pau.

Les indications de ce climat dans les affections de l'appareil cardio-vasculaire sont assez restreintes. L'angine de poitrine et l'insuffisance aortique en ressentent en général d'heureux effets.

Parmi les affections du tube digestif, les dyspepsies à forme gastralgique et irritative, les affections catarrhales de l'intestin s'y trouvent bien.

Quoique le rhumatisme articulaire aigu ne soit pas en général une contre-indication, la diathèse rhumatismale et la goutte semblent plutôt fâcheusement influencées par le climat de Pau.

Les deux extrêmes de la vie, l'enfance et la vieillesse, se trouvent bien à Pau. Cependant les enfants mous ou trop lymphatiques, les vieillards dont les réactions sont vraiment insuffisantes devront être éloignés de cette station.

Le climat de Pau convient enfin à la plupart des convalescents, principalement à ceux qui ont eu dans le courant de l'hiver des attaques d'influenza avec localisations bronchitiques ou pulmonaires.

Il ne faut pas attendre, autant que possible, pour envoyer les malades à Pau qu'ils aient subi dans leur pays les premières atteintes du froid.

Enfin plusieurs à Pau sont presque toujours nécessaires, principalement pour les tuberculeux, que le malade soit guéri ou simplement amélioré.

Le choix du logement devrait toujours être dirigé par le médecin.

Les désinfections au sublimé et à l'étuve fonctionnent d'une manière rigoureuse sous la surveillance du bureau municipal d'hygiène. »

Notons les communications suivantes :

M. Berthier (d'Amélie-les-Bains). **Cure sulfurée de la tuberculose pulmonaire. — Cure sulfurée hyperthermale et pathogénie du rhumatisme chronique.**

M. Bénard. **Du traitement des leucoplasies par les eaux minérales.**

M. Vermeulen. **La mécanothérapie dans le nouvel établissement thermal de Vichy.**

M. Saabner-Tuduri. **Les eaux minérales iodurées de la Roumanie.**

M. Duzon. **Des eaux thermo-minérales de Port-aux-Poules, département d'Oran (Algérie).**

MM. Leudet et Schlemmer. **Du traitement hydro-minéral de la phtisie pulmonaire.**

M. Bartoli. **Des causes de l'appendicite et de son traitement à Châtel-Guyon.**

M. Forestier. **Arthrite chronique de la hanche et sciatique.**

M. Blanc. **Action physiologique de la douche-massage telle qu'elle est appliquée à Aix.** (*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

La levure de bière dans les éruptions varioliques.

M. Couche [de Lyon (1)], pendant l'épidémie de variole de 1899, a eu l'idée d'employer la levure de bière fraîche à la dose de deux ou trois cuillerées à soupe par jour.

Grâce à ce traitement, il a constaté une diminution de la fièvre assez rapide, un moindre volume des pustules et leur dessiccation plus rapide, laissant moins de cicatrices, enfin peu de fièvre, de suppuration et pas de développement ultérieur de furoncles ainsi que cela arrive souvent.

Des résultats du même genre ont été aussi obtenus par le docteur Piétri (de Nice). Il semble donc que ces essais méritent d'être poursuivis.

(1) *Lyon méd.*, 12 octobre 1902.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 20 AU 25 OCTOBRE 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 20 OCTOBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Richet, Rémy et Broca (André) ; — M. Richaud, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Walther et Legueu ; — (2e série) : MM. Terrier, Mauclaire et Gosset ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Teissier et Bezançon ; — M. Desgrez, suppléant.

MARDI 21 OCTOBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Joffroy et Guiart.

4e : MM. Proust, Gilbert et Thoinot ; — M. Chassevant, suppléant.

1er (sages-femmes) : MM. Pozzi, Bonnaire et Thiéry ; — M. Launois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Hartmann et Marion ; — (2e série) : MM. Le Dentu, Faure et Auvray ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Dupré et Renon.

MERCREDI 22 OCTOBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Tillaux, Walther et Legueu ; — (2e série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Mauclaire ; — M. Rémy, suppléant.

2e (sages-femmes), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Ribemont-Desssaigne et Wallich ; — M. Cunéo, suppléant.

JEUDI 23 OCTOBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Garel, Rémy et Langlois.

3e (oral, 1re partie) : MM. Berger, Budin et Hartmann ; — (2e partie, ancien régime) : MM. Cornil, Achard et Vaquez ; — (nouveau régime) : MM. Proust, Thiroloix et Dupré.

4e (nouveau régime) : MM. Pouchet, Chantemesse et Thiéry.

VENDREDI 24 OCTOBRE, à une heure. — 1er (oral, nouveau régime) : MM. Tillaux, Broca (Aug.) et Cunéo.

2e (nouveau régime) : MM. Gariel, Richet et Rémy.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime) : MM. Brissaud, Dejerine et Widal.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Walther et Gosset ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Mauclaire et Legueu ; — (2e partie) : MM. Hayem, Teissier et Legry ; — M. Broca André, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Richaud, suppléant.

SAMEDI 25 OCTOBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Le Dentu, Pozzi et Faure ; — (2e série) : MM. Berger, de Lapersonne et Marion ; — (2e partie) : MM. Gilbert, Gouget et Jeanselme ; — M. Thiéry, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'externat.* — Le jury est définitivement composé de MM. M. Labbé, Apert, J. Auclair, R. Marie, Marion, Ombredanne, Riche et Brindeau.

Hôpitaux de province. — *Nîmes.* — Un concours pour des places d'élèves internes sera ouvert le mercredi 12 novembre 1902. Le registre d'inscription sera clos le 4 novembre.

Guerre. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision ministérielle du 9 octobre 1902, ont été affectés, savoir :

1o *Médecin-major de première classe.* — Au 7e d'infanterie coloniale, M. Portel.

2o *Médecins-majors de deuxième classe.* — Au 1er d'infanterie coloniale, M. Rey ; — au 2e d'infanterie coloniale, MM. Lamort et Condé ; — au 1er d'artillerie coloniale à Rochefort, M. Pannetier.

3o *Médecins aides-majors de première classe.* — Au 1er d'infanterie coloniale, M. Mosimann ; — au 5e d'infanterie coloniale, M. Margerie ; — au 22e d'infanterie coloniale, M. Mayer ; — pour ordre, au 4e d'infanterie coloniale, M. Roufflandis, et au 22e d'infanterie coloniale, M. Vallet ; — au 1er d'artillerie coloniale à Toulon, M. André ; — au 2e d'artillerie coloniale à Cherbourg, MM. Honorat et Normet ; — au 2e d'artillerie coloniale à Brest, M. Quesseveur.

3o *Officiers du corps de santé en service en Indo-Chine.* — Au 1er tirailleurs tonkinois (Hanoï), M. Duville, médecin-major de première classe ; — à l'hôpital militaire de Hanoï, M. Rousseau, médecin aide-major de première classe ; — à l'hôpital de Pnom-Penh (Cambodge), M. Thébaud, médecin aide-major première classe ; — à l'hôpital militaire de Saïgon, M. Martin, médecin aide-major de première classe.

Statistique. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarantième semaine**, 771 décès, au lieu de 790 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 840.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (11) ; le nombre des cas nouveaux (30) reste très inférieure à la moyenne (64).

La scarlatine a causé 1 décès, comme pendant la semaine précédente, au lieu de la moyenne (2) ; la coqueluche a causé 6 décès, comme pendant la précédente semaine (la moyenne est 4). La diphtérie a causé 7 décès, au lieu de 9 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (6) ; le nombre des cas nouveaux signalés à la préfecture de police (71) est à peu près stationnaire et toujours supérieur à la moyenne (48).

La variole et la rougeole n'ont causé aucun décès ; le nombre des cas nouveaux de variole (3) reste à peu près stationnaire et très inférieur à la moyenne (18).

La diarrhée infantile a causé 44 décès de 0 à 1 an, au lieu de 65 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 41.

En outre, 29 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 85 décès, au lieu de 84 pendant la semaine précédente et au lieu de 117, **moyenne ordinaire de la saison.** Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : **bronchite aiguë,** 6 décès (au lieu de la moyenne 9) ; **bronchite chronique,** 14 (au lieu de la moyenne 21) ; **pneumonie,** 19 (au lieu de la moyenne 28) ; les autres maladies de l'appareil respiratoire, 46 (au lieu de la la moyenne 59), dont 9 sont dus à la congestion pulmonaire et 20 à la **broncho-pneumonie.**

La phtisie pulmonaire a causé 185 décès ; la méningite tuberculeuse, 11 ; **la méningite simple,** 14 ; **les tuberculoses autres que celles qui précèdent** ont causé 9 décès ; **l'apoplexie et le ramollissement cérébral,** 42 ; **les maladies organiques du cœur,** 48 ; **le cancer a fait périr** 62 personnes ; **la hernie et l'obstruction intestinale ont causé** 7 décès ; **la cirrhose du foie,** 13 ; **la néphrite,** 27 ; enfin, 34 **vieillards sont morts de débilité sénile.**

Amphithéâtre des hôpitaux. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques, sous la direction de M. Quénu, commenceront le vendredi 7 novembre 1902.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. Macaigne, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Gynécologie. — M. le docteur L.-G. Richelot, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, a repris sa consultation de gynécologie du dimanche matin le 12 octobre, et la continuera les dimanches suivants, à neuf heures et demie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 117. — JEUDI 16 OCTOBRE 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 16 OCTOBRE 1902. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

L'AÉROPHAGIE CHEZ LES DYSPEPTIQUES

Par le docteur Albert MATHIEU.

L'aérophagie est la déglutition de l'air atmosphérique. C'est un phénomène bien connu des vétérinaires et même des maquignons. Un cheval qui *tique à l'air*, s'arrête brusquement, se campe sur ses quatre pieds, fait des mouvements successifs de déglutition, son ventre se gonfle, la respiration devient gênée, il est impossible de le faire avancer. Des émissions nombreuses de gaz par le rectum indiquent que l'air avalé a parcouru toute la longueur du tube digestif.

Chez l'homme, à ma connaissance du moins, l'aérophagie a été décrite par Bouveret (de Lyon). Il a démontré que le hoquet spasmodique des hystériques est bien souvent constitué par la déglutition de l'air et son expulsion sous forme de rot sonore, alternativement.

Depuis deux ou trois ans, j'ai remarqué que l'aérophagie était fréquente chez les dyspeptiques, plus particulièrement chez les neuro-dyspeptiques, et j'en suis arrivé à cette conclusion qu'elle explique les cas, inexplicables autrement, de grande flatulence stomacale. M. Bouveret est arrivé de son côté à des conclusions analogues.

Pour ma part, je crois pouvoir affirmer qu'il y a aérophagie toutes les fois que plus de cinq ou six rots sont émis en série, successivement, sans intervalle. M. Soupault considère même comme certain que l'aérophagie existe avec des rots non en série; c'est possible, probable même, mais d'une démonstration plus difficile.

Sous sa forme la plus simple, l'aérophagie des dyspeptiques se présente de la façon suivante. Peu de temps après le repas, les malades éprouvent une sensation de gêne, de malaise, de pesanteur, de tension au niveau de l'estomac, ils ont la sensation d'avoir la poche gastrique pleine de gaz, et ces gaz, ils s'efforcent de les expulser. Des rots se produisent et se succèdent par séries, quelquefois on peut en compter dix, quinze, vingt de suite. Quelquefois ils sont beaucoup plus nombreux, il y en a des centaines, il peut y en avoir des milliers.

Un de mes malades, notaire en province, homme exact et méticuleux, ayant fait le dénombrement de ses rots, en a compté 5 à 6000 par jour. Ils cessaient pendant la nuit, et lorsque le malade était en société.

On comprend que, dans ces conditions, le volume de gaz émis puisse être très considérable : M. Bardet a ainsi mesuré plus de 200 litres de gaz en un après-midi chez un dyspeptique qui était évidemment un aérophagique.

Les malades aérophagiques peuvent souvent avoir des rots à volonté, et lorsqu'on constate cette particularité chez un dyspeptique roteur, surtout s'il ne se connaît pas cette propriété, cela crée une grande présomption en faveur de la déglutition de l'air.

Chez quelques malades, les rots sont particulièrement bruyants, sonores ; ils se rapprochent du hoquet hystérique. C'est du reste chez des hystériques que se rencontrent presque exclusivement ces formes excessives et évidemment spasmodiques.

Assez souvent, surtout chez des nerveux, il est possible de provoquer une crise. Parfois, il suffit de le demander au malade qui met immédiatement le phénomène en train. D'autres fois, il existe des points de déclanchement : il suffit de presser un peu fortement avec le bout du doigt au creux épigastrique, au-dessus de la fourchette sternale, parfois encore sur des points plus éloignés, pour que l'aérophagie se produise; c'est ce que nous avons appelé, avec mon interne regretté René Follet, le *rot à déclanchement.*

Si l'on observe le malade pendant une crise, on constate facilement qu'il y a aérophagie. Les malades font tout d'abord un mouvement de déglutition caractérisé par les mouvements successifs d'élévation et d'abaissement du larynx, puis une gorgée de gaz est expulsée plus ou moins bruyamment, et ainsi de suite quelquefois indéfiniment. Une variante, c'est que des mouvements de déglutition se succèdent plus ou moins nombreux sans qu'il y ait expulsion de gaz. Lorsque les rots se produisent, ils sont alors particulièrement nombreux et bruyants.

Si l'on examine la région stomacale pendant la crise, on peut voir souvent l'estomac se distendre comme si on l'insufflait. Par l'auscultation, on entend l'entrée de l'air dans l'estomac, ainsi que l'a bien vu M. Bouveret. On

perçoit souvent par l'oreille l'entrée des gaz dans l'estomac, mais non toujours, cependant. Il est possible, en effet, que l'air dégluti reste dans l'œsophage et ne franchisse pas le cardia.

Si l'on approche une bougie de la bouche du malade pendant la crise, la flamme n'est pas mise en mouvement au moment où se produit le bruit de déglutition régulièrement regardé par le malade comme un bruit d'expulsion.

Le plus souvent encore, le phénomène s'arrête lorsqu'on conseille au malade de maintenir la bouche ouverte, comme l'a vu M. J.-Ch. Roux.

Lorsque les crises d'aérophagie se rapprochent et sont accentuées, prolongées, l'état dyspeptique et névropathique du malade tend à empirer. Les digestions deviennent plus difficiles, les phénomènes de pesanteur s'aggravent; il peut survenir des vomissements (Bouveret). Les malades diminuent leur alimentation; ils s'amaigrissent, s'affaiblissent, se montrent irritables. La flatulence devient pour eux une cause d'obsession continue. Quelques-uns sont obligés de renoncer à leurs occupations et à leur situation. Les régimes sévères, la médication intensive ordonnée contre les prétendues fermentations gazeuses de l'estomac ne font qu'aggraver le mal. Et cependant, il eût suffi de reconnaître l'aérophagie, d'en expliquer le mécanisme au malade, de le rassurer, de l'encourager à s'alimenter pour obtenir la guérison immédiate de cette flatulence excessive et rebelle.

Les particularités que nous venons de signaler suffisent déjà amplement pour dépister l'aérophagie. L'analyse des gaz expulsés pourrait montrer qu'il ne s'agit que d'oxygène et d'azote, comme pour l'air atmosphérique !

Le mécanisme de l'aérophagie est le plus souvent celui de la simple déglutition de l'air que certaines personnes peuvent effectuer à volonté, sciemment. Les malades aérophagiques, au contraire, ne se rendent jamais compte de ce qui se passe, c'est inconsciemment qu'ils avalent de l'air. D'après M. Linossier, le mécanisme pourrait être autre et se confondre avec celui du premier temps du vomissement et du méricisme. Il y aurait mouvement d'inspiration, la glotte fermée, et l'air, en vertu de la diminution de pression, se précipiterait dans l'œsophage. Peut-être faut-il ranger dans cette catégorie les malades chez lesquels le rot aérophagique se produit la bouche ouverte. Ils sont, du reste, très rares.

Le traitement est d'une grande simplicité. Il consiste avant tout, après avoir dépisté l'aérophagie, à convaincre le malade de ce qui se passe, à lui démontrer qu'il avale de l'air. On lui dira — ce qui est vrai — que le contenu d'un estomac, si gazogènes que puissent être ses fermentations, ne pourrait jamais, bien loin de là, fournir une quantité de gaz aussi considérable, ainsi que le démontrent les fermentations *in vitro* du contenu de l'estomac extrait par la sonde. On cherchera à provoquer une crise; on lui fera constater les mouvements d'élévation et d'abaissement du larynx au premier temps du rot aérophagique, mouvements semblables à ceux qui se produisent quand on déglutit une gorgée de salive. On lui montrera, à l'aide d'une bougie, qu'il n'y a pas à ce moment expulsion de gaz par la bouche; on lui fera constater qu'il ne peut plus roter s'il maintient la bouche ouverte.

Si le malade est convaincu, la guérison de l'aérophagie est à peu près certaine, et l'on restera en présence de phénomènes dyspeptiques simples dégagés de cette complication et d'un nervosisme plus ou moins marqué. On traitera ces deux éléments par un régime et une médication appropriés.

Dans les cas graves, chez des hystériques qualifiés, il peut être nécessaire d'avoir recours à l'isolement.

Toute médication de la flatulence doit être abandonnée. Des calmants, la codéine en première ligne, pourront être utiles en cas d'irritation douloureuse de l'estomac. L'eau chloroformée saturée au moment des malaises, causes de crises aérophagiques, est souvent très utile : on l'étendra de moitié ou deux tiers d'eau ordinaire.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(14 octobre 1902)

L'accident fatal qui vient d'enlever Zola aux lettres françaises a fourni à M. Laborde l'occasion de revenir sur l'asphyxie toxique et la mort apparente par l'oxyde de carbone et son traitement par les tractions rythmées de la langue. Selon lui, parmi les nombreux articles parus dans la grande presse, de graves erreurs ont été commises, en particulier, relativement à certains procédés employés et reconnus d'une efficacité éprouvée. On a dit, en effet, que les tractions rythmées de la langue ne donnent guère de résultats quand l'oxyde de carbone a fait son œuvre et que le seul traitement consiste dans les inhalations d'oxygène. C'est contre cette assertion que s'élève avec force M. Laborde. Dès ses premières publications sur ce sujet, il avait pressenti les bons effets des tractions de la langue dans les asphyxies toxiques et en particulier dans l'asphyxie par l'oxyde de carbone et il conseillait de les employer à la première occasion.

Cette occasion ne se fit pas attendre et c'est au docteur Sorre (de Saint-Malo) que revient le mérite de l'avoir saisie le premier, dans un cas que M. Laborde fait connaître en détails. Il fait suivre cette observation de plusieurs autres non moins démonstratives.

M. Laborde termine l'exposé de ces faits par une observation qui le touche de près, et dans laquelle les tractions de la langue, pratiquées d'abord avec peine par une personne déjà à demi asphyxiée par le gaz d'éclairage, ont ramené à la vie une jeune fille en état de mort apparente. Cette dramatique observation vient s'ajouter à beaucoup d'autres pour montrer l'efficacité de ce moyen.

Enfin, pour en revenir au fatal accident qui a été le point de départ de cette communication, M. Laborde tient à relever l'erreur qui a été commise au sujet d'un procédé dont l'efficacité n'est plus à démontrer. Il relève aussi une grave erreur de fait; car, l'une des victimes, Mme Zola, a certainement bénéficié de l'emploi du procédé des tractions linguales, qui ont été réellement et patiemment mises en œuvre, ainsi qu'il résulte de renseignements puisés à une source authentique.

En effet, M. le docteur Bermann s'est immédiatement transporté, accompagné de M. Luc, pharmacien, au domicile de M. E. Zola; et il s'est trouvé, le premier et seul parmi ses confrères, en présence des deux victimes.

C'est à l'application des tractions de la langue que notre confrère a eu immédiatement recours, surtout sur Mme Zola, qui, quoique très gravement atteinte, puisqu'elle était déjà sans respiration, et sans pulsations perceptibles, tandis que son mari était en état cadavérique complet, lui parais-

sait, en raison surtout de la conservation d'une teinte encore rosée de la face, en état d'être ramenée à la vie.

Au bout de vingt à vingt-cinq minutes environ de manœuvre continue des tractions linguales, combinée avec la manœuvre de Sylvester pratiquée par le pharmacien, la respiration s'était rétablie; et c'est alors que M. le docteur Bermann voulut, contre tout espoir, tenter aussi, non seulement les mêmes moyens sur le cadavre de Zola, mais tous ceux qu'il fut possible d'y ajouter : inhalations d'oxygène, injections d'éther; tout cela inutilement durant trois grandes heures.

Or, si tous les procédés, et celui de la langue en particulier, ont échoué sur le cadavre de Zola, c'est que, chez lui, la mort toxique et asphyxique avait achevé son œuvre, grâce aux conditions, aujourd'hui bien définies, qui avaient amené une absorption intensive et irrémédiable du poison gazeux : il n'est pas, en pareil cas, de moyen, quel qu'il soit, capable d'opérer le rappel d'une vie définitivement éteinte.

Une conférence internationale a eu lieu à Bruxelles, pour étudier la question de l'**unification des formules des médicaments dits héroïques.** MM. Pouchet, Gariel et Bourquelot étaient chargés de représenter la France à ce Congrès. M. Bourquelot fait connaître à l'Académie les travaux de cette conférence et les résultats auxquels elle a abouti.

M. Vallin a lu un rapport sur le prix Vernois.

VI[e] CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE

[GRENOBLE, SEPTEMBRE-OCTOBRE 1902 (1)]

M. Albert Robin lit son rapport sur **le traitement hydro-minéral dans les maladies de l'estomac**, écrit en collaboration avec M. F. Bernard (de Plombières):

« La plupart des établissements thermaux inscrivent la dyspepsie au nombre de leurs indications, mais quand il s'agit de choisir telle ou telle station, la difficulté devient très grande. On n'a guère d'autre guide en ce moment qu'une tradition vague et lointaine qui soumet à une cure identique les malades les plus dissemblables. Pour sortir de ces incertitudes, il faut reprendre le sujet de fond en comble. Cette étude comprendra trois étapes distinctes.

Dans la *première*, on s'efforcera de bien fixer les indications thérapeutiques que l'on peut tirer de la connaissance de la maladie et du malade.

Dans la *deuxième*, on recherchera les actions médicamenteuses que les diverses eaux peuvent exercer sur le chimisme stomacal, comme sur l'état général et la nutrition élémentaire.

Dans la *troisième*, on rapprochera les actions thérapeutiques des eaux, des indications fournies par le malade. En d'autres termes, les médicaments et les indications étant connus, il ne s'agira plus que de les adapter les uns aux autres.

Les indications tirées de la maladie et du malade pourront se grouper sous les chefs suivants :

1° Indications tirées de la maladie considérée en elle-même, dyspepsies hypersthéniques ou hyposthéniques ;

2° Indications tirées de sa cause, de sa forme et de sa période d'évolution ;

3° Indications tirées de quelques prédominances symptomatiques;

4° Indications tirées de ses complications ;

5° Indications tirées des aptitudes réactionnelles de la maladie et du malade ;

6° Indications tirées de la nature du terrain et du malade ;

7° Indications tirées des modifications subies par les échanges intra-organiques et par la nutrition élémentaire.

Après avoir passé en revue ces indications, nous devons étudier les eaux minérales qui peuvent les remplir. La tradition et la clinique nous fournissent ici un certain nombre de documents. Mais ce qu'il importe le plus de savoir, c'est l'action des diverses sources sur le chimisme stomacal qui constitue ces indications de haute valeur. Un certain nombre de résultats, qu'il serait trop long d'exposer, ont été acquis au cours de ces dernières années, mais la question réclame encore de nouvelles recherches.

Dyspepsies hypersthéniques. — Appliquant les notions que nous possédons au traitement hydro-minéral des dyspepsies hypersthéniques, nous formulons trois conclusions principales :

1° Les eaux fortement minéralisées, les bicarbonatées sodiques, les bicarbonatées sulfatées, chlorurées, prises en boisson, augmentent l'HCl du suc gastrique ; elles seront donc contre-indiquées en principe chez les dyspepsiques hypersthéniques.

2° Les eaux qui conviennent aux dyspeptiques hypersthéniques sont les eaux sédatives ; c'est-à-dire les eaux peu minéralisées, dépourvues d'acide carbonique et contenant une certaine quantité de matières organiques. Les eaux azotées seront particulièrement efficaces, étant données les propriétées sédatives de l'azote.

3° Tant qu'on ne connaîtra pas d'une façon plus précise l'action des diverses eaux minérales sur les fonctions gastriques, il sera sage de préférer, en général, les cures balnéaires et externes, sauf exception pour certains cas particuliers.

Ces trois conclusions présentent des exceptions nombreuses qui sont fondées sur la mise en valeur des indications de la dominante symptomatique, de retentissements et complications, du terrain et des troubles dans les échanges. Elles n'en demeurent pas moins vraies dans la majorité des cas et l'indication de la maladie est, en général, mieux remplie par des cures balnéaires sédatives que par des cures de boisson.

Dans les formes paroxystiques, en particulier, les règles précédentes ne souffrent guère d'exceptions.

Dans les dyspepsies hypersthéoniques périodiques l'indication étiologique sera tout à fait dominante, et l'indication de la maladie laissée au second plan. On pourra donc s'écarter du principe fondamental que nous avons énoncé et prescrire des cures internes.

Dans les dyspepsies hypersthéniques permanentes, il faut s'en tenir aux principes formulés plus haut et se borner aux cures balnéaires ou aux eaux faiblement minéralisées si quelque indication surgit d'une cure interne.

4° Les *hypersthéniques avec stase gastrique*, fermentations secondaires, pyrosis nocturne, peuvent être traités quelquefois par des cures d'eau ou boisson. Mais ici encore, l'on s'en tiendra aux eaux inermes ou faiblement minéralisées.

Dans les *dyspepsies hyposthéniques*, le choix d'une station est beaucoup moins difficile, car la stimulation s'obtient plutôt aux eaux minérales que la sédation. Alors que chez les dyspeptiques hypersthéniques, les cures balnéaires doivent être préférées aux cures de boisson, ici, c'est exactement le contraire : la cure de boisson est la cure principale et la cure balnéaire n'est qu'accessoire et adjuvante, sauf dans quelques cas particuliers où l'on utilisera l'action excitante générale de certaines eaux, comme les sulfureuses et les chlorurées sodiques.

Les fermentations sodiques peuvent se produire aussi bien chez les dyspeptiques que chez les hyposthéniques.

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 116, p. 1142.

C'est donc la nature de la dyspepsie qui légitimera l'emploi de telle ou telle eau thermale. Toutefois, les eaux laxatives reconnaîtront souvent une indication particulière, celle de l'antisepsie mécanique. Les eaux salées qui déterminent certaines modifications de la muqueuse, qui excitent en outre la motricité de l'estomac et préviennent les stases, pourront aussi jusqu'à un certain point être utilisées.

Dans le traitement des retentissements de dyspepsies sur les divers organes l'état gastrique doit rester au second plan ; c'est le retentissement qui fournira l'indication dominante et l'on s'efforcera de traiter avant tout les complications intestinales, rénales et hépatiques, etc., qui seront observées. »

Communications diverses.

M. Dardet (d'Aix-les-Bains). **De l'emploi des eaux froides de Marlioz, combinées avec le traitement thermal d'Aix-les-Bains.**

M. Piaget (de Grenoble). **L'action des eaux minérales du Sud-Est sur la muqueuse des voies aériennes supérieures.**

M. Duhourcau (de Cauterets) rappelle son mémoire couronné par l'Académie sur l'**influence heureuse des eaux de Cauterets sur le diabète sucré** et le complète par quelques observations nouvelles.

M. Bastian étudie l'**action thérapeutique des eaux de Saint-Gervais et de son climat**

M. A. Fiquet (d'Aix-les-Bains), lit un travail intitulé : **Les dyspeptiques à Aix-les-Bains. Étude clinique et pratique.**

Le même auteur donne lecture d'une no'e sur le **rôle de la boisson à Aix-les-Bains. L'eau de Massonnat.**

M. Bartoli parle du **traitement de l'appendicite par les eaux de Châtel-Guyon.**

M. Foveau de Courmelles présente un **essai de climatologie infantile.**

M. Gandy (de Bagnères-de-Bigorre) lit une note sur le **traitement hydro-minéral chez les enfants.**

M. Quintin (de Belgique) lit un mémoire sur les **dispensaires belges.**

M. Meillan (de Cauterets) fait une communication sur les **métrites et fausses métrites.**

M. Chiaïs (d'Évian) parle **de la possibilité et de la nécessité de matérialiser la climatologie médicale et la climatologie.**

Signalons, enfin, l'intéressante communication de M. R. Blondel (de Paris) sur le **moment opportun pour la cure thermale chez les utérines.**

Dans la séance de clôture, M. Burgonzio, délégué du gouvernement italien, propose pour siège du prochain Congrès Rome ou Florence.

Sur la proposition de M. Robin le Congrès décide à l'unanimité que le siège du prochain Congrès sera en Italie et il laisse le choix de la ville aux délégués italiens avec charge d'en prévenir le bureau actuel avant janvier 1903.

Ce Congrès aura lieu en octobre 1905.

Sur la proposition de M. le secrétaire général on désigne, en vue de la préparation du Congrès de 1905, MM. Burgonzio et Carito, auxquels on adjoint M. Vinaïs.

M. Robin est acclamé président d'honneur.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE INFANTILE

Traitement de l'épilepsie infantile par la bromuration sans sel. — Depuis les recherches de MM. Richet et Toulouse (1), recherches relatives au traitement de l'épilepsie par la bromuration sans sel, un certain nombre d'auteurs, MM. Toulouse, J.-Ch. Roux, etc., en France, Nœcke et Rumpf, en Allemagne, ont essayé d'appliquer cette méthode thérapeutique au mal comitial de l'adulte. Mais, jusqu'à présent, on ne semble pas avoir beaucoup pensé à traiter de la même façon l'épilepsie infantile; les pédiâtres en restent toujours aux méthodes classiques; celles-ci sont loin, comme on sait, d'être sans inconvénients; le bromure, donné à doses suffisantes, produit souvent de graves accidents d'intoxication; d'autres fois il reste inactif, quelle que soit la dose employée. Aussi, MM. Hallé et Babonneix ont-ils songé, sur les conseils de M. Méry, à soigner trois épileptiques par la bromuration sans sel, et à noter soigneusement les résultats obtenus.

Dans ces trois cas, la disparition complète des crises a été la conséquence immédiate de la bromuration sans sel, et la preuve qu'il y a eu, entre ces deux phénomènes, non une simple coïncidence, mais une relation de cause à effet, a été fournie par la dernière observation où il a suffi que l'enfant reprît le régime ordinaire, pour voir les crises réapparaître. Les heureux effets observés semblent donc bien relever de la façon dont le bromure a été administré.

En quoi consiste donc la méthode thérapeutique de l'hypochloruration chez les épileptiques?

Déjà entrevue par Paracelse, qui recommande de remplacer le sel par le gui dans l'alimentation des comitiaux, la bromuration sans sel a été surtout préconisée par MM. Richet et Toulouse. Dans une série de communications, ces auteurs expliquent ainsi le mode d'action de cette méthode : « En privant, dans une certaine mesure, l'organisme de chlorure, on doit le rendre plus sensible à l'action des bromures. Comme, selon toute vraisemblance, les actions médicamenteuses sont dues à l'inhibition des cellules par tel ou tel poison, les actions doivent être d'autant plus intenses que l'appétition des cellules pour les poisons est plus intense, et, par conséquent, elle doit être augmentée pour les alcalins thérapeutiques par l'absence des sels alcalins alimentaires. »

M. Richet et Toulouse ont donc soumis deux épileptiques à un régime alimentaire spécial représentant environ 2 grammes de chlorure de sodium, la consommation habituelle de NaCl étant environ de 14 grammes par jour et par homme. Ils leur ont administré en même temps une très faible dose de bromure : 2 grammes le plus souvent. Sous l'influence de ce traitement, le nombre des accès et le nombre total des accidents ont diminué, et ont même, dans certains cas, complètement disparu. Dans la statistique fournie à la Société médicale des hôpitaux, M. Toulouse indique une diminution de 92 p. 100 pour les accès, de 75 p. 100 pour les vertiges, de 80 p. 100 pour tous les accidents. L'amélioration a duré autant que le traitement pour disparaître dès qu'on a remis les malades au régime ordinaire. Les résultats obtenus par M. Jean-Ch. Roux dans une série de quatre cas, ceux de Nœcke confirment les conclusions de MM. Richet et Toulouse.

Il existe diverses façons de prescrire la bromuration sans sel. La plus simple consiste dans la mise au régime lacté. Un litre de lait contenant environ 1gr50 de NaCl par jour, on peut, en ayant soin de donner suffisamment de lait, ou en ajoutant au régime lacté un peu de pain, arriver à faire ingérer au malade la quantité de sel strictement nécessaire à l'organisme, quantité que les physiologistes évaluent à 2gr50 ou 3 grammes par jour. Le lait agit, dans ce cas, comme facteur important d'hypochloruration; il agit ainsi en diminuant les fermentations gastro-intestinales, dont le rôle est si considérable dans l'apparition des accès épileptiques (Rumpf). Au régime lacté absolu on a quelquefois substitué le lacto-végétarien ou régime mixte avec ou sans viande. Dans leurs cas, MM. Hallé et Babonneix se sont contentés de supprimer le pain, qui contient toujours une certaine quan-

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1900, n° 10, p. 97.

tité de sel, et de prescrire des bouillies, des purées sans sel, et, comme boisson, du lait.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on veut traiter l'épilepsie par la bromuration sans sel, il faut chez les enfants, comme chez les adultes, se souvenir de deux préceptes important. Le premier c'est qu'une certaine quantité de sel, 2 à 3 grammes par jour au minimum, est absolument nécessaire à l'organisme, et, qu'il faut, par conséquent, l'assurer au malade par un régime bien compris. Le second, c'est que l'organisme, dans l'état d'hypochloruration, est beaucoup plus sensible à l'action des bromures qu'à l'état normal et qu'il est nécessaire, pour éviter les phénomènes d'intoxication, de ne pas dépasser les doses de 2 grammes chez l'enfant, de 4 grammes chez l'adulte. A la condition de suivre ces préceptes, l'hyperchloruration ne donne aucun incident, elle ne provoque pas l'albuminurie, comme on l'a quelquefois soutenu (1), elle ne diminue pas la résistance de l'organisme à l'infection : bien au contraire, elle semble amener rapidement chez l'enfant une amélioration rapide et durable. Aussi mérite-t-elle d'être essayée systématiquement dans tous les cas d'épilepsie infantile. (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, sept. 1902, p. 413.) L. B.

CHIRURGIE

Arthrodèse tibio-tarsienne précoce dans la paralysie infantile. — Dans les déformations de la paralysie infantile c'est, d'ordinaire, d'une façon tardive alors que les lésions squelettiques profondes sont constituées, que les chirurgiens interviennent. John Dane fait un pladcyer en faveur d'une intervention opératoire plus précoce et il en donne des raisons qui méritent d'être envisagées; cette méthode évite l'emploi prolongé d'appareils coûteux, ce qui est à considérer, et présente pour le patient des avantages marqués. Dans les premiers stades de la maladie, en effet, soit un an environ après la période aiguë, les os sont à peu près normaux dans leur forme et dans leurs attaches articulaires. Il n'existe pas encore, à ce moment, de ces déformations considérables contre lesquelles l'acte opératoire devra lutter. En outre, les tissus sont dans un état de nutrition beaucoup plus satisfaisant qu'à une période ultérieure; la réparation post-opératoire se fait mieux et plus vite. Les parties cartilagineuses du squelette subissent en totalité la transformation osseuse et on obtient plus facilement une soudure résistante. Le fait de maintenir de bonne heure le pied dans une position à peu près normale prévient les troubles de la statique du membre inférieur : le développement de ce dernier se trouve moins entraîné que si le poids du corps a une tendance sans cesse croissante à se transmettre suivant un axe anormal, comme cela se produit dans les cas de paralysie infantile abandonnés à eux-mêmes. Enfin, en évitant l'emploi de supports mécaniques, les masses musculaires plus ou moins frappées par les phénomènes paralytiques, n'ayant pas à subir la constriction des courroies de contention, ont une irrigation sanguine plus libre et se développent dans de meilleures conditions. En raison de ces nombreux avantages, John Dane est d'avis qu'on doit pratiquer l'arthrodèse du cou-de-pied une année environ après que la paralysie est devenue définitive. (*Amer. med.*, 16 août 1902.) A. H.

OTOLOGIE

Un procédé pratique d'extraction des corps étrangers du conduit auditif. — M. A. Cuche (de Lure) prend un drain ordinaire, non fenêtré, coupé perpendiculairement à son axe à chaque extrémité, ayant la longueur d'une cigarette et un diamètre assez petit pour pouvoir glisser facilement dans le conduit auditif; après avoir relevé le pavillon de l'oreille en haut et en arrière, on introduit l'une des extrémités du drain dans le conduit auditif externe, et on le pousse jusqu'à contact du corps étranger dont on a, au préalable, reconnu le siège. Ceci fait, le médecin met l'autre extrémité du tube entre les lèvres, et aspire énergiquement en rejettant la tête en arrière. A l'aide de cette manœuvre, on parviendrait presque toujours à extraire le corps étranger qui reste fixé par la pression atmosphérique à l'extrémité du drain, celui-ci faisant en quelque sorte office de ventouse. Pour rendre cette ventouse plus adhérente, il est bon de laisser tremper préalablement l'extrémité de l'instrument destinée à recueillir le corps étranger dans de l'huile ou du pétrole, de façon à faire prendre au caoutchouc une consistance plus molle et à le rendre plus visqueux. (*Semaine méd.*, 1902, n° 39, p. 320.) L. B.

OPHTALMOLOGIE

Conjonctivites dues à l'électricité. (Harold-Grimsdale.) — L'inflammation de la conjonctive causée par l'exposition du globe oculaire à la lumière électrique n'est pas rare; elle mérite d'être signalée, car elle est moins connue que sa congénère, la conjonctivite observée en temps de neige (*snow-blindness*). D'après Fuchs, dans les cas sérieux, on note derrière la conjonctive du myosis accompagnant de légères opacités et des érosions de la cornée. Elle guérit d'habitude dans l'espace de quelques jours. L'auteur en cite quelques cas : c'est d'abord celui d'un ouvrier, employé à des travaux d'électricité, et dont les deux yeux étaient ruisselants de larmes et les conjonctives rouges et œdématiées. Il y avait aux confins de la cornée plusieurs petites papules. La vision était notablement réduite. L'avant-veille, le malade avait réparé une lampe à arc qui était restée allumée pendant tout le temps de son travail. En rentrant chez lui, le soir, il présentait de la photophobie et une sécrétion lacrymale abondante. Les symptômes s'amendèrent rapidement sous l'influence de compresses froides et d'instillations de cocaïne. On fit porter au malade des verres fumés pendant quelque temps.

D'autres fois, la cause irritante est de très courte durée. Tel est le cas d'un électricien qui, deux jours avant de consulter, avait produit un court-circuit en plaçant des lampes à incandescence. Il eut la sensation d'être aveuglé et, pendant plusieurs minutes, éprouva de vives douleurs. Vers le soir, ces symptômes disparurent. La nuit, il fut éveillé par une démangeaison au niveau des paupières qui devint bientôt intolérable; il lui semblait qu'elles étaient couvertes de sable. Les larmes coulaient à flots; toutefois, il n'y avait pas de blépharospasme. A l'examen on trouva sur les paupières, qui étaient injectées, de nombreuses papilles. La vision était normale. La guérison survint au bout de deux jours.

Le traitement consiste au début en instillations d'une solution cocaïnée et en application de compresses froides. Celles-ci procurent un grand soulagement; ultérieurement, des lotions boriquées suffisent. (*Med. Press*, 22 avril 1902.) A. H.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

M. Saint-Pau. Contribution à l'étude de l'hygiène de la première enfance. — M. Duprat. Contribution à l'étude de l'ostéomyélite vertébrale aiguë chez l'enfant. — M. Clochard. Des malformations congénitales du tube digestif considérées au point de vue de la viabilité de l'enfant. — M. Barrère. Contribution à l'étude des tumeurs malignes du vagin chez les enfants. — M. Laborg-Bonnaire. Considérations sur les choroïdites infectieuses indigènes. — M. Allard. De la laxité des ligaments articulaires de la main. — M. Aubian. Étude critique

(1) Voir à ce sujet l'excellente thèse de Laufer, Paris, 1900-1901.

sur l'omentofixation. — M. EPRON. Contribution à l'étude de l'obstruction intestinale par les fibromes utérins. — M. DE PEYRELONGUE. De la stérilisation par la chaleur de l'eau de boisson dans la marine. — M. BLANDIN. Considération sur la croissance dans ses rapports avec l'hygiène. — M. BRUNET. Considérations sur quelques cas de pseudo-tétanos. — M. SAUVAITRE. Etude physico-chimique du beurre de femme et son identification avec le beurre de vache. — M. SALABERT. Méthode rationnelle pour pratiquer la castration dans les cas de tumeurs malignes du testicule. — M. BREIFFEIL. De la nécrose de la table externe de l'apophyse mastoïde au cours des mastoïdites aiguës. — M. LEHARDY. De l'extraction du cristallin transparent dans la myopie progressive. — M. MONDIET. Des amputations partielles du globe oculaire. — M. BOURRET. Des hématies à granulations basophiles dans le saturnisme expérimental. — M. TRAUTMANN. Du bâillement. — M. MONIÉ. Physiologie pathologique de l'incision rénale. — M. BOUDADJEH. Accouchement et avortement en Tunisie. — M. DEL PELLEGRINO. Le livre de la cure des maladies des yeux de Jean Mioné, médecin arabe du XIe siècle. — M. COMMÉLÉRAN. Névroses et paludisme. — M. ASSELIN. L'état mental des parricides. Étude médico-légale. — M. VAILLANT. Étude expérimentale de quelques lésions viscérales causées par le venin des serpents. — M. GRIMAUD. De la neurasthénie sénile. — M. LACROIX. Des paralysies périphériques d'origine orchidienne. — M. COTHEREAU. Des lymphangiomes kystiques de l'aisselle. — M. RICHARD. Le mensonge chez la femme hystérique. — M. CLOITRE. Dégénérescence et mysticisme. — M. BRUAS. La grossesse dans les névroses, les psychoses et en particulier dans la paralysie générale. — M. DUCASSE. État mental chez les blennorragiques. — M. ROQUES. Contribution à l'étude de la kératite interstitielle dans la syphilis acquise, le rhumatisme et la vie génitale de la femme. — M. KERNEÏS. Étude sur la cécité hystérique ou amaurose hystérique totale et bilatérale. — M. ROUSSEAU. Étude sur la nature de l'érythème noueux (contagiosité).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Lille.* — Le jury du concours pour trois places d'interne titulaire et cinq places d'interne provisoire qui doit ouvrir le 3 novembre, est composé de MM. les professeurs Folet, Gaulard, Surmont, Carlier, Bédart, juges titulaires; Deléarde, Lambret, juges suppléants.

Le jury du concours pour l'externat s'ouvrira le 3 novembre. Dix-sept places sont mises au concours. Le jury sera composé de MM. les professeurs Debierre, Baudry, Ausset, Carrière, Gaudier, juges titulaires; G. Gérard, juge suppléant.

— *Saint-Germain-en-Laye.* — Un concours pour la nomination d'un interne titulaire en médecine et en chirurgie et de quatre internes provisoires commencera le 13 décembre 1902.

Le traitement alloué aux internes est de 600 francs. Ils sont nourris et logés.

Pour renseignements, s'adresser au secrétariat de l'hôpital.

Guerre. — Des lettres de félicitations ont été adressées à MM. Audoucet (de Verzenay) et Isnel (de Vizille) par M. le ministre de la Guerre; et MM. Billiard (de Corbigny), Eudes (de Cérisy-la-Salle), Pédebidou (de Cauterets) et Pernet (de Rambervillers) ont été l'objet d'une citation au *Bulletin officiel du ministère de la Guerre* pour les services rendus aux Sociétés de tir.

Marine. — M. le médecin de première classe Mourron, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le croiseur le *Châteaurenault*.

M. le médecin de deuxième classe Liffran, du port de Cherbourg, est désigné pour servir au 5e dépôt des équipages de la flotte, en remplacement de M. le docteur Lepinte.

M. le médecin de première classe Cairon, du port de Lorient, est désigné pour aller servir comme médecin résident à l'hôpital maritime de Rochefort.

M. le médecin de première classe Kieffer, du port de Brest, est désigné pour embarquer sur le *Condor*, détaché en Crête, en remplacement de M. le docteur Castellan.

Association française de chirurgie (XVe Congrès, 20-25 octobre 1902). — Le XVe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 20 octobre 1902, sous la présidence de M. le docteur Jacques Reverdin, professeur à l'Université de Genève, associé étranger de la Société de chirurgie.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à deux heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° « Chirurgie du cœur et du péricarde, » rapporteurs : MM. Terrier et Reymond (de Paris).

2° « Traitement du tétanos, » rapporteur : M. Vallas (de Lyon).

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

Prix Civiale. — Un concours est ouvert, en 1902, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine pour l'attribution du prix biennal de 1000 francs, fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au secrétariat de l'Administration (bureau du service de santé) avant le 15 décembre 1902 au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires qui auraient été déjà présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

Les élèves qui désireraient obtenir des renseignements sur les conditions du concours devront s'adresser au secrétariat général (bureau du service de santé).

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts. — *Conférences d'ophtalmologie.* — Les médecins de la Clinique des Quinze-Vingts commenceront, le mardi 21 octobre 1902, des leçons cliniques et théoriques, qui auront lieu dans l'ordre suivant : lundi, à deux heures, M. Chevallereau : maladies du fond de l'œil; — mardi, à une heure, M. Trousseau : examen clinique de malades; — mercredi, à deux heures, M. Kalt : traitement des maladies externes de l'œil; — jeudi, à deux heures, M. Dubief : bactériologie; — vendredi, à trois heures, M. Valude : chirurgie oculaire. — Consultations et opérations à une heure.

Ce que M. Brouardel a coûté à sa famille. — Dans une conférence sur les gains que se font les médecins, M. Chaillysset a donné les renseignements suivants : « Je prendrai d'abord comme exemple, a-t-il dit, M. le docteur Brouardel, l'une des sommités du monde médical. A vingt-huit ans, sa famille avait dépensé 50 000 francs pour son éducation. La première année, il a gagné 650 francs. La septième année 5100 francs. Et je vous parle là d'un homme hors ligne. — A Paris, il y a actuellement 2600 médecins. Il y en a 40 qui gagnent de 2 à 300 000 francs; 50, 100 000 francs; 50, de 50 000 à 100 000 francs; 200, de 30 à 50 000 francs; 200, de 20 à 30 000; et 1700 gagnent une moyenne de 3 625 francs. — En France, il y a 16 000 médecins qui gagnent 2 750 francs en moyenne. »

Ces chiffres sont malheureusement trop près de la vérité pour ne pas être effrayants. Le chiffre de 3 000 francs donné ici ne correspond pas au *gain net* comme on pourrait le croire, mais au *gain brut*.

Quoi qu'il en soit, nous retenons de ce document les frais d'éducation de M. Brouardel dont la famille avait déjà dépensé 50 000 francs avant qu'il ait atteint sa vingt-huitième année. (*Journ. de méd. de Paris*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Laroyenne (de Lyon).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 118. — SAMEDI 18 OCTOBRE 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 18 OCTOBRE 1902. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

TRAITEMENT DU TÉTANOS

Par M. Vallas [de Lyon (1)].

I

Introduction. — L'année 1884 marque une date capitale dans l'histoire du tétanos. Jusqu'alors on ne connaissait la redoutable affection que par ses symptômes. On savait à peu près dans quelles conditions elle apparaissait; quant à sa véritable nature, elle était livrée aux hypothèses. Le jour où Carle et Rattone, inoculant à un lapin le liquide d'une pustule d'acné compliquée de tétanos, rendirent cet animal tétanique, et transmirent l'affection en série sur le lapin, la théorie infectieuse était fondée sur une base inébranlable.

A la suite de cette expérience mémorable, les découvertes se succédèrent rapidement. La même année, Nicolaïer voyait l'agent spécifique du tétanos, le bacille à tête d'épingle qui porte son nom, et démontrait que la terre était son habitat de prédilection, donnant ainsi la raison d'une notion étiologique depuis longtemps admise. A Kitasato revient l'honneur d'avoir le premier en 1889 isolé et cultivé le bacille de Nicolaïer. Cet auteur put alors l'étudier à loisir : par lui, on connut sa morphologie, ses propriétés, la résistance de ses spores et surtout son caractère de microbe anaérobie.

Des recherches de ces deux expérimentateurs, il résultait que le bacille pathogène restait cantonné dans la plaie et ne se généralisait pas dans le corps des tétaniques, d'où l'hypothèse, déjà émise par Nicolaïer, que l'affection était engendrée non par le bacille lui-même, mais par un poison convulsivant qu'il sécrétait dans la blessure. Ce poison soluble fut isolé en 1890 de la culture pure du bacille par Knud Faber : c'est la toxine tétanique. Il ne suffit donc pas qu'une plaie soit infectée par le bacille de Nicolaïer pour que le blessé devienne tétanique; il faut encore que le microbe trouve dans le milieu inoculé des conditions favorables à la sécrétion de sa toxine. Les spores tétaniques pures et privées de toxine ne se développent pas dans les tissus sains. Ce fait a été démontré par Vaillard et Rouget, et quand on injecte une culture de bacilles à un animal, il devient tétanique, non parce qu'on lui inocule des bacilles, mais parce que la culture contient assez de toxine déjà formée pour engendrer le tétanos. Cette notion est de haute importance, car elle explique pourquoi, la spore tétanique étant abondamment répandue dans la nature, le tétanos est cependant une complication relativement rare des plaies.

Les conditions qui favorisent la végétation du bacille tétanigène sont toutes celles qui le protègent contre les phagocytes. Ceux-ci ont bientôt fait de débarrasser une plaie saine et franche des microbes qui y ont été déposés. Le tétanos n'éclate que si leur action protectrice est entravée. Ici intervient le rôle des attritions profondes, des anfractuosités où pullule l'anaérobie, et surtout des associations microbiennes. L'importance de ces associations microbiennes a été bien mise en évidence par Vaillard et son école. Les complices de l'infection tétanique, agents ordinaires de la suppuration, micrococcus prodigiosus, ne favorisent pas à l'aide de leurs sécrétions, mais bien par eux-mêmes, en attirant et peut-être en tuant les phagocytes de la région.

Ainsi se développe peu à peu la théorie de l'intoxication tétanique. On connaît le bacille, et sa toxine. Il reste à élucider le mode d'action de cette dernière et la genèse de la contracture musculaire, manifestation caractéristique de la maladie confirmée. La toxine agit sur les centres nerveux vers lesquels elle est charriée depuis son lieu d'origine par le torrent circulatoire, ou qu'elle atteint peut-être par l'intermédiaire des troncs nerveux. Pour les uns, elle va se fixer directement sur les cellules nerveuses en leur infligeant un véritable traumatisme physique, d'où naissent les crises convulsives. Pour les autres, l'action est plus complexe. Se fondant sur la période fatale d'incubation nécessaire à la toxine pour engendrer la contracture, Jules Courmont et Doyon admettent une transformation de la toxine dans l'organisme. Dans cette théorie, qu'on peut qualifier de chimique par opposition à la précédente, la cause du tétanos est une substance nouvelle formée dans l'organisme aux dépens de celui-ci ou de la toxine ou par combinaison de l'un et de l'autre.

Cet aperçu pathogénique était nécessaire pour apprécier à leur juste valeur les différents traitements que l'on a opposés au tétanos.

Après avoir passé en revue le traitement ancien, M. Vallas étudie le traitement moderne.

(1) Extrait du rapport sur la deuxième question mise à l'ordre du jour du XVe Congrès de l'Association française de chirurgie, qui se tiendra du 20 au 25 octobre 1902.

II

Sérothérapie du tétanos. — 1° Le sérum et ses propriétés. — Les travaux de Richet et Héricourt avaient ouvert la voie aux recherches sur le pouvoir immunisant des sérums d'animaux rendus réfractaires à une septicémie spéciale, lorsque Behring et Kitasato firent l'application de ce principe au tétanos et à la diphtérie. Ces deux auteurs, auxquels revient bien l'honneur d'avoir découvert le sérum antitétanique, publièrent leur premier mémoire en décembre 1890. Leurs conclusions étaient les suivantes :

1. Lorsqu'un animal (lapin) est vacciné contre le tétanos, son sang, mélangé à la toxine tétanique, neutralise les effets de celle-ci;

2. Injecté à l'animal neutre, il le rend réfractaire au tétanos;

3. Cette propriété persiste même après la transfusion dans l'organisme d'autres animaux; elle peut aussi constituer un traitement de l'affection;

Les mêmes propriétés appartiennent au sérum du sang privé de tout élément cellulaire.

Sur cette donnée fondamentale, les auteurs se mirent à étudier le sérum antitétanique et ses propriétés. On se préoccupa d'abord de perfectionner le procédé de vaccination et surtout de le rendre applicable aux grands animaux pour obtenir des quantités considérables de sérum.

Behring et Kitasato avaient donné l'immunité au lapin en lui inoculant des cultures complètes de bacille de Nicolaïer suivies d'injections de trichlorure d'iode.

Plus tard, en 1892, Brieger, Kitasato et Wassermann vaccinèrent, avec plus de sécurité, la souris et le lapin, avec des cultures mélangées à de l'extrait de thymus.

Tizzoni et Catani purent rendre un chien et deux pigeons réfractaires, en leur inoculant des doses progressivement croissantes de toxine tétanique.

De son côté, Vaillard, dès 1891, avait utilisé, pour la vaccination, la culture filtrée, c'est-à-dire la toxine elle-même préalablement rendue inoffensive par le chauffage à + 60°, + 55°, + 50°. Il réussissait ainsi ce que Knud Faber n'avait pu réaliser deux ans auparavant. En 1892, Roux et Vaillard remplacent le chauffage de la toxine par l'addition d'iode et en 1893 rendent ainsi des chevaux réfractaires au tétanos. Leur méthode, encore employée aujourd'hui, consiste à injecter, à l'animal, sous la peau, des doses de toxine, minimes au début, puis croissantes, d'abord atténuées par l'eau iodée à 1/500 ou par la solution de Lugol, et enfin pures.

Le sérum obtenu par des saignées successives se conserve très longtemps, une année et même beaucoup plus; il est cependant préférable de n'utiliser que du sérum récent.

On peut le conserver *desséché*. Pour cela, on l'évapore dans le vide, et au moment de s'en servir on le redissout dans la proportion d'un volume de sérum desséché pour dix volumes d'eau stérilisée.

Tizzoni a préparé également un sérum sec connu sous le nom d'antitoxine de Tizzoni. Pour l'obtenir il précipite par l'alcool absolu le sérum d'animaux vaccinés dans la proportion d'un volume de sérum pour dix volumes d'alcool absolu. Au bout de quarante-huit heures, on sépare le précipité et on le sèche dans le vide. Cet extrait sec est l'antitoxine de Tizzoni. Il peut être ensuite repris par l'eau sans perdre son activité. Un demi-centimètre cube de sérum fournit environ 0gr04 d'antitoxine.

Ces trois produits, sérum de Behring, sérum de Roux et Vaillard, antitoxine de Tizzoni, sont également employés. Ils jouissent des mêmes propriétés.

Pour mesurer la puissance du sérum, on se sert ordinairement du procédé de Behring. L'unité est la quantité de sérum nécessaire pour immuniser un gramme de souris blanche contre une dose mortelle de toxine. On injecte à des souris des doses progressivement croissantes de sérum, à partir de la dose présumée inefficace, et on injecte, dix ou douze heures plus tard, à chaque souris, une dose mortelle de toxine. On voit à partir de quelle dose la souris est immunisée et, le poids de celle-ci étant connu, on en détruit par simple régle de trois la quantité de sérum nécessaire pour immuniser un gramme de souris. Ce chiffre exprime le pouvoir antitoxique du sérum. Les sérums obtenus jusqu'ici ont un pouvoir antitoxique de 0,0000000001 et même 0,0000000003 (Nocard).

Propriétés du sérum antitétanique. — Le sérum antiténanique est plus actif mélangé *in vitro* qu'injecté préventivement. Le cobaye qui reçoit 15000 doses mortelles de toxine mélangées *in vitro* à un volume égal de sérum, résiste. Cette même quantité de sérum eût été insuffisante pour vacciner le cobaye contre 15000 doses mortelles (Roux et Vaillard).

Il est préventif si on l'injecte à l'animal avant, en même temps ou tout de suite après la toxine, surtout si l'injection est faite dix ou douze heures avant celle de la toxine.

Le sérum antitétanique, injecté sous la peau ou dans le sang, est incapable de guérir ou d'atténuer le tétanos confirmé (Roux et Vaillard, Tizzoni et Cattani).

L'immunité par injection de sérum est acquise immédiatement après l'injection, mais ne dure que quelques jours (Vaillard).

Les propriétés immunisantes du sérum se conservent pendant très longtemps.

Il n'empêche pas la végétation du bacille de Nicolaïer : il n'est donc pas *bactéricide*. Son action préservatrice est due uniquement à la destruction du poison : il est seulement *antitoxique* (Vaillard).

Le sérum des animaux naturellement réfractaires n'est pas antitoxique.

L'antitoxine contenue dans le sérum n'est pas une modification de la toxine injectée. Elle est un produit de sécrétion des cellules organiques, probablement des leucocytes, excitées par la toxine.

Le sérum antitétanique est fortement agglutinant pour une culture en bouillons de bacilles de Nicolaïer (J. Courmont).

Le sérum de l'homme guéri du tétanos ne contient pas d'antitoxine (Vincenzi). D'ailleurs, une atteinte de tétanos ne vaccine pas contre la maladie.

2° Valeur préventive de la sérothérapie. — En 1895, Nocard fit traiter préventivement, dans la banlieue de Paris, 375 animaux menacés de tétanos par une plaie accidentelle ou opératoire (clou de rue, castration, etc.). L'injection devait être faite le plus tôt possible après le traumatisme douteux, comporter une dose de 10 centimètres cubes et être renouvelée dans les quinze jours qui suivaient la première. Les animaux traités appartenaient à des écuries notoirement contaminées et dans lesquelles étaient encore des animaux malades. Quelques-uns même avaient été blessés dans les mêmes conditions que d'autres qui, non traités, contractèrent la maladie. Or, aucun des animaux traités ne devint tétanique. A côté de ce brillant résultat, il faut citer

la contre-épreuve qui n'a pas une moindre valeur démonstrative. Dans le même laps de temps, les correspondants de Nocard, qui n'avaient perdu aucun des 375 animaux traités, observèrent 55 cas de tétanos sur des animaux non traités.

En 1897, Nocard refit en plus grand la même expérience. 2727 chevaux furent traités préventivement et pas un ne contracta le tétanos. Pendant le même temps, les mêmes vétérinaires observèrent, sur des animaux non traités, 259 cas de tétanos, dont 191 sur des chevaux.

On n'a pas fait en pathologie humaine d'essai aussi vaste que ceux de Nocard, car les chirurgiens ne songent ordinairement à la sérothérapie préventive qu'en présence de plaies particulièrement suspectes. Je crois cependant que tous ont l'impression d'avoir évité ainsi dans un certain nombre de cas la redoutable complication.

On a cependant signalé quelques insuccès. Ils appartiennent à MM. Berger, Monod, Reclus, Rémy et Reynier. Je ne pense pas que ces cinq cas malheureux puissent contrebalancer les résultats expérimentaux et l'innombrable série d'observations favorables.

Il est donc permis d'admettre comme rigoureusement démontrée la valeur de la sérothérapie préventive. Au point de vue thérapeutique, c'est la même conclusion certaine à laquelle on puisse arriver, car nous verrons combien sont douteux tous les résultats obtenus au point de vue curateur. Cette conquête de la science expérimentale est d'ailleurs assez belle pour justifier tous les enthousiasmes et légitimer toutes les espérances.

Ainsi donc, comme l'a si heureusement formulé le docteur Landouzy, « attendre l'éclosion du tétanos chez un suspect est une faute; agir contre une suspicion de tétanos devient une règle. »

Quel est le procédé à suivre? Dès que l'indication est posée, il faut faire une injection de 10 centimètres cubes le premier jour, une seconde injection le troisième jour, et enfin une troisième le dixième jour. Si la plaie tétanigène persiste plus longtemps, surtout s'il y a des complications locales, qui, par des associations microbiennes, favorisent la végétation du bacille de Nicolaïer, il sera prudent de renouveler l'injection préventive tous les quinze jours.

3° Valeur curative de la sérothérapie. — L'espoir qu'avait donné la communication de Behring et de Kitasato sur la découverte d'un traitement spécifique du tétanos, fut vite déçu. Les expériences de laboratoire lui furent dès le début défavorables. Néanmoins, de nombreux essais furent tentés et nous avons à exposer quels résultats ont été obtenus.

Les chirurgiens ont eu surtout recours aux injections sous-cutanées de sérum antitétanique, mais d'autres voies d'introduction ont été suivies, et nous aurons à étudier successivement les injections sous-cutanées, intra-veineuses, cérébrales et arachnoïdiennes.

A. *Injections sous-cutanées.* — La voie sous-cutanée fut la première employée, et ce fut Kitasato lui-même qui traita de cette manière un enfant du service de Baginsky, à Berlin. L'enfant mourut. Peu de temps après, on publiait en Italie 8 cas traités par le sérum de Tizzoni et Cattani avec 8 guérisons. Par contre, en France, Roux et Vaillard mentionnaient, en 1893, 7 cas avec 5 morts et 2 guérisons. Cette même année, Teissier réunissait une vingtaine de cas avec des résultats incertains et contradictoires. Un fait cependant paraissait acquis, c'est que la méthode, à défaut d'efficacité, ne présentait aucun inconvénient. Ceci d'ailleurs a été pleinement confirmé par l'expérience des nombreuses injections sous-cutanées qui ont été faites depuis. On n'a jamais observé d'autre réaction générale que, dans quelques cas, un peu de fièvre après ce mode de traitement, et au point de vue local, on n'a guère cité que des érythèmes ou des urticaires sans importance. Retenons ce fait pour n'avoir plus à y revenir.

Depuis 1893, la pratique des injections sous-cutanées s'est beaucoup plus développée, et aujourd'hui le nombre des observations publiées est considérable.

D'importantes statistiques ont été dressées à ce sujet.

En tenant compte de ces importants travaux et en y ajoutant les cas nouveaux que j'ai pu recueillir, j'ai dressé un tableau qui comprend la presque totalité des cas publiés jusqu'à l'année 1902.

L'examen de ces 373 cas donne :

Incubation.			
De moins de dix jours....	141 cas.	Morts 80 =	57 p. 100
De dix jours et au-dessus.	118 —	— 24 =	20 —
Indéterminée	114 —	— 41 =	36 —
Total...........	373 —	— 145 =	39 —

J'arrive donc à des résultats à peu près superposables à ceux qui ont déjà été publiés par les différents auteurs de statistiques. Le nombre des cas, en augmentant, ne modifie pas les conclusions qu'on peut tirer de leur examen. Les succès se montrent surtout dans les cas chroniques à incubation longue dépassant dix jours. Cette constatation, qui fut faite dès les premiers essais de sérothérapie, devient de plus en plus évidente. La différence obtenue dans le pourcentage de la mortalité — 57 p. 100 quand la période d'incubation est moindre que dix jours et 20 p. 100 quand on dépasse ce chiffre — est là pour le démontrer.

Les différentes formes de tétanos gardent avec la sérothérapie leur caractère particulier de gravité. Les tétanos des nouveau-nés (15 cas avec 11 morts) et le tétanos puerpéral (15 cas avec 12 morts) sont toujours spécialement meurtriers.

En prenant pour base d'appréciation le chiffre moyen de 70 p. 100 de mortalité pour les cas de tétanos traités par la méthode ancienne, on peut conclure que la sérothérapie a abaissé d'une façon générale le chiffre de la mortalité. Il est des cas qui, très probablement, se seraient terminés par la mort, à en juger au moins par la courte durée de la période d'incubationou par l'appréciation des observateurs, et qui cependant ont guéri.

Souvent les auteurs signalent une amélioration immédiate et une sédation des contractures à la suite des injections. Bien que le fameux sophisme : « Post hoc, ergo propter hoc, » soit toujours à craindre, il est bien difficile de ne pas être ébranlé par des observations nombreuses, faites dans tous les pays, par des auteurs différents et arrivant néanmoins à des conclusions identiques.

Je dois cependant à la vérité de dire que c'est en France que la sérothérapie du tétanos a donné les moins bons résultats. Steuer fournit à ce sujet des documents intéressants. Il a noté quelle variété de sérum avait été injectée dans chaque cas. Le résultat de ses recherches est le suivant :

	Cas.	Morts.	Mortalité p. 100.
Sérum de Behring...	68	29	42,6
— de Tizzoni ...	79	26	32,9
— français	39	23	58,9
— anglais.......	62	28	45,2
— américain	33	8	24,2
Sérums divers.......	30	14	46,6

Le taux de la mortalité est bien plus élevé en France que partout ailleurs. Est-ce à dire que le sérum de l'Institut Pasteur soit inférieur aux autres sérums? Je ne le pense pas. Le contrôle expérimental est là pour prouver sa valeur, et, dans les expériences de Nocard, nous l'avons vu jouir, au point de vue préventif, d'une efficacité souveraine. Il s'est également toujours montré suffisamment puissant, quand il a été employé préventivement en pathologie humaine. Le tétanos serait-il plus grave en France que dans d'autres contrées? La chose est possible, quoique difficile à démontrer. Je crois cependant qu'il faut chercher ailleurs la vraie raison de ce chiffre de mortalité qui fait tache dans le bilan de la sérothérapie. Il semble qu'en France, le traitement par le sérum soit moins souvent employé et plus spécialement réservé aux cas graves. C'est du moins l'impression que j'ai gardée de ma pratique personnelle et de ce que j'ai vu dans les hôpitaux de Lyon. Cette considération explique bien pourquoi les cas français de sérothérapie sont peu nombreux par rapport aux cas allemands et anglo-américains et pourquoi la mortalité s'y maintient à un niveau relativement élevé.

Si, d'ailleurs, on consulte la statistique que j'ai dressée, on voit que les chiffres français tendent à se rapprocher de la moyenne générale. J'y relève 61 cas français avec 28 morts, c'est-à-dire une mortalité de 46 p. 100 seulement; quoique supérieur à la moyenne, ce chiffre n'offre plus l'écart qui existe dans le tableau de Steuer. Pourquoi ce changement? Il est dû évidemment à l'année 1900 où une série de 8 cas sans insuccès a été publiée à la Société médicale des hôpitaux de Paris, et dans un article de Lœpper et Oppenheim des *Archives générales de médecine*. Sur ces 8 cas, il y en a 5 dont l'incubation dépasse dix jours, et qui par conséquent avaient beaucoup de chances d'évoluer spontanément d'une façon bénigne. Lorsque donc, en France, on traite par la sérothérapie les cas chroniques, on réussit aussi bien qu'ailleurs à les guérir.

Quoi qu'il en soit, les chiffres ci-dessus indiqués accusent, d'une manière générale, une diminution dans le taux de la mortalité du tétanos. D'autre part, nous avons appris, par les expériences de laboratoire, que le sérum ne pouvait être qualifié d'agent curateur spécifique, et qu'il n'avait plus d'action sur le poison déjà fixé dans les centres et ayant déterminé les premières manifestations de la maladie, c'est-à-dire les contractures. Peut-on dès lors expliquer l'action bienfaisante de la sérothérapie en pareil cas?

Supposons un tétanos à évolution lente. Le malade, soumis au traitement ordinaire par le repos et le chloral, résiste bien aux premières atteintes de son affection. Tout porte à croire qu'il va guérir, lorsque, brusquement, une exacerbation se produit : les contractures augmentent d'intensité, les crises convulsives deviennent plus fréquentes, la température s'élève et ce retour offensif emporte le malade. Eh bien, en pareil cas, la sérothérapie aurait pu sauver le blessé. Evidemment, le sérum, injecté aux premiers symptômes, n'aurait pas modifié l'attaque primitive, mais il aurait empêché la récidive ou mieux l'aggravation de se produire, et, puisque c'est cette dernière qui a été mortelle, la sérothérapie aurait à juste titre enregistré un succès à son actif. Cet exemple est supposé pour démontrer comment la sérothérapie, malgré son inefficacité bien reconnue contre le tétanos confirmé, est cependant capable d'améliorer la statistique en la dégrevant de tous les cas à évolution lente susceptibles de tuer par attaques successives. Elle agit par la neutralisation du foyer tétanigène, comme l'amputation agit par sa suppression radicale. Elle doit donc compter autant de succès que celle-ci et comme elle est infiniment plus acceptable dans ses conséquences, elle doit certainement lui être préférée.

Le mode d'administration est le même que pour le traitement préventif. Les auteurs cependant recommandent en grande majorité de donner rapidement de fortes doses de sérum. On commence par 30 ou 40 grammes en injections sous-cutanées ou intramusculaires et on continue jusqu'à ce que l'amélioration se produise. Rien n'empêche même d'employer des doses progressivement croissantes. Beaucoup de malades ont reçu 300, 400 grammes de sérum. Le chiffre de 680 centimètres cubes a été noté et j'ai relevé comme cas exceptionnel celui d'un nègre qui a reçu, sans dommage, la dose énorme de 1 800 centimètres cubes de sérum.

En résumé, la sérothérapie constitue le traitement le plus scientifique que nous puissions opposer au tétanos. Les injections sous-cutanées de sérum n'offrent aucun danger. Je répète ici qu'on n'a observé à leur suite que des éruptions cutanées sans importance et on a pu injecter impunément des doses énormes. Pour toutes ces raisons, et parce que nous n'avons encore rien de mieux à opposer au tétanos, c'est un traitement à conserver et à utiliser jusqu'à nouvel ordre.

B. *Injections intra-veineuses.* — Dans leur travail de 1893, Roux et Vaillard rapportent le premier cas où la voie veineuse fut utilisée. Ce fut le docteur Morax qui fit cette tentative sur un enfant atteint de tétanos grave et chez lequel il importait d'aller vite. L'enfant mourut. L'idée cependant était logique et devait être reprise plus tard. Bienwald y eut recours pour la seconde fois en 1896. Depuis cette époque, un certain nombre d'observations ont été publiées. Lemonnier en a réuni 31 cas dans l'excellent travail qu'il a consacré à l'étude du traitement du tétanos.

L'idée est logique, ai-je dit. C'est qu'en effet l'injection intra-veineuse fait pénétrer directement l'antitoxine dans le sang et la toxine circulante peut être neutralisée beaucoup plus rapidement qu'avec les autres procédés d'introduction. L'imprégnation des organes, notamment du système nerveux central, le plus important dans l'espèce, est par ce moyen réalisée aussi rapidement que possible. Seule, l'injection intracérébrale pouvait, à ce point de vue, rivaliser avec l'injection intraveineuse; mais on verra bientôt que le traitement intracérébral procède d'une conception théorique tout à fait différente.

La supériorité de la voie veineuse a été démontrée expérimentalement par M. le professeur Arloing pour la sérothérapie de la diphtérie et du charbon symptomatique. Il a déduit de ses expériences que : « l'action antitoxique du sérum antidiphtérique est au maximum s'il est introduit dans le sang, au minimum s'il est introduit dans le tissu conjonctif; » — et d'autre part que « l'action du sérum anticharbonneux est dix fois plus grande s'il est injecté dans les veines que s'il est introduit sous la peau ». D'ailleurs Nocard est arrivé à des résultats identiques avec le sérum antitétanique employé préventivement chez le cheval.

Jusqu'à présent, les observations publiées ne font pas mention d'accidents sérieux imputables à cette méthode. Son emploi chez l'homme est donc parfaitement justifié.

On conseille de ne pas injecter le sérum antitétanique pur, mais de le diluer dans une assez grande quantité de sérum artificiel, 500 centimètres cubes par exemple.

Les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont certainement encourageants. J'emprunte à la thèse de Lemonnier le tableau suivant qui résume l'emploi de cette méthode :

Cas où l'incubation est < dix jours : 19 cas.
11 morts, 8 guérisons, soit 57,8 p. 100 de mortalité.
Cas où l'incubation est > dix jours : 8 cas.
1 mort, 7 guérisons, soit 12,5 p. 100 de mortalité.
Cas où la durée de l'incubation est inconnue : 4 cas :
1 mort, 3 guérisons, soit 25 p. 100 de mortalité.
Statistique globale : 31 cas :
13 morts, 18 guérisons, soit 41,9 p. 100 de mortalité.

Quelques remarques s'imposent au sujet de cette statistique, soit en sa faveur, soit à son détriment.

La mortalité de cette méthode est un peu supérieure à celle de la voie sous-cutanée. Mais il semble qu'elle ait été réservée surtout aux cas graves, quand les médecins ou chirurgiens traitants se sentaient pressés par la nécessité de gagner de vitesse sur un poison tétanique violent et déjà installé dans l'organisme. Sur les 31 cas cités, on en trouve 19, c'est-à-dire près des deux tiers, qui sont des cas graves, au moins de par la courte durée de l'incubation. Ceci est évidemment en faveur de la méthode.

Par contre, il est bon de faire remarquer qu'elle n'a presque jamais été employée seule. Le dépouillement des observations montre que, dans la grande majorité des cas — 24 sur 31 — elle fut associée aux injections sous-cutanées, aux injections intra-cérébrales de sérum, ainsi qu'à celles d'acide phénique. Dans les sept autres cas, les malades furent en même temps soumis au traitement ancien par le chloral et les divers calmants. Cette circonstance ne permet pas d'apprécier d'une façon très exacte la valeur absolue des injections intraveineuses.

Il me semble cependant que le jugement à formuler sur cette méthode est plutôt favorable. Son principe est le même que celui de la sérothérapie sous-cutanée. La technique en est simple; son action rapide, son innocuité démontrée. Elle paraît donc destinée à rendre des services, surtout dans les cas où la violence et la rapidité de l'intoxication imposent la nécessité d'agir vite. Il faut bien dire cependant que le nombre des observations publiées n'est pas encore assez considérable pour que ces conclusions acquièrent une valeur définitive.

C. *Injections intra-cérébrales.* — En étudiant les modalités de l'intoxication tétanique suivant le lieu d'introduction du poison, Roux et Borrel montrèrent que des lapins et des cobayes, dans le cerveau desquels on injectait directement la toxine, prenaient une forme spéciale de tétanos qu'ils dénommèrent tétanos cérébral. Quoique présentant des symptômes tout à fait particuliers, le tétanos cérébral n'en est pas moins une forme très légitime de l'intoxication tétanique.

Or, il se trouva que des lapins, préventivement immunisés, c'est-à-dire rendus réfractaires à l'injection sous-cutanée de toxine, prenaient le tétanos cérébral si la toxine était déposée directement dans leur cerveau. Sans entrer dans le détail des discussions théoriques que put soulever le fait au point de vue du mécanisme de l'intoxication et de l'immunisation tétaniques, l'expérience de Roux et Borrel démontrait nettement que l'antitoxine injectée sous la peau ne pouvait détruire que le poison circulant dans le sang, mais demeurait sans action sur la toxine déjà fixée par les centres nerveux. Le sang des animaux auxquels on donne ainsi le tétanos cérébral est cependant antitoxique; en effet, si la piqûre intra-cérébrale détermine une petite hémorragie, la toxine, ainsi mise en présence directe du sang, est neutralisée et le tétanos ne se déclare pas. On conçoit alors, disent les auteurs, la cause de l'inefficacité des injections sous cutanées de sérum quand les symptômes tétaniques se sont déjà montrés. L'idée leur vint alors de l'introduire directement dans les centres nerveux.

Je passe sur le détail des expériences qu'ils instituèrent à cette occasion. Qu'il nous suffise de savoir que Roux et Borrel concluent en disant que quelques gouttes de sérum antitétanique dans le cerveau guérissent mieux le tétanos que de grandes quantités introduites dans le sang ou sous la peau. « Il ne suffit pas, disent-ils, de donner de l'antitoxine, il faut la mettre au bon endroit. »

Bien que Roux et Borrel aient fait des réserves sur la généralisation à l'homme des résultats qu'ils avaient obtenus sur les lapins et les cobayes, leur méthode ne tarda pas à être appliquée. Leur travail avait paru dans le numéro d'avril 1898 des *Annales de l'Institut Pasteur*. Borrel faisait sur ce même sujet une communication au Congrès de Madrid le 12 avril 1898, et le 26 du même mois, la méthode était appliquée pour la première fois sur un malade de Chauffard, trépané par Quénu et injecté par Roux lui-même. Ce fut un succès.

L'enthousiasme pour la méthode intra-cérébrale fut assez vif, mais éphémère. A la fin de 1898, on pouvait déjà citer 16 cas à la Société de chirurgie de Paris. On l'employa encore beaucoup en 1899, surtout en France et quelque peu en 1900. A partir de ce moment, les observations deviennent rares et en 1901 le silence se fait sur le procédé des injections intracérébrales. Après les réserves formulées à son endroit devant la Société de chirurgie de Paris en 1898, par Courmont et Doyon, dans leur livre en 1899, les conclusions de la thèse de Lemonnier, basées sur l'analyse de 70 cas, lui sont nettement défavorables.

La statistique démontre, en effet, que les résultats obtenus par l'injection intra-cérébrale ne sont pas meilleurs que ceux que donnait le traitement ancien. Lœpper et Oppenheim ont trouvé une mortalité de 73 p. 100. Lemonnier donne, sur 70 cas, 46 morts et 24 guérisons, soit 65,7 p. de mortalité. Le tableau qui figure dans ce rapport ne s'éloigne guère de ces chiffres. Il comprend 84 cas avec 52 morts et 32 guérisons, soit une mortalité de 61 p. 100.

Le traitement par les injections intra-cérébrales paraît surtout avoir l'énorme désavantage de n'être pas inoffensif. Alors qu'on ne cite que des accidents insignifiants à la suite des injections sous-cutanées et même intra-veineuses, les observations ne sont pas rares où l'injection intra-cérébrale a provoqué des accidents sérieux et même la mort des malades. Beaucoup ont présenté des troubles cérébraux : délire, hallucinations, crises convulsives. Chez d'autres on a noté des troubles du côté du cœur, soit le ralentissement, soit l'accélération des battements. Enfin, l'élévation de la température et l'aggravation des symptômes ont parfois suivi l'injection.

Les autopsies d'ailleurs ont révélé la cause de ces phénomènes. On a trouvé maintes fois des foyers hémorragiques, des plaques de méningite au niveau des piqûres et dans un cas, celui de Gibb, un abcès cérébral qui emporta le malade après la disparition des symptômes tétaniques.

Ces exemples pourraient être multipliés par l'analyse détaillée des observations, mais il est, à mon avis, inutile de

s'étendre davantage sur une méthode aujourd'hui jugée. Le traitement par les injections intra-cérébrales est à repousser d'une façon absolue.

D. *Injections dans la cavité sous-arachnoïdienne.* — La ponction de Quincke et la rachicocaïnisation firent songer à la cavité sous-arachnoïdienne comme lieu d'introduction de l'antitoxine. Sicard, étudiant la tolérance du liquide céphalo-rachidien pour les médicaments, les alcaloïdes, les toxines et toxalbumines, devait être amené naturellement à rechercher quels seraient les résultats de la sérothérapie sous-arachnoïdienne du tétanos. Sans connaître encore les recherches de Roux et Borrel sur le tétanos cérébral, il apporta en 1898 devant la Société de biologie trois observations de ce genre de traitement. Ces trois cas étaient trois insuccès. Bientôt après, d'ailleurs, Roux et Borrel montraient que les injections de sérum dans le canal rachidien des lapins donnaient de moins bons résultats que l'injection intra-cérébrale.

Quoique née en France, la voie sous-arachnoïdienne fut surtout utilisée à l'étranger. C'est d'Allemagne que nous sont venues la plupart des observations publiées jusqu'à ce jour. Elles sont d'ailleurs peu nombreuses, et, disons-le tout de suite, peu favorables à la méthode.

On a employé deux procédés pour aborder la cavité sous-arachnoïdienne.

Le plus grand nombre des auteurs ont eu recours simplement à la ponction lombaire de Quincke. On retire 10 à 20 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien et on les remplace par une quantité équivalente ou un peu moindre de sérum antitétanique.

Collier se comporta différemment. Il enleva d'abord au trépan dans la région occipitale droite une rondelle osseuse d'un demi-pouce, et, par la fenêtre ainsi pratiquée, injecta le sérum sous la dure-mère cranienne. Ce procédé, dont on ne saisit guère les avantages, complique inutilement l'intervention qui, chez des tétaniques, doit être aussi simple que possible. Cependant le malade de Collier est un des rares qui aient guéri.

La statistique fournit des chiffres lamentables : 20 cas avec 13 morts, soit une mortalité de 65 p. 100. Il est encore à noter que, sur les 7 cas de guérison, la plupart sont peu démonstratifs.

Si, en face de quelques rares cas heureux, on place les séries noires observées en France par Sicard et Jaboulay, en Allemagne par Heubner; si on remarque que la mort a souvent suivi de quelques heures l'injection sous-arachnoïdienne, je crois que, malgré le petit nombre des cas, le procédé est à rejeter. Il est certainement inférieur à la sérothérapie sous-cutanée ou intra-veineuse et il n'est même pas possible d'admettre en sa faveur la circonstance atténuante de l'innocuité.

III

Acide phénique. Méthode de Baccelli. — Depuis longtemps déjà, Baccelli se servait de l'acide phénique en injections sous-cutanées contre les névralgies (y compris la sciatique rebelle), les neuro-myalgies et les névrites. Des résultats qu'il obtint ainsi, le professeur de Rome fut amené à conclure que l'acide phénique devait produire d'heureux effets dans le traitement du tétanos, autant comme agent modérateur du pouvoir réflexe de la moelle, que comme agent antitoxique et antithermique.

En tenant compte des travaux publiés et de quelques observations nouvelles, j'ai pu trouver la relation de 80 cas avec 72 succès et 8 morts.

1° Mode d'emploi et action de l'acide phénique. — Le meilleur moyen d'administrer l'acide phénique est de l'injecter sous la peau en solution à 2 ou 3 p. 100. On se sert généralement d'une solution aqueuse. Exceptionnellement on a fait des injections à 10 p. 100 d'huile phéniquée, pour faire pénétrer plus rapidement dans l'organisme de fortes proportions d'acide phénique.

Dès le début, d'ailleurs, Baccelli a conseillé d'employer de fortes doses de médicament. Ses imitateurs l'ont suivi dans cette voie et nous voyons Ascoli injecter à une de ses malades 72 centigrammes par vingt-quatre heures pendant sept jours, puis 60 centigrammes pendant quatre jours, et finalement donner en trente-sept jours de traitement 311 injections correspondant à 1504 centigrammes d'acide phénique.

Montebelli est allé encore plus loin et a donné pendant quarante et un jours une dose de 65 centigrammes, ce qui fait un total de 26 grammes d'acide phénique. Ce dernier auteur a associé à l'acide phénique une dose journalière de 20 grammes de sulfate de soude, ainsi que le conseille Réale dans ses *Recherches sur l'élimination de l'acide phénique par l'organisme*. Ceci dans le but d'introduire dans l'économie de l'acide sulfurique en excès qui favorise la transformation de l'acide phénique en phéno-sulfate alcalin, combinaison inoffensive. En cas de diarrhée, on peut remplacer le sulfate de soude par de la limonade sulfurique.

Il semble d'ailleurs que l'acide phénique en injections sous-cutanées soit bien supporté par l'organisme, et, d'après Baccelli, la tolérance des tétaniques paraît toujours aller en s'accentuant. Ne supportent-ils pas d'ailleurs des doses extraordinairement élevées d'opium, de bromure ou de chloral?

En fait, les auteurs italiens, qui ont si copieusement manié l'acide phénique, affirment n'avoir jamais observé de symptômes graves d'empoisonnement : céphalée, pâleur ou cyanose de la face, sueurs froides, troubles gastro-intestinaux et délire. Le plus souvent même, la coloration brune des urines, si caractéristique, n'a pu être observée. Aussi Perricone et Sappupo pensent que, chez les tétaniques, l'élimination de l'acide phénique doit se faire en grande partie par les sueurs abondantes qui accompagnent les attaques convulsives.

Dans la majorité des cas, la dose journalière injectée a été de 30 à 40 centigrammes. D'après Favero, il faudrait donner 1 centigramme d'acide phénique par kilogramme d'individu.

Les seuls accidents signalés par les auteurs ont consisté en éruptions cutanées : scarlatiniforme (cas de Poncet), morbilliforme (cas de Conti). Dans ce dernier, il y eut cependant du strabisme et on est en droit de se demander si ce n'est pas à l'acide phénique qu'il faut attribuer le délire qui précéda la mort dans l'observation de Loglio.

Localement, l'injection, faite aseptiquement, ne détermine pas autre chose qu'une sensation de brûlure cuisante, d'ailleurs passagère et d'intensité variable. Jamais, dit Ascoli, elle n'a été l'occasion d'une crise convulsive. L'adjonction d'une faible quantité de glycérine ou de camphre à la solution atténue la sensation douloureuse. Le camphre est, en outre, recommandé par Baccelli comme antidote de l'acide phénique : son action excitante peut être utile pour prévenir le collapsus engendré par ce médicament.

Telle est, dans sa simplicité, la méthode de Baccelli.

2° Propriétés de l'acide phénique. Son action dans le tétanos expérimental et équin. — L'acide phénique possède une affinité spéciale pour le système nerveux. Celui-ci, d'après les recherches de Gies, en retiendrait 0,026 p. 100, tandis que le foie n'en retiendrait que 0,009 et les reins, 0,013.

Par l'étude de ses propriétés générales, l'acide phénique apparaît comme un antiseptique, un antithermique et un modérateur des réflexes. Tel il apparut aussi à Baccelli qui vit en lui un médicament directement antagoniste de la toxine tétanique et fut amené très naturellement à l'employer contre elle.

Mais de ce que ses effets sont symétriquement contraires à ceux de la toxine tétanique, il ne s'ensuit pas que l'acide phénique ait sur cette dernière une action spécifique. Mis directement en conflit avec elle, comment va-t-il se comporter? C'est ce que l'expérimentation s'est chargée de nous apprendre.

En 1891, Kitasato et Tizzoni démontrèrent que la solution d'acide phénique à 1,5 p. 100 annulait *in vitro*, en quelques heures, le pouvoir toxique de la culture du baclle du tétanos. Ce résultat était intéressant, mais ne pouvant être regardé comme un critérium suffisant de la méthode, car d'autres substances, les composés iodés, les diverses antitoxines jouissent de la même propriété. Aussi s'adressa-t-on bientôt à l'expérimentation sur les animaux.

Babès, en 1895, traitant différents animaux avec l'injection d'acide phénique, obtint les résultats suivants :

2 chiens	2	guérisons.
3 pigeons	2	—
3 cobayes	3	—
10 rats	5	—

Tout paraissait donc plaider en faveur de la méthode de Baccelli. Mais cette série heureuse ne sè renouvela pas et les autres expérimentateurs obtinrent des résultats bien différents.

En 1897, Muzzio fit paraître le résultat de ses expériences portant sur le traitement de l'intoxication tétanique par les injections phéniquées. Elles montrèrent que les animaux ainsi traités succombent à la dose mortelle d'une toxine tétanique de Tizzoni et qu'après l'apparition des premiers symptômes du tétanos, le traitement par l'acide phénique reste sans aucune efficacité. De plus, le sang des animaux traités par l'acide phénique n'exerce aucune action neutralisante sur la toxine tétanique.

J. Courmont et Doyon expérimentèrent sur des lots de cobayes et de lapins. Le tétanos fut déterminé par injection sous-cutanée de toxine, jamais par l'inoculation du microbe. La dose limite d'acide phénique à employer fut d'abord déterminée.

L'acide phénique se montra complètement inefficace dans le traitement du tétanos expérimental. Il semblerait même, à lire de près le résultat des expériences, que l'imprégnation préalable a hâté l'issue fatale.

Josias, expérimentant sur des chèvres, est arrivé à la même conclusion.

Il en est de même des expériences de Cioffi qui n'a pu enrayer l'intoxication tétanique chez les lapins au moyen des injections phéniquées.

La question des rapports de l'acide phénique et du tétanos expérimental semblait tranchée. Cependant des cas de guérison chez le cheval avaient été publiés et personne encore n'avait expérimenté sur cet animal. D'après les conseils de son maître J. Courmont, le docteur Guillaumin est venu récemment combler cette lacune, et il conclut avec son maître que : « Le phénol n'a donc eu aucune propriété préventive ni curative. »

Une expérience montre que les injections phéniquées sous la peau, à la dose de 30 centigrammes de phénol cristallisé par jour, et avec une solution à 2 p. 100, n'ont aucun effet nocif sur l'organisme du cheval sain.

Que conclure de tous ces faits? Evidemment, le traitement phéniqué est impuissant contre le tétanos expérimental. La diversité des espèces animales essayées, l'autorité et le nombre des expérimentateurs, la variété des expériences ne permettent pas l'ombre d'un doute à cet égard. *L'acide phénique n'est pas un remède spécifique contre le tétanos.*

Il reste néanmoins une double considération qui ne permet pas d'apprécier absolument sur de simples faits de laboratoire la valeur de la méthode italienne. C'est que, d'une part, il n'est pas permis de conclure catégoriquement de l'animal à l'homme et que d'autre part il est possible que le tétanos expérimental ne se comporte pas, surtout au poin de vue de la gravité, d'une manière identique au tétanos observé en clinique humaine.

Il est donc nécessaire de voir les observations publiées et de leur examen faire jaillir, s'il est possible, la lumière de la vérité.

3° La méthode de Baccelli au point de vue clinique. — J'ai réuni tous les cas de tétanos traités par l'acide phénique que j'ai pu rencontrer dans la littérature médicale.

Cette statistique comprend 80 cas avec 72 guérisons et 8 morts, soit une mortalité de 10 p. 100.

A ne considérer que les chiffres bruts, ce résultat est bien supérieur à tout ce qui a été obtenu jusqu'à ce jour dans la thérapeutique du tétanos.

La sérothérapie fournit une mortalité de 40 à 45 p. 100 environ. Elle serait par conséquent distancée et de beaucoup par la méthode italienne. Il faut donc voir si ses résultats doivent être admis sans conteste.

Une première remarque s'impose. L'immense majorité des cas est de provenance italienne. Sur 80 cas, nous trouvons 69 cas italiens, 5 cas français (cas de Gancel, de Poncet, 2 cas de Pic, 1 d'Enriquez), 1 allemand (cas de Bidder), 5 cas anglo-américains (cas d'Oscherowsky, de Pike, de Flavel Woods, de Smart, d'Edowes). Dès lors, on peut se demander si le tétanos ne revêt pas en Italie une forme clinique moins sévère que dans d'autres contrées. Cette hypothèse n'a rien d'invraisemblable si l'on remarque que, en dehors même de toute question de traitement, les statistiques ont donné des taux de mortalité très variables suivant les pays. Il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter aux statistiques que nous avons rapportées au début de ce travail. C'est en Italie que l'on a donné les chiffres les plus bas de mortalité. Sormanni trouve de 1882 à 1887, dans les hôpitaux italiens, une mortalité de 44 p. 100, et Albertoni, d'après 176 cas traités par la méthode ancienne, une mortalité de 24 p. 100 seulement! N'est-ce pas d'ailleurs en Italie que la sérothérapie, à ses débuts, a fourni les plus belles séries? Dès 1893, on y relevait 8 cas traités par le sérum avec 8 guérisons.

Une objection très sérieuse est la suivante. Étant donné l'enthousiasme qu'a provoqué en Italie la méthode de Baccelli, n'est-il pas à craindre que, seuls, les succès aient été

publiés? C'est une tendance générale et bien naturelle qu'ont les auteurs à faire connaître surtout les cas heureux. On ne se décide que tardivement à publier les insuccès. La chose paraît bien s'être passée de la sorte pour la méthode de Baccelli. Les 26 premiers cas ont été publiés par Zori sans une seule mort. En 1898, Ascali donne une statistique de 33 cas, comprenant les 26 de Zori, auxquels il en ajoute 7 avec une mort. En 1901, Benvenuti réunit 27 nouveaux cas avec 2 morts. Parmi les 20 cas nouveaux que j'ai pu réunir depuis le travail de Benvenuti, je trouve 5 morts. En décomposant ainsi la stotistique globale, on voit que le taux de la mortalité va sans cesse en augmentant et que nous arrivons dans le dernier fragment à une mortalité de 25 p. 100 : c'est à peu près le chiffre d'Albertoni. N'est-il pas évident que le phénomène tient à ce que les insuccès commencent à être publiés plus facilement qu'au début?

Après ces considérations générales sur la valeur de la statistique, nous allons essayer de nous rendre compte, par l'examen détaillé des faits, de l'efficacité de l'acide phénique. Il importe d'abord d'éliminer tous les cas bénins, qui auraient notoirement guéri avec n'importe quel traitement et même sans traitement. Voici par exemple l'observation d'Edowes : Tétanos traumatique débutant le vingt-deuxième jour après la blessure. Les symptômes tétaniques se développent lentement. On donne du chloral, du bromure. Neuf jours après le début de la maladie, on institue le traitement à l'acide phénique. Guérison.

Il est évident pour tout le monde qu'une telle observation ne prouve rien. En prenant, comme mesure de la gravité du tétanos, une incubation moindre de dix jours et une température élevée, qui sont les deux critériums les plus généralement admis, nous arrivons à retenir 19 cas. En y ajoutant les 8 cas mortels, cela fait 27 cas sérieux, avec une mortalité de 29 p. 100.

Parmi les 19 cas de guérison, il y a encore quelques éliminations à faire.

Ces exemples montrent qu'on doit être très réservé dans l'appréciation de la gravité d'un cas de tétanos. Il faut néanmoins reconnaître que, même en se montrant très sévère à ce point de vue, on obtient sur la statistique présentée un total de 21 cas graves avec 8 morts, ce qui donne une mortalité de 37 p. 100. Ce chiffre est encore un des plus beaux que l'on ait obtenus dans le traitement du tétanos et suffit à justifier l'emploi de la méthode de Baccelli, au moins jusqu'à ce que de nouveaux cas aient été publiés.

Les Italiens d'ailleurs ne donnent pas l'acide phénique comme un spécifique de la toxine tétanique, et les résultats expérimentaux sont là pour le prouver. Il atténue les spasmes et les contractures, modère le pouvoir réflexe des centres nerveux, et, peut-être, favorise la production de l'antitoxine. Là s'arrête son action.

Concluons donc que les injections d'acide phénique doivent être regardées comme un bon traitement symptomatique du tétanos, mais que la méthode de Baccelli laisse le champ ouvert à la recherche du véritable traitement spécifique de cette affection.

IV

Opothérapie. — Cette méthode thérapeutique a pour fondement une expérience célèbre de Wassermann et Takaki. Voici la découverte de ces deux observateurs. « On prend un cerveau de cobaye normal, on le pile, on le mêle à 10 centimètres cubes d'eau salée. 1 centimètre cube de cette émulsion mélangé avec de la toxine tétanique neutralise jusqu'à 10 doses mortelles et atténue 60 doses mortelles de celle-ci, injectées à la souris. La substance nerveuse a rendu la toxine inoffensive. Aucune autre partie du corps du cobaye ne jouit des mêmes propriétés. La moelle est moins active que le cerveau.

Outre cette neutralisation *in vitro*, Wassermann et Takaki affirmaient que la substance nerveuse peut être vaccinante et curative. Injectée vingt-quatre heures avant la toxine à la souris, l'émulsion du cerveau préserverait la souris contre 3 à 5 doses mortelles; injectée six heures après, elle pourrait empêcher l'apparition du tétanos.

Des cerveaux de lapin, pigeon, homme, cheval ont offert les mêmes propriétés. Les moelles ont toujours été moins actives. » (Courmont et Doyon, loc. cit.)

Cette expérience a soulevé de nombreuses et intéressantes discussions sur la pathogénie du tétanos, sur le mode d'action de la toxine. Je ne m'y arrêterai pas. Mais cette constatation de la neutralisation de la toxine par la matière cérébrale inspira l'idée d'utiliser cette propriété du tissu nerveux dans le traitement du tétanos.

Il importe tout d'abord d'être bien fixé sur la valeur de laboratoire des conclusions de Wassermann et Takaki. Or si le fait de la neutralisation *in vitro* de la toxine par l'émulsion de cerveau a été reconnue vraie, il n'en est pas de même de ses propriétés immunisantes et curatives. Il est nécessaire, pour que l'action se produise, qu'il y ait mélange intime et permanent des deux substances. Si, à l'exemple de Marie, on injecte en même temps l'émulsion et la toxine en deux points différents du corps du même animal, celui-ci prend le tétanos comme un témoin. Ce seul fait détruit scientifiquement l'hypothèse d'une propriété curative quelconque de l'émulsion.

D'autres expériences ont montré que la toxine n'était pas détruite par les éléments nerveux, mais simplement fixée par eux. En injectant le mélange, on donne aux phagocytes le temps de détruire le poison, mais c'est tout; car on peut défaire mécaniquement le mélange et, dans le liquide ainsi obtenu par centrifugation, on retrouve la toxine avec la virulence initiale.

Ainsi donc, en ne tenant compte que des expériences de laboratoire, il y a peu d'espoir à fonder sur ce procédé thérapeutique.

La statistique n'est pas non plus suffisante pour entraîner la conviction, et ce que nous savons des résultats expérimentaux oblige à formuler sur l'opothérapie du tétanos les plus expresses réserves.

V

Conclusions. — Arrivé au terme de cet exposé, pouvons-nous conclure et déduire de notre étude un traitement rationnel du tétanos?

Un fait se dégage, indubitable : c'est la prévention possible de la redoutable complication. La sérothérapie préventive possède une action certaine, et si elle était systématiquement appliquée à tous les blessés, le tétanos disparaîtrait de la pathologie humaine, comme la variole devant le vaccin. Malheureusement, c'est là un idéal impossible à atteindre, car le tétanos est relativement trop rare pour que l'on puisse faire accepter une telle pratique. Il n'en reste pas moins que le traitement préventif est formellement indiqué dès qu'on se trouve en présence d'une plaie suspecte, c'est-à-dire d'une plaie contuse, anfractueuse, souillée de terre ou

de débris étrangers. L'abstention en pareil cas est une faute, et tous les efforts doivent tendre à faire reconnaître aussi vite que possible les blessures tétanigènes.

En face d'un tétanos déclaré, il faut reconnaître que nous sommes encore désarmés.

Cependant, la sérothérapie constitue encore à ce moment notre ressource la plus précieuse. Par elle, on pourra agir sur les cas chroniques à évolution lente et apporter ainsi un secours efficace aux efforts spontanés de l'organisme vers la guérison. La voie d'introduction du sérum sera l'injection sous-cutanée et, pour quelques indications exceptionnelles, l'injection intraveineuse. Les voies cérébrale et sous-arachnoïdienne sont à rejeter comme inutiles et dangereuses.

Le chloral et l'acide phénique constituent des médications symptomatiques destinées à agir sur la contracture. Elles ne doivent être considérées que comme des méthodes auxiliaires. Il est bon de les utiliser en même temps que le sérum. Toutefois, la toxicité de l'acide phénique et l'innocuité du chloral doivent, jusqu'à nouvel ordre, faire donner la préférence au second de ces agents médicamenteux.

Il est impossible de former un jugement sur les autres méthodes proposées : mais rien n'autorise à espérer qu'elles puissent fournir un agent véritablement spécifique ou seulement supérieur à ceux que nous possédons déjà.

Quant au traitement chirurgical, il se bornera à la désinfection antiseptique de la plaie.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(15 OCTOBRE 1902)

Un court rapport fait dans l'une des dernières séances par M. Guinard sur un travail de M. Proust relatif à la prostatectomie a ramené la discussion de cette opération encore à l'étude, surtout au point de vue de ses résultats éloignés. M. Legueu, en venant communiquer plusieurs faits nouveaux, traite la question à un point de vue général et envisage cette opération sous le rapport de sa technique, de ses résultats et de ses indications.

La technique opératoire à laquelle a recours M. Legueu, est exactement celle qu'a décrite M. Proust. Comme lui, il estime qu'après avoir fait l'incision périnéale, avoir ainsi mis à nu la prostate, il faut ouvrir l'urètre. C'est, selon lui, le meilleur moyen de faciliter la libération de la prostate. Il s'applique autant que possible à enlever celle-ci sans la morceler. M. Legueu ne comprend le morcellement que dans les cas où il s'agit de faire passer une grosse tumeur par une filière trop étroite. Or la prostate la plus grosse pourra toujours passer par la filière pelvienne. Dans ces conditions le morcellement dans la prostatectomie devient donc une manœuvre inutile. La prostate enlevée, M. Legueu résèque ce qui reste en trop de l'urètre et reconstitue celui-ci sur une sonde. Comme M. Proust, comme M. Guinard, M. Legueu admet donc comme une nécessité l'ouverture de l'urètre. Dans un seul cas, M. Legueu eut à combattre une hémorragie assez importante. Il reste, après cette opération, une fistule assez désagréable, qui prolonge de cinq à six semaines la nécessité des soins consécutifs. La sonde périnéale doit rester en place une huitaine de jours. La plaie périnéale demande bien six semaines pour sa cicatrisation.

Voici les résultats qu'a obtenus M. Legueu : sur 12 prostatectomies, il n'a eu qu'un décès post-opératoire chez un homme de soixante-douze ans qui avait des lésions rénales, dont la prostate pesait 146 grammes, qui avait de la rétention d'urine et dont la muqueuse vésicale, altérée, ulcérée, friable, était le siège d'hémorragies fréquentes ; le malade a succombé le dixième jour de cachexie urinaire chronique. Les 11 autres opérés ont guéri. Dans deux cas de rétention aiguë, les accidents ont complètement disparu après l'opération. Les résultats ont été immédiatement satisfaisants. Mais ce sont là des cas dans lesquels d'autres moyens, la castration double, par exemple, ont donné aussi de bons résultats. Dans plusieurs cas de rétention complète et chronique, les résultats immédiats ont été favorables. Dans plusieurs cas de cystite avec résection, il y a eu, pendant quelques jours, de l'incontinence diurne et nocturne, mais ce ne sont là que des accidents passagers. Enfin dans un seul cas, il y a eu une hématurie quelque peu persistante, de cause inconnue.

Quelles sont les indications de l'opération ? La prostatectomie est une opération de choix dans les cas d'hypertrophie de la prostate. Doit-elle être appliquée dans tous les cas ? Certes non, quand il n'y a que de la dysurie sans rétention, il n'y a pas lieu de pratiquer la prostatectomie. Mais quand il y a dysurie avec rétention aiguë et grosse prostate, il faut faire l'opération en question.

Tous les cas de rétention chronique complète rentrent également dans le cadre des affections tributaires de la prostatectomie. Quand il y a rétention incomplète avec des calculs, il faut pratiquer la taille périnéale et, chemin faisant, enlever la prostate si elle est grosse.

Les contre-indications de l'opération sont tirées de l'état général, de l'importance des lésions rénales, des lésions du cœur. Il ne faut pas pratiquer la prostatectomie au-delà de soixante-douze ans : la prostatectomie ne doit être ni précoce, ni tardive.

M. Albarran rappelle que, quand il est venu apporter les résultats de ses 18 premières prostatectomies, suivies de 18 succès opératoires, il a rencontré un certain scepticisme. Depuis cette époque, un grand nombre de prostatectomies ont été pratiquées en France et la grande majorité des chirurgiens semblent se rallier aujourd'hui à l'opinion soutenue alors par M. Albarran. Au point de vue de la technique opératoire, M. Albarran ne partage pas l'opinion de M. Legueu au sujet du morcellement, qu'il trouve le plus habituellement utile. Grâce à lui, on évite des dégâts que l'on commet facilement quand on opère trop vite. M. Albarran recommande donc le morcellement méthodique. Faut-il ouvrir l'urètre ? Oui, dit-il, puisque, quand on ne l'ouvre pas délibérément, on l'ouvre accidentellement. L'ouverture de l'urètre facilite beaucoup l'opération et permet ensuite un drainage périnéal très utile. Dans les deux seuls cas où M. Albarran a refermé l'urètre, il a eu des fistules plus graves et plus durables que dans les cas où il l'a ouvert.

M. Albarran apporte aujourd'hui une statistique de 42 prostatectomies avec 41 guérisons et une seule mort après cinq semaines, dans un cas de rétention complète avec double pyélonéphrite. On peut donc dire d'une façon générale que l'opération par elle-même est bien peu grave.

M. Albarran communique avec détails les résultats qu'il a obtenus dans ces 42 cas, dont 30 remontent déjà au delà de six mois. Ce ne sont donc pas des résultats immédiats, post-opératoires, qu'il fournit, mais bien réellement des résultats thérapeutiques. Il examine successivement ces résultats dans les cas de rétention complète récente avec grosse prostate, dans les cas de rétention incomplète, dans les cas de rétention chronique complète. Il résulte de l'examen de l'ensemble de ces faits que les résultats, d'une façon générale, sont plutôt moins bons dans les cas de rétention incomplète que dans les cas de rétention complète. En somme, un assez grand nombre de guérisons, beaucoup d'améliorations et très peu d'insuccès.

Quant aux indications de la prostatectomie, M. Albarran ne se trouve pas encore en droit de les formuler bien nette-

ment. Il faut attendre, dit-il, et il n'a voulu, dans cette communication, qu'apporter des documents.

Dans la dernière séance, M. Legueu avait communiqué un cas d'**appendicite** traitée médicalement et ayant entraîné une péritonite suppurée généralisée mortelle. En produisant ce fait, M. Legueu a eu surtout pour but de montrer les dangers de l'expectation et, interventionniste immédiat, il a tenu à montrer un fâcheux exemple à la charge des opérateurs à froid. M. Reynier revient sur ce fait et regrette la publicité que lui a donnée M. Legueu. Temporisateurs ou interventionnistes, dit-il, nous avons tous des cas exceptionnels malheureux. Si les uns ou les autres avaient tout à fait raison, l'accord serait bien vite fait et c'est parce qu'il y a des cas malheureux dans les deux camps que l'on discute et que l'on discutera longtemps encore. Aussi serait-il plus utile de publier des statistiques portant sur un grand nombre de faits que ces faits eux-mêmes isolés. En outre, M. Reynier fait observer que, dans l'observation de M. Legueu, les renseignements sont insuffisants : n'y a-t-il pas eu d'imprudences commises ? n'a-t-on pas donné à manger trop tôt à l'enfant ? N'y a-t-il pas eu un purgatif intempestif ?

Quoi qu'il en soit, il s'agit d'un cas malheureux isolé. Si nous voulions en trouver chez les interventionnistes, ajoute M. Reynier, cela nous serait facile ; nous n'aurions qu'à consulter les journaux politiques.

Les chirurgiens qui ont soutenu les avantages de la temporisation n'ont jamais voulu parler que d'une temporisation armée, raisonnée. Il est bien entendu qu'en présence du moindre signe de la formation d'un abcès, on intervient. Peut-être que si la température avait été prise régulièrement chez le petit malade dont a parlé M. Legueu, on aurait saisi une indication d'intervenir et, qu'opéré à temps, cet enfant eût peut-être guéri.

M. Chaput vient appuyer les conclusions de M. Legueu et il apporte trois observations à l'appui : dans un premier cas, il s'agissait d'un jeune homme de dix-neuf ans ayant eu déjà deux atteintes antérieures d'appendicite ; appelé pour une troisième atteinte, M. Chaput opère immédiatement, trouve un appendice gangrené et une péritonite généralisée ; il draine et son malade guérit. Si nous avions attendu, dit-il, le malade serait mort.

Le second cas est analogue au premier.

Dans le troisième cas, il s'agit également d'un jeune homme ayant eu une première atteinte en juin 1901. Survient une seconde atteinte qui est encore traitée médicalement ; M. Chaput est appelé pour l'opérer à froid ; il opère, trouve un gros appendice avec un abcès dans la partie terminale libre de l'appendice. Le malade est pris consécutivement d'hématuries, d'anurie, puis d'hémorragie dans le ventre, qui nécessite une seconde laparotomie. Il meurt d'urémie. A l'autopsie, on trouve une parfaite intégrité du péritoine et les deux reins gros et blancs.

M. Chaput ajoute que ces opérations faites à froid ne sont pas toujours innocentes et, dans ce cas, il se demande si la néphrite était antérieure ou a été postérieure à l'opération. Affaire d'examen préalable, pensons-nous.

M. Chaput estime toute opération à chaud comme bénigne, pourvu qu'elle soit pratiquée dans les premières vingt-quatre heures et sans chloroforme, sans rachicocaïnisation, mais avec cocaïne locale.

M. Legueu s'élève avec énergie contre les assertions émises par M. Reynier. Il croit pouvoir maintenir ses conclusions.

Nous mentionnerons seulement un rapport de M. Chauvel sur un mémoire de M. Dubujadoux relatif à la **statistique** de sa pratique chirurgicale à l'hôpital de Blidah : 854 opérations avec 22 décès.

M. Walther a opéré le sujet de **sexe douteux** qu'il a présenté dans la dernière séance : du côté gauche, il a trouvé un ovaire et une trompe à peu près normaux ; il a fait la cure radicale de la hernie. Du côté droit, il a trouvé un gros ovaire altéré avec une salpingite et des adhérences épiploïques ; il a réséqué ces annexes et, pour bien s'assurer si l'hémostase était parfaite, il a fait une incision médiane qui lui a permis de constater la présence d'un utérus. Donc, plus de doute, ce sujet, considéré par presque tous comme un homme, était bien une femme, malgré sa verge érectile et éjaculatrice.

Nous avons eu l'occasion de voir un cas tout à fait semblable à l'hôpital Péan. Inscrit comme garçon sur les registres de l'état-civil, cet individu a été opéré par Péan, qui a trouvé également des ovaires et un utérus. Il a pu obtenir, non sans difficultés, que le sexe de cet individu soit modifié sur les registres de l'état-civil, afin qu'il fût dispensé du service militaire. Cet individu a été longtemps placé chez un de nos confrères comme bonne à tout faire. Autant qu'il nous en souvienne, ses appétits sexuels étaient assez variables. Il courait volontiers, paraît-il, du blond à la brune.

En raison du Congrès de chirurgie, il n'y aura pas de séance mercredi prochain.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Asiles publics d'aliénés de la Seine. — Le lundi 1er décembre 1902, à midi précis, il sera ouvert à la préfecture de la Seine, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Évrard, Villejuif et Maison-Blanche et l'infirmerie spéciale des aliénés à la préfecture de police.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux heures à cinq heures, du lundi 3 au samedi 15 novembre 1902 inclus.

L'enseignement colonial à Lyon. — La Chambre de commerce de Lyon vient de publier le programme de l'enseignement colonial qu'elle fait donner depuis trois ans au palais du Commerce.

A côté des cours : d'histoire et de géographie coloniales, professé par M. Zimmermann ; d'économie et de législation coloniales (M. Brouilhet) de cultures et de productions coloniales (M. Vaney) ; de chinois (M. Maurice Courant) ; d'arabe (M. Bénali Fékar) ; figure un cours d'hygiène et de climatologie coloniales professé par le docteur Navarre et dont voici le programme :

Les climats tropicaux, où sont situées nos principales colonies, nécessitent une hygiène spéciale. Il n'est pas de question plus urgente pour le colonial que celle de sa santé et de connaître les moyens de la *conserver* comme de la *préserver*.

Le programme du cours d'hygiène coloniale est tout entier en ces deux mots. Il est complet en deux années.

Dans la première année le professeur y donne aux élèves des moyens simples et pratiques d'entretenir les défenses naturelles de l'organisme, de *conserver* la santé par une entente rationnelle du régime alimentaire et de celui des boissons, de l'habitation, du vêtement, des soins de la peau et des divers organes.

Dans le cours de la deuxième année, l'élève apprend à se *préserver* des maladies exotiques. L'hygiène prophylactique est nécessairement basée sur la connaissance des causes de ces maladies. Cette partie très moderne de l'hygiène a acquis en ces dernières années une précision inconnue aux anciens, et de la notion des germes animés se déduisent des précautions et des prescriptions presque mathématiques. Connaître les germes et le mode de propagation de la malaria, du choléra, de la peste, c'est savoir en même temps, presque à coup sûr, les éviter.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 119. — MARDI 21 OCTOBRE 1902. 75e ANNÉE. MARDI 21 OCTOBRE 1902. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE CHIRURGICALE

TRÉPANATION POUR TROUBLES CONSÉCUTIFS A UNE FRACTURE ANCIENNE DU CRANE

Par A. BROCA,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Par une anomalie singulière, je me trouve amené à prendre la parole, dans cet amphithéâtre de la clinique gynécologique, pour vous expliquer quelle conduite nous devons tenir dans un cas de lésion traumatique du crâne chez un enfant du sexe masculin. Cet enfant, dont l'histoire est à divers égards très instructive, a été admis dans le service il y a quelques jours par M. Pozzi, qui a bien voulu me reconnaître quelque compétence sur le sujet et confier le malade à mes soins.

Dans ses grands traits, l'observation est assez simple : nous sommes en présence d'accidents cérébraux consécutifs à une fracture ancienne du crâne et vous allez conclure avec moi, j'espère, que l'indication opératoire est assez claire. Mais parmi les troubles aujourd'hui observés tous ne sont pas faciles à interpréter, et en particulier je vous dirai tout de suite, pour prendre le taureau par les cornes, qu'un des plus importants d'entre eux, sinon le plus important, une surdité complète, échappe à notre compréhension.

Je ne vous dissimule donc pas cette obscurité, en raison de laquelle il me sera impossible de vous donner, sur l'avenir du sujet, un avis nettement motivé, mais j'estime que, cela mis à part, il reste dans cette histoire clinique assez de points bien étudiés pour que vous emportiez d'ici quelques notions précises.

I

Le garçon que je vous présente est âgé de vingt-cinq mois. Comme développement physique, c'est un bel enfant, qui paraît à première vue vigoureux, mais qui marche avec difficulté : pas plus aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs il n'a de muscles paralysés, mais il marche les jambes écartées, en penchant en avant une tête qui entraînerait le corps s'il ne donnait la main à sa mère.

C'est déjà là un trouble fort important; et surtout vous constatez que l'enfant est sourd, mais d'une surdité complète, telle qu'il semble n'entendre aucun bruit, telle qu'il en est arrivé à ne plus parler; C'est un sourd qui est devenu muet.

Vous savez en effet que la parole n'est pas une fonction primordiale du cerveau : l'enfant vient au monde doué de l'audition et possesseur d'un cerveau susceptible d'éducation phonétique. Il entend les sons, s'en souvient et par imitation les reproduit, en apprenant peu à peu à leur attribuer l'articulation et le sens dont ils sont revêtus dans notre langage courant. Donc, nous parlons parce que nous avons d'abord pu entendre et emmagasiner les sons, et il semble bien que dans la surdi-mutité congénitale le trouble principal soit la surdité ; le sujet est muet parce qu'il est sourd.

La surdi-mutité congénitale n'est évidemment pas une infirmité des plus communes ; le nombre des sourds-muets est au total assez faible. Mais ce qui est particulièrement exceptionnel, c'est de rencontrer un enfant qui, ayant déjà commencé à parler, soit rendu muet par une surdité assez absolue pour couper court à toute éducation phonétique ultérieure, assez précoce pour que disparaissent rapidement les traces de l'éducation déjà commencée ; or, c'est ce qui paraît avoir eu lieu dans le cas actuel.

Tous les accidents, en effet, remontent à un trauma cranien qu'a subi l'enfant à l'âge de dix-neuf mois, le 19 novembre 1901. Il a reçu un coup de pied de cheval au-dessous et en arrière de la bosse pariétale gauche. D'où, pendant une heure, perte de connaissance complète, sans incontinence des sphincters toutefois, et pendant quatre jours hébétude, absence de parole, refus de nourriture, constipation opiniâtre. Puis les choses se sont arrangées, si bien qu'au bout de cinq ou six jours on pouvait lever le blessé et que tout semblait rentré dans l'ordre. Que s'est-il passé au juste du côté de la plaie ? la mère n'est pas explicite sur ce point. Nous savons seulement que la guérison a été rapide, et d'autre part la cicatrice étroite et souple que nous voyons aujourd'hui est l'indice sinon d'une réunion immédiate parfaite, au moins d'une suppuration à peu près nulle. Et cependant il me paraît certain que cette plaie, au premier abord insignifiante, a été l'origine, pour une bonne partie au moins, des phénomènes pour lesquels nous sommes aujourd'hui convoqués.

Quels sont, en effet, les facteurs de gravité des fractures du crâne ? Les lésions osseuses par elles-mêmes ne sont que d'intérêt accessoire, tandis que celles de l'encéphale jouent

le premier rôle. Mort prompte ou lente, paralysies persistantes, déchéance psychique, tout cela provient des lésions méningo-encéphaliques primitives ou consécutives, produites soit immédiatement par la force vulnérante, soit secondairement par l'infection.

Il me semble certain que chez l'enfant la gravité immédiate des traumas craniens est, à violence égale, moins grande que chez l'adulte, et cette assertion est confirmée par l'observation de notre malade pendant les premiers jours : malgré l'intensité des accidents primitifs, le rétablissement fut rapide et parut d'abord complet. C'est que, chez l'enfant, l'attrition cérébrale est en général plus profonde que chez l'adulte au niveau même du foyer de fracture, mais moindre à distance ; or, ce qui tue tout de suite les blessés, c'est la commotion ou la contusion par contre-coup bien plus que la lacération directe du cerveau. Mais tout n'est pas dit quand cette étape a été franchie : et notre malade s'est en effet tiré moins heureusement du deuxième pas.

Après une semaine de bonne santé apparente, c'est-à-dire environ quinze jours après l'accident, l'anorexie et l'hébétude revinrent et l'enfant dut rester au lit pendant deux mois, souffrant à peu près chaque jour, surtout l'après-midi, de crises durant cinq ou six heures : il poussait des cris perçants et portait sans cesse ses doigts dans les conduits auditifs externes, mais ne présentait ni paralysies, ni contractures, ni convulsions, ni vomissements. La santé néanmoins se rétablit peu à peu et l'enfant put se lever. Mais au bout d'une quinzaine il fut pris de vomissements avec un peu de fièvre qui durèrent deux ou trois jours, et c'est à ce moment que les parents constatèrent, du jour au lendemain, une surdité bilatérale et complète. Puis peu à peu l'enfant est devenu moins loquace : au point qu'aujourd'hui il ne parle plus ; tout au plus prononce-t-il encore, de temps en temps, le mot « maman ».

II

Cette histoire est celle d'une méningite relativement bénigne, terminée par guérison, et la porte d'entrée de cette infection secondaire ne peut être cherchée que dans la plaie cutanée.

Deux portes d'entrée peuvent en effet donner accès à la méningite : ou bien une plaie cutanée fait communiquer les méninges avec l'extérieur, à travers la fracture de la voûte, ou bien une fissure irradiée à la base déchire à la fois un cul-de-sac arachnoïdien et la muqueuse d'une cavité naturelle. C'est même à cette déchirure simultanée que les fractures de la base du crâne doivent leur seul signe pathognomonique, mais inconstant, l'écoulement au dehors du liquide céphalo-rachidien. Or, chez notre malade on n'a observé aucun symptôme de fissure irradiée à la base et cela concorde, malgré la violence du trauma initial, avec ce que nous savons sur la rareté des fissures de la base du crâne chez l'enfant. Je vous ferai, en outre, remarquer que l'on ne voit pour ainsi dire jamais guérir la méningo-encéphalite consécutive aux fractures de la base, tandis que l'on voit encore assez souvent se circonscrire celle qui vient compliquer les fractures de la voûte avec plaie. Cela se comprend assez bien, car dans ce dernier cas nous sommes jusqu'à un certain point armés pour limiter la diffusion du mal en débridant et en drainant la plaie ; et même sans cela, dans les formes bénignes d'infection, l'écoulement spontané des liquides septiques au dehors peut être suffisant. C'est impossible, au contraire, pour une étroite fissure de la base, faisant communiquer les méninges avec une cavité naturelle dont l'asepsie est irréalisable.

Nous sommes donc conduits à admettre que ces troubles cérébraux, dont le début a été un peu retardé, sont imputables à une méningite légère et cela explique bien l'incertitude de la marche, les modifications de caractère. Mais pourquoi l'enfant est-il devenu sourd ? A cette question je ne puis vous apporter de réponse plausible.

La première idée qui vient à l'esprit, dans un cas de surdité consécutive à une fracture du crâne, est de songer à une fracture transversale du rocher avec déchirure du nerf auditif ; et de temps à autre, quoique assez rarement, les deux pyramides se trouvent brisées simultanément. Or si on dit parfois que la fissure cranienne irradiée à la base n'existe pas chez l'enfant, on admet une assertion erronée : j'ai vu — quoique, il est vrai, pas à dix-neuf mois — des fractures du rocher démontrées par l'examen clinique et par l'autopsie. Mais dans le cas particulier, il n'y a eu aucun symptôme immédiat ou secondaire de fracture de la base : ni sang, ni liquide céphalo-rachidien ne se sont écoulés par l'oreille ; il ne s'est fait nulle part d'ecchymose à distance caractéristique ; il n'y a pas eu de paralysie faciale, dont il ne resterait d'ailleurs aujourd'hui aucune trace.

Le seul signe actuel en rapport avec la possibilité d'une lésion pétreuse est un léger strabisme interne de l'œil gauche. Il y a, en effet, un mouvement spécial de bascule dans lequel la pointe du rocher s'arrache et le nerf moteur oculaire externe se trouve déchiré ou comprimé. Mais depuis quand l'enfant louche-t-il ? Nous l'ignorons, et la mère aussi : ce qui nous prouve que ce symptôme a toujours été assez léger pour être méconnu, tandis que d'ordinaire, même quand il doit s'atténuer par la suite, le strabisme interne consécutif aux fractures du rocher est au début trop net pour passer ainsi inaperçu.

Le tympan est des deux côtés absolument normal : au point qu'on ne puisse même pas admettre raisonnablement qu'il ait subi lors du trauma une déchirure de quelque importance. Il est vrai que cela doit vous faire faire quelques réserves sur la possibilité d'une fissure du rocher sans symptômes révélateurs : car les écoulements caractéristiques de sang ou de liquide céphalo rachidien ne se manifestent au dehors, dans le conduit auditif externe, que si le tympan est rompu.

Mais contre cette hypothèse s'inscrit en faux l'histoire racontée par la mère. Vous devez toujours tenir jusqu'à un certain point pour suspectes les analyses symptomatiques faites par les profanes. Cependant les commémoratifs sont dans le cas particulier trop nets pour être négligés, et nous devons partir de cette donnée que l'ouïe s'est perdue assez longtemps après le trauma, au bout de trois mois environ, et à la suite d'accidents méningés.

Il ne nous est pas facile d'aller plus loin et en particulier nous ignorons si la lésion causale est corticale ou périphérique : cette analyse symptomatique, toujours délicate, est tout à fait impossible chez un enfant aussi jeune, qui paraît n'entendre absolument rien et qui surtout ne répond rien du tout.

Un dernier doute devait être levé avant d'attribuer à la seule influence du trauma la genèse de ce symptôme mal expliqué et c'est à propos de lui que, par acquit de conscience, vous m'avez entendu poser à la mère les questions qui nous mettent habituellement snr la piste de la syphilis héréditaire. Il est, en effet, des surdités complètes et non

congénitales qui relèvent de cette cause; et dans un cas aussi peu clair les coïncidences les plus anormales doivent être recherchées. Or l'enfant est né à terme et n'a jamais présenté de symptômes suspects, il s'est élevé sans encombre jusqu'au jour du trauma; les frères et sœurs de même; la mère n'a fait aucune fausse couche.

En sorte que, malgré son peu de vraisemblance, l'hypothèse la moins mauvaise est de croire à un reliquat de méningite diffusée vers la base, quoique l'intégrité de toutes les autres paires craniennes soit insolite. C'est encore plus admissible que de croire à une destruction bilatérale aussi limitée, aussi symétrique des centres corticaux — d'ailleurs mal connus — de la fonction auditive. Quant à la survenance assez tardive de cette paralysie, elle est rare, mais est loin d'être en désaccord avec ce que nous savons sur les conséquences éloignées des traumas craniens.

III

L'intervention secondaire d'une méningite adhésive nous rend compte, en outre, de l'état local du crâne au niveau de l'ancienne fracture.

A ce niveau, un peu en arrière et au-dessous de la petite cicatrice, la partie postérieure et inférieure du pariétal gauche est enfoncée sur une surface large à peu près comme une pièce de 5 francs et là vous sentez sous le doigt une bande dépressible, courbe à concavité inférieure, large d'environ 1 centimètre sur 3 à 4 de long. C'est bien là une perte de substance de la boîte cranienne, car les battements systoliques du cerveau y soulèvent notre doigt, et même vous voyez les battements sans rien toucher, si vous regardez la région à jour frisant.

Il vous paraîtra sans doute tout à fait simple d'expliquer la formation de ce trou par la perte d'un morceau d'os au moment du trauma, que cet os ait été enlevé primitivement, ou qu'il se soit secondairement nécrosé. Mais je ne crois pas que cette opinion soit justifiée. La plaie a sûrement été petite; la cicatrice n'adhère pas à l'os et siège à 2 bons centimètres au-dessus et en avant de la fente osseuse; en dehors d'elle, il n'y a aucune trace d'une intervention opératoire, dont la mère n'eût d'ailleurs pas perdu le souvenir, pas plus qu'elle n'aurait pu ignorer une suppuration prolongée avec issue d'esquilles. Ces constatations rendraient, chez l'adulte, les choses incompréhensibles, tandis qu'ils vont très bien avec ce que nous savons sur les fissures de la boîte du crâne chez l'enfant en bas âge.

En principe, la consolidation osseuse des fractures du crâne est plus facile chez l'enfant que chez l'adulte; et en fait elle est souvent observée. Mais dans le tout jeune âge, au-dessous de deux ans, alors que l'ossification cranienne est encore d'une moindre solidité, alors que le jeu des sutures leur permet de se laisser distendre excentriquement sous l'action de l'expansion cérébrale, un phénomène analogue, bien analysé dès 1883 par Weinlechner et en 1886 par Lannelongue, peut se passer au niveau des fissures accidentelles des os de la voûte. Au lieu de se combler comme il est de règle, la fissure s'élargit peu à peu. Vous comprenez que l'intervention du rachitisme — nulle et d'ailleurs inutile dans le cas particulier — puisse prolonger de quelques mois la période pendant laquelle cette modification est possible.

Voilà déjà un premier point, mais ce n'est pas le seul.

Tandis que chez l'adulte le périoste est assez fortement adhérent à la face externe des os de la voûte et que la dure-mère est au contraire facile à en décoller, l'inverse s'observe chez l'enfant: d'où ce fait, qu'aujourd'hui je me borne à constater, que la dure-mère est la plupart du temps déchirée le long de la fente osseuse, que les bords de cette fente viennent contusionner l'écorce et qu'à travers cette solution de continuité de l'os et de la dure-mère le liquide céphalo-rachidien, mêlé de plus ou moins de sang, vient s'accumuler sous le périoste intact qu'il décolle. D'où une tumeur liquide, très volumineuse parfois, qu'on appelle la céphalhydrocèle traumatique.

Que devient cette tumeur? Cela dépend des os. Quelquefois il ne s'établit pas d'adhérence entre les méninges et la brèche osseuse, en sorte que, la communication restant libre, la collection sous-périostée de liquide céphalo-rachidien persiste. Le fait est assez rare: la plupart du temps des adhérences se forment, qui empêchent le liquide céphalo-rachidien de se renouveler dans la poche extra-cranienne, de façon que la tumeur se résorbe, et qu'il reste seulement une fissure, peu à peu élargie, au fond de laquelle on sent battre le cerveau.

Mais cela ne va pas sans des altérations concomitantes du cerveau dont l'inflammation chronique, quelquefois progressive, peut aboutir à des lésions très graves, et même à la porencéphalie traumatique. Il y a un degré auquel les lésions ne sont plus susceptibles d'amélioration et le sujet est voué à des infirmités physiques et psychiques plus ou moins accentuées, parfois peu à peu aggravées.

Je m'en tiens, pour aujourd'hui, à ces quelques notions sur la céphalhydrocèle traumatique: il fallait vous les donner, puisque les lésions que vous constatez au crâne doivent vous être expliquées, mais je n'entre pas dans de plus longs développements, car l'intérêt principal de l'observation est de discuter l'opportunité et les résultats possibles d'une intervention chirurgicale.

IV

Tout à l'heure je vous ai dit, en passant, que la gravité immédiate, *quoad vitam*, des traumas cérébraux paraissait être moindre chez l'enfant que chez l'adulte. Au rebours, les troubles psychiques éloignés semblent plus à redouter. On affirme bien, sans doute, que certains enfants, jusque-là peu intelligents, ont dû à une violence sur la tête leur supériorité cérébrale ultérieure; et on a coutume, à l'appui de cette assertion, de citer Grétry et le père Mabillon. A supposer que ce ne soit pas là une de ces légendes dont on entoure volontiers l'enfance de ces hommes marquants, c'est en tout cas une exception. Ce n'est pas à cet équilibre cérébral harmonieux que fait allusion le « coup de marteau » par lequel le vulgaire caractérise volontiers l'état psychique de certains hommes: et, à la moyenne, c'est sûrement le vulgaire qui a raison. Car souvent les sujets blessés gravement à la tête présentent par la suite, à une échéance très variable, des accidents très variés: paralysies motrices ou sensorielles, folie, épilepsie, idiotie. Il n'est pas surprenant que la fréquence de ces accidents soit plus grande chez l'enfant, car chez le sujet jeune les fonctions cérébrales sont en voie de formation, de coordination, d'évolution. Pour toutes se passe, à un degré et en une forme variables, ce que j'ai cherché à vous faire comprendre pour la surdimutité. L'avenir est surtout compromis lorsqu'aux lésions traumatiques initiales se sont surajoutées des lésions irritatives secondaires; ou lorsque sur le cerveau une compression s'exerce de façon permanente.

Chez notre malade, la compression est nulle ou à peu

près. L'enfoncement léger, en assez large surface, que je vous ai décrit n'a pas grande importance et par contre la fissure peu à peu élargie donne du jeu au cerveau ; de même que lui en donnent les sutures d'autant plus souples, les os d'autant plus malléables que le sujet est plus jeune. Mais sur la jolie radiographie que M. Infroit a faite et que je mets sous vos yeux, on voit au niveau de l'enfoncement une sorte d'ombre triangulaire qui nous permet de nous demander s'il n'y a pas un fragment qui s'est engagé sous les bords de la fissure principale, de même que certains glaçons filent sous la couche intacte autour des points où l'on brise la glace sur un lac. Je ne crois pas beaucoup à cette hypothèse, mais elle n'est pas impossible, et c'est un motif pour trépaner, de façon à ne sûrement pas laisser contre l'écorce cérébrale une semblable cause d'irritation.

D'autant mieux que, si je ne trouve pas ce fragment, je suis à peu près sûr de pouvoir détruire entre l'os, les méninges, l'écorce cérébrale, les adhérences qu'y a laissées la méningite. J'élargirai la brèche osseuse jusqu'à rencontrer la dure mère saine, et cette libération du cerveau ne peut qu'être utile.

A quoi aboutirai-je? Je n'en sais absolument rien. Toute promesse pour l'avenir est imprudente quand on entreprend une trépanation pour accidents d'origine traumatique, même quand les symptômes nets sont en relation avec des lésions extérieures qui les expliquent sans difficulté. A plus forte raison ne puis-je m'engager à rien dans un cas dont l'interprétation clinique est des plus obscures.

Le seul phénomène paralytique constaté est la surdité. Je crains de ne rien pouvoir contre elle : non point parce qu'elle a été tardive et parce qu'elle est déjà assez ancienne ; certaines paralysies motrices ayant eu ces allures ont donné au chirurgien de fort beaux résultats, et je vous rappellerai quelques observations de Hammond, Bennett, Boinet et Février.

En principe, notre criterium pour établir l'indication opératoire dans les cas de ce genre est la présence ou l'absence de signes cliniques propres à la dégénération secondaire descendante des tubes nerveux dépendant des centres encéphaliques lésés. Pour les paralysies motrices, je n'ai pas besoin de vous rappeler la valeur seméiologique de la contracture secondaire ; avec elle va de pair, pour le nerf optique, l'atrophie dont nous pouvons juger, par l'examen ophtalmoscopique, au niveau de la papille. Mais pour le nerf auditif, rien de semblable n'est à notre disposition : et c'est encore bien pis lorsque, comme ici, nous ne pouvons même pas déterminer si la paralysie est centrale ou périphérique, lorsque nous sommes incapables de dire pourquoi cette paralysie, si localisée, est bilatérale et non unilatérale.

Nous devons donc considérer notre cas comme un de ceux où nous ne sommes guidés par aucune paralysie localisée. Les vraies indications, c'est la modification du caractère devenu hargneux, c'est la gêne, le manque de solidité de la marche, c'est l'ensemble de ces phénomènes qui me fait soupçonner que la déchéance cérébrale constatée tient pour une bonne part aux reliquats de la méningite non suppurée survenue quelques jours après la fracture. Il est très possible que même pour cela, nous n'obtiendrons pas grand'chose : aussi n'aurait-on jamais songé à opérer avant l'avènement de l'antisepsie. Mais aujourd'hui nous sommes à peu près sûrs, si nous n'améliorons pas le malade, de ne pas le tuer et même de ne pas aggraver son état. D'où cette conclusion, radicalement inverse de celle à laquelle arrivaient volontiers nos pères : « Dans le doute, ne t'abstiens pas. »

C'est pour cela que je vais opérer. La mère est bien avertie que nous ne répondons de rien, que nous espérons cependant une amélioration du caractère et de la marche ; que la surdité, au contraire, nous semble irrémissible. Elle nous a donné carte blanche, et elle a eu raison, car malgré toutes ces incertitudes la trépanation est le seul moyen à notre disposition pour limiter un peu les tares cérébrales, déjà commençantes, dont son enfant est menacé. Et, si, malgré cela, il reste sourd et devient peu à peu idiot, épileptique, ma conviction formelle est que l'opération n'y aura été pour rien.

V

L'opération a été pratiquée le 20 juin 1902, M. Pozzi voulant bien me servir d'aide. Après incision cruciale, j'ai d'abord vu que sous l'ancienne cicatrice il y avait quelques cheveux enkystés dans la profondeur contre la surface du cerveau, où un tissu fibreux assez dur adhérait à la fois à la peau, à l'écorce cérébrale et aux bords de la fissure osseuse. Il n'y avait pas de fragment osseux enfoncé dans la substance cérébrale. Les bords osseux ont été libérés, puis largement réséqués à la pince-gouge, jusqu'à reposer sur la dure-mère saine ; les tissus morbides ont été le plus possible, dans l'aire de la trépanation, excisés aux ciseaux courbes. Réunion sans drainage.

La réunion immédiate a été obtenue sans alerte, rien n'a été à noter dans les suites opératoires. Les fils ont été coupés au huitième jour, et l'enfant a quitté l'hôpital dans les derniers jours de juillet. Il était certainement amélioré, m'a écrit M. Beaussenat, chef de clinique, en ce sens qu'il pouvait marcher seul et même courir, qu'il n'avait plus les mêmes colères qu'auparavant, que son caractère était moins hargneux. Mais la surdité n'était en rien modifiée.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(17 octobre 1902)

Une communication faite dans la dernière séance n'a pu être analysée à temps, car elle n'a pour ainsi dire pas été entendue. Le bilan de la séance actuelle étant particulièrement court, nous réparons l'omission involontaire en analysant plus longuement le travail de MM. Weil et Clerc. Ce travail a trait à la **lymphadénie lymphatique aleucémique.** Ces auteurs rapportent plusieurs faits de lymphadénie aleucémique qui rentrent véritablement dans le cadre de la leucémie et auxquels on pourrait réserver le nom d'adénie, si l'on tient à conserver la dénomination de Trousseau, en lui prêtant le sens de lymphadénie aleucémique. Des faits ainsi groupés se dégage cet enseignement que, si l'on considère les cas où des tumeurs ganglionnaires généralisées se développent sans s'accompagner de leucémie ni de cancer, il est possible d'établir deux grandes catégories. Tantôt l'examen qualitatif des globules blancs révèle une prédominance de formes lymphatiques (lymphocytémie). C'est à cette catégorie de faits qu'il faudrait réserver le nom d'adénie ; il s'agit d'une affection très voisine de la leucémie lymphatique, mais où les lésions sanguines sont restées incomplètes, soit qu'il s'agisse d'un processus en quelque sorte avorté, soit qu'il s'agisse d'une leucémie parvenue seulement à son premier stade et qui se développera ultérieurement ; ces deux alternatives sont en rapport avec les observations des au-

teurs. Dans la seconde catégorie de faits se rangeraient les autres cas d'adénites généralisées, où l'examen répété du sang ne révèle pas de lymphocytose, mais en général de la polynucléose. Ces cas ne relèvent pas de la lymphadénie, mais de processus divers : inflammations chroniques microbiennes, tuberculose, sarcomes. L'examen du sang reste en ce cas impuissant à séparer ces diverses formes entre elles, mais la clinique et l'anatomie pathologique permettent bien souvent le diagnostic.

M. Joffroy, en l'absence de toutes les communications inscrites à l'ordre du jour, rapporte des faits intéressants **d'aphasie dans la paralysie générale**. Ces phénomènes peuvent constituer les signes de début, peuvent disparaître et récidiver sous forme d'attaques. L'aphasie peut aussi défigurer singulièrement l'aspect ordinaire de la paralysie générale.

M. Le Gendre communique un **cas de thyroïdite post-pneumonique non suppurée chez une femme atteinte de maladie de Basedow.**

MÉDECINE PRATIQUE

Les principales préparations de quinquina.

Des plus usitées en médecine, les préparations de quinquina ne rendent tous les services qu'on est en droit d'en attendre que si l'on connaît bien leurs propriétés chimiques et leur posologie. Ce sont ces chapitres particuliers de leur histoire que nous résumerons ici d'après M. G. Pouchet (1).

Dans toutes les préparations de quinquina, il faut tenir le plus grand compte de l'état sous lequel existent les sels d'alcaloïdes dans les écorces. L'acide kinotannique, le rouge cinétannique sont des substances qui ne facilitent pas la solubilité des alcaloïdes et qui jouissent de propriétés émétisantes des plus nettes. Ceci explique pourquoi, autrefois, lorsqu'on donnait des quantités assez considérables de poudre, on observait souvent des manifestations du côté du tube digestif, et en particulier des vomissements.

Un fait très remarquable, c'est l'association toute particulière de ces différentes substances qui arrive à réaliser une action tonique spéciale surpassant l'action des substances toniques ordinaires et qui justifie précisément l'emploi des préparations de quinquina dans un très grand nombre d'affections nerveuses avec langueur des organes digestifs, à condition, toutefois, que la muqueuse digestive soit intacte et qu'il n'existe pas de lésion organique.

Lorsque de bonnes préparations de quinquina sont introduites dans le tube digestif, on éprouve une sensation de chaleur irradiante accompagnée de bien-être, le pouls s'élève, il se produit une excitation des sens et de l'intelligence rappelant les effets que détermine l'absorption d'opium.

Les préparations de quinquina doivent être divisées en préparations toniques et préparations fébrifuges. Ces deux caractères principaux sont sous la dépendance immédiate de la composition des écorces; ils peuvent d'ailleurs être augmentés ou diminués par divers artifices de préparation.

Il existe deux *extraits* de quinquina, l'un alcoolique, l'autre aqueux. Le premier est surtout fébrifuge, le second surtout tonique et astringent. L'extrait mou constitue un excellent excipient pour la quinine dont il renforce les actions fébrifuges et toniques.

Quant à l'extrait sec ou *sel essentiel de La Garaye*, ce n'est autre chose que l'extrait aqueux desséché : il est à peu près abandonné aujourd'hui.

(1) *Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale*, 3e série, p. 315, 1902. Paris, O. Doin.

Le *sirop de quinquina* constitue une bonne préparation à condition d'être récemment préparé. 1500 grammes de ce sirop contiennent 100 grammes de poudre de quinquina jaune et 200 grammes de poudre de quinquina gris. Il existe également une *teinture de quinquina* qui peut rendre des services comme tonique. M. Pouchet recommande les formules suivantes d'extrait de quinquina :

Electuaire excitant.

Extrait de quinquina calisaya.....	12 grammes.
Camphre pulvérisé..............	0g30 centigr.
Gomme arabique	2 grammes.
Eau distillée de sauge...........	250 —

Potion stimulante.

Extrait de quinquina calisaya......		1gr50
Eau distillée de menthe poivrée.	*ââ*	50 grammes.
Eau distillée de cannelle		
Sirop d'écorces d'oranges.........		30 —

Les *vins de quinquina* ont été de tout temps des préparations fort accréditées. Le vin dissout assez facilement en effet les principes actifs des écorces : les sels d'alcaloïdes, tannins et principes amers, et l'alcool vient lui-même exercer une action synergique de celle des plus actives de ces substances. Mais tous les vins ne sont pas aptes au même degré à remplir cet office. Les vins blancs ou les vins peu colorés et acides sont ceux qui enlèvent aux écorces du quinquina la plus grande proportion de principes actifs. Le tannin de ces vins ne provoque pas la précipitation des alcaloïdes comme celui des vins rouges, « et l'on peut dire, pour résumer en quelques mots ces propriétés, que les vins de quinquina préparés avec du vin rouge sont des vins toniques, astringents et amers, mais peu ou pas fébrifuges, tandis que les vins de quinquina préparés avec des vins blancs sont à la fois toniques, astringents, amers et fébrifuges. » Les vins d'Espagne, de Madère et de Lunel peuvent être considérés comme jouant un rôle intermédiaire à celui des vins rouges et des vins blancs; leur richesse en tannin les rapproche, dans une certaine mesure, des vins rouges.

Quant à ces derniers, les vins rouges, ils dissolvent une très notable proportion des principes actifs des quinquinas, mais ils engagent les alcaloïdes dans une combinaison spéciale, absolument réfractaire à l'action des sucs digestifs.

On peut donc diviser en trois catégories, assez nettement distinctes par leurs propriétés thérapeutiques, les préparations vineuses obtenues à l'aide des écorces du quinquina. La première comprendrait celles réalisées à l'aide de vins blancs à peine colorés et acides; ces vins, surtout lorsqu'ils ont été préparés à l'aide d'écorces de quinquinas jaunes, sont peu toniques, mais très fébrifuges : on les administre aux doses de 60 à 150 grammes. La seconde comprendrait les préparations réalisées à l'aide des vins rouges, forts en couleur et d'acidité moyenne : ces vins sont éminemment toniques, mais nullement fébrifuges; on les donne à la dose de 100 à 200 grammes. Enfin la troisième catégorie comprendrait les préparations réalisées à l'aide de vins de liqueur peu colorés, riches en sucre et modérément acides : ces vins sont manifestement toniques et peu fébrifuges; on les administre à la dose de 50 à 120 grammes.

Pour préparer ces vins M. Pouchet propose de substituer à la méthode indiquée par le Codex, la méthode suivante qui permet d'obtenir la dissolution des alcaloïdes et des principes amers et astringents de l'écorce de quinquina :

Quinquina calisaya pulvérisé		25 grammes.
Colombo pulvérisé..........	*ââ*	8 —
Cannelle pulvérisée.........		
Ecorces d'oranges amères	*ââ*	5 —
Acide citrique cristallisé		

Faire digérer pendant quatre jours ce mélange dans

150 grammes d'alcool à 60 degrés, ajouter ensuite 1000 grammes de vin blanc, laisser digérer huit jours, filtrer.

Vin de Séguin.

Teinture de quinquina calisaya..	250	grammes.
Teinture d'opium.............	9	—
Angusture vraie...............	16	—
Quassia amara...............	9	—
Vin de Malaga............ } *àâ*	1500	—
Vin de Pouilly blanc....... }		

L. B.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(ACTES DU 27 OCTOBRE AU 1er NOVEMBRE 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 27 OCTOBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Legueu et Mauclaire; — (2e série) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Walther; — (2e partie) : MM. Hayem, Dejerine et Bezançon; — (2e série) : MM. Brissaud, Teissier et Legry; — M. Rémy, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Desgrez, suppléant.

MARDI 28 OCTOBRE, à une heure. — 4e (nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Proust, Gilbert et Thoinot; — M. Chassevant, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Faure et Marion; — (2e série) : MM. Berger, Hartmann et Auvray; — (2e partie, 1re série) : MM. Cornil, Achard et Thiroloix; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Dupré et Renon; — M. Rémy, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Guiart, suppléant.

MERCREDI 29 OCTOBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Tillaux, Broca (Aug.) et Gosset.

2e (nouveau régime), *Salle Pasteur* : MM. Richet, Rémy et Broca (André); — M. Richaud, suppléant.

5e (2e partie, *Laënnec* (1re série), : MM. Hayem, Brissaud et Besançon.

3e (définitif, officier de santé), *Laënnec* : MM. Kirmisson, Wallich et Legry; — M. Desgrez, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki; — M. Cunéo, suppléant.

JEUDI 30 OCTOBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Méry et Guiart; — 2e (nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Gariel, Rémy et Langlois.

3e (oral, 1re partie) *Salle Charcot* : MM. Berger, Thiéry et Demelin; — (2e partie, nouveau régime), *Salle Pasteur* : MM. Dieulafoy, Wurtz et Jeanselme.

4e (nouveau régime) : MM. Chantemesse, Thoinot et Vaquez; — M. Launois, suppléant.

VENDREDI 31 OCTOBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Walther; — (2e partie, 1re série) : MM. Hayem, Widal et Bezançon; — (2e série) : MM. Brissaud, Teissier et Legry; — M. Rémy, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Bordeaux*. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Denis, Louis Lafont, Charles Lafont, Lacouture, Lande, Galtier, Depierris, Ribéreau, Blanc.

Lyon. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Beutter (Ch.), Leriche, Thévenot, Mouriquand, Leclerc, Samerol, Jambon, Horand, Poissonnier, Savy, Genet, Montot, Corneloup, Beutter (M.), Bombes de Villiers.

Marine. — MM. les médecins de première classe Renault, du port de Cherbourg, et Etourneau, du port de Lorient, ont été autorisés à prendre part au concours qui s'ouvrira à Rochefort aujourd'hui 20 octobre pour deux emplois de professeur dans les écoles de médecine navale.

M. le médecin de deuxième classe Mielvaque, du port de Lorient, actuellement embarqué sur la *Couronne*, est désigné pour remplir les fonctions d'officier surveillant à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux, en remplacement de M. le docteur Crozet.

M. le médecin de deuxième classe Carbonel, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur la *Couronne* (école de canonnage), en remplacement de M. le docteur Mielvaque.

MM. les médecins de deuxième classe Bouteiller, désigné pour embarquer sur le *Borda*, et Briand, embarqué sur le *Pothuau* (escadre de la Méditerranée), sont autorisés à permuter d'embarquement pour convenances personnelles.

Société centrale de médecine vétérinaire. — La séance solennelle de la Société centrale de médecine vétérinaire aura lieu le jeudi 23 octobre 1902, à trois heures, au siège de la Société, 41, rue de Lille.

Ordre du jour : Allocution de M. G. Butel, président; « La Société centrale de médecine vétérinaire pendant le siège de Paris, » par M. Eug. Mathieu, membre honoraire; Compte rendu général du concours, par M. Petit, secrétaire annuel.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante et unième semaine, 852 décès, au lieu de 771 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 840.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (11); le nombre des cas nouveaux signalés à la préfecture de police reste à peu près stationnaire (35, au lieu de 30 et de la moyenne 64).

La rougeole a causé 1 décès (la moyenne est 2); la coqueluche 6 décès, comme la semaine précédente (la moyenne est 4); la diphtérie 9 décès, au lieu de 7 pendant la précédente semaine (la moyenne est 6); le nombre des cas nouveaux de diphtérie est en légère diminution (66 au lieu de 71 et de la moyenne 48).

La variole et la scarlatine n'ont causé aucun décès; pour la variole, le nombre des cas nouveaux est de 4 (la moyenne est 18); pour la scarlatine, ce nombre reste stationnaire (28, au lieu de la moyenne 40).

La diarrhée infantile a causé 46 décès de 0 à 1 an, au lieu de 44 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 41.

En outre, 15 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 108 décès, au lieu de 85 pendant la semaine précédente et au lieu de 117, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 5 décès (au lieu de la moyenne 9); bronchite chronique, 19 (au lieu de la moyenne 21); pneumonie, 24 (au lieu de la moyenne 28); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 60 (au lieu de la moyenne 59), dont 34 sont dus à la congestion pulmonaire et 19 à la broncho-pneumonie. En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 199 décès; la méningite tuberculeuse, 19; la méningite simple, 22; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 19 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 44; les maladies organiques du cœur, 56; le cancer a fait périr 47 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès; la cirrhose du foie, 12; la néphrite, 33; enfin, 43 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17



Anémie
Pales Couleurs
Appauvrissement du Sang
Scrofule, etc.
Pilules de Blancard
Exiger la signature
Approuvées par l'Académie de Médecine
Pilules de Blancard
à l'Iodure de Fer inaltérable
Se méfier des contrefaçons
Dépôt : BLANCARD & Cie, 40, Rue Bonaparte, Paris



Véritables
Grains de Santé du docteur Franck

N° 120. — JEUDI 23 OCTOBRE 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 23 OCTOBRE 1902. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Paris, le 22 octobre 1902.

Quand on aime les congrès on n'en saurait trop prendre. A peine le Congrès de Bruxelles est-il terminé qu'en même temps s'ouvre le Congrès de gynécologie à Rome, sans compter le Congrès d'hydrologie, qui précède celui du Caire avant celui de Madrid. Cette manie des congrès n'a jamais été poussée à l'excès autant qu'à l'époque actuelle. Le besoin de parler en public et de disserter de ses propres faits et gestes est une maladie du siècle, qui s'intensifie de jour en jour et contre laquelle il conviendra de vacciner nos futurs confrères. Il y a cependant assez de sociétés savantes, où l'on travaille, où l'on discute, dont les comptes rendus sont disséminés grâce à la presse médicale à tous les coins du monde scientifique; il existe assez de revues, des journaux en grand nombre pour lesquels aucun fait sérieux ne passe inaperçu. Dès lors pourquoi tant de congrès?

Lundi s'est ouvert à Paris le XVe Congrès de l'Association française de chirurgie, au milieu d'une nombreuse assistance; nul ne le contestera. Mais il n'est pas moins vrai que le souffle qui animait cette association à son début, il y a quinze ans, s'est singulièrement éteint. Et cela se comprend.

Il y a quinze ans, la chirurgie était en pleine révolution. L'opportunité d'une réunion plénière des chirurgiens de langue française ne fut discutée par personne. Tout était nouveau ou en transformation. Il fallait vite recueillir des faits et des faits pour en tirer des indications thérapeutiques, qui, avec les méthodes nouvelles, étaient toutes à créer. C'est alors qu'on luttait, à armes courtoises mais avec grande ardeur, pour savoir s'il fallait ou non pratiquer la cure radicale d'une hernie, ou s'en tenir à l'antique bandage. Mais, depuis des années, bien des questions se sont tassées, se sont mises spontanément au point par la marche naturelle des choses. Aussi, le champ des questions dignes d'intérêt s'est il singulièrement restreint. Dès lors, à côté de quelques points originaux, la plupart des communications au congrès sont-elles peu marquantes. Aussi, les chirurgiens des hôpitaux de Paris ont-ils à peu près déserté le Congrès. A peine si une demi-douzaine de chefs de service se sont fait inscrire pour prendre la parole.

Le Congrès périclite, cela ne fait aucun doute; les communications y sont moins nombreuses que les années précédentes et nombre d'entre elles feraient meilleure figure dans un recueil scientifique, que devant une assemblée de chirurgiens. Combien de communications sont intitulées : Notes sur un cas de... A propos de deux cas de... En général de telles communications ne sont point de mise dans un congrès; la science a peu à y gagner. C'est ailleurs qu'il faut publier les petits faits personnels. Le Congrès de chirurgie se ressaisira si son comité directeur a le courage : 1° d'amputer toute communication qui n'a pas un intérêt général; 2° de réséquer un congrès sur deux, c'est-à-dire en termes plus clairs de ne réunir le Congrès que tous les deux ans. Grâce à ces deux opérations radicales, l'Association de chirurgie retrouvera la santé qu'elle a perdue.

La séance d'inauguration du XVe Congrès de chirurgie a eu lieu lundi dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence du distingué professeur J. Reverdin (de Genève), qui prononça un discours, très écouté, sur les différents modes d'anesthésie générale. Comme les chirurgiens lyonnais, M. Reverdin s'est déclaré fervent partisan de l'anesthésie par l'éther. Il appuie son opinion sur une pratique de plusieurs milliers de cas personnels.

M. Picqué, secrétaire général, fait la lecture du compte rendu; et après une interruption de quelques minutes les travaux du congrès ont tout de suite commencé par la lecture du rapport de MM. Terrier et Reymond sur la « chirurgie du cœur et du péricarde ».

LE TRAITEMENT RÉNAL DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

D'après M. P. BERGOUIGNAN (1).

Les maladies chroniques du cœur peuvent être pratiquement classées en deux groupes : celui des cardiopathies *valvulaires* et celui des cardiopathies *vasculaires*. Les premières, cardiopathies primitives, commencent au cœur pour finir aux vaisseaux. Les autres, secondaires, commencent par une altération des vaisseaux et finissent au cœur. Cette distinction, établie il y a vingt ans par M. Huchard, est grosse de conséquences thérapeutiques.

Les cardiopathies vasculaires comprennent les cardiopathies veineuses et les cardiopathies artérielles : ces der-

(1) Th. de Paris, 1902. — J. Rousset, édit.

nières sont de beaucoup les plus fréquentes; c'est qu'en effet l'artério-sclérose qui les fait naître devient de jour en jour plus commune non seulement dans la vieillesse, mais aussi dans l'âge mûr, elles sont aussi, de beaucoup, les plus compatibles avec une vie normale : « Il n'y a pas de maladie chronique, a dit M. Huchard, où, grâce à l'intervention de l'hygiène basée sur la pathogénie, grâce à l'efficacité grande d'agents médicamenteux, la médecine soit moins désarmée et plus apte à retarder pendant de longues années l'échéance fatale. » Et leur traitement doit surtout être un traitement rénal, ménageant les forces de ces précieux organes d'élimination en réduisant l'appoint des poisons et en excitant leurs fonctions grâce à certains diurétiques, car, comme le dit encore M. Huchard, « si la maladie est au système artériel, le danger est au rein. »

Pour restreindre ou atténuer les intoxications, il faudra d'abord veiller sur l'*alimentation*. A ce point de vue, le *régime lacté* ne constitue pas seulement un aliment complet, c'est aussi un agent thérapeutique de premier ordre, qui donne de merveilleux résultats dans le traitement des cardiopathies artérielles. Le lait est un aliment complet, car il renferme tous les éléments qui font partie de nos tissus, sel, hydrocarbure, albuminoïde, et trois litres et demi de lait de vache, le plus couramment employé, introduisent dans l'organisme adulte la quantité d'azote nécessaire et suffisants à la réparation des tissus, et assez d'éléments thermogènes et dynamogènes pour un malade condamné au repos absolu; de plus, par le lactose qu'il contient, le lait excite énergiquement la diurèse.

Pris avec méthode, le lait est d'une digestion prompte et facile. « Elle ne réclame, dit M. Barié, qu'une faible quantité de suc gastrique et de pepsine; l'émulsion, toute préparée, n'a besoin que d'une minime quantité de bile, la caséine seule, qui demande un peu plus de travail digestif, forme la plus grande partie du résidu fécal. » De tous les aliments, le lait est le moins toxique : il ne contient aucun alcaloïde toxique et ne renferme qu'une quantité minime de sels de potasse : aussi porte-t-il au minimum la toxicité urinaire (Charrin et Roger). C'est aussi l'aliment aseptique par excellence, surtout lorsqu'il est bouilli et stérilisé : il réduit alors à leur minimum les fermentations intestinales (Gilbert et Dominici) et neutralise ainsi un des principaux foyers de l'intoxication organique.

Cliniquement, le régime lacté agit dans les cardiopathies artérielles comme un médicament antiseptique. Son administration exclusive fait disparaître comme par enchantement, en quarante-huit heures parfois, des accidents dont l'origine toxique paraît certaine, car une alimentation riche en ptomaïnes exaspère quelquefois ces accidents jusqu'à les rendre mortels. Il faut donc savoir administrer le lait, chose délicate et cependant capitale, un grand nombre de malades éprouvant, après un régime lacté un peu sévère, des troubles qui proviennent uniquement de ce que le lait a été mal prescrit et mal pris. Il ne faut point dire au malade : « Prenez du lait tant que vous voudrez, comme vous voudrez, et quand il vous plaira, » mais au contraire régler son alimentation comme on règle celle d'un enfant au biberon. Les doses fractionnées sont indispensables : deux heures devront séparer chaque prise de lait, qui sera de 300 grammes environ, et devra être bue à petites gorgées, ou, mieux encore, à la cuiller. Dans le cas de régime lacté absolu, on prescrira donc 300 à 350 grammes edlait toutes les deux heures, dans la journée, et dans la nuit, à une heure et à trois heures par exemple. M. Huchard insiste sur l'administration nocturne du lait, en raison de l'hypotoxicité moindre des urines pendant la nuit. Le lait peut d'ailleurs être pris froid ou chaud, cuit ou cru, bouilli ou stérilisé : l'essentiel est de le prendre.

Pour obtenir des rémissions rapides et durables de la dyspnée toxi-alimentaire, il importe d'administrer le lait suivant un rythme périodique (Huchard). On commence donc par quinze jours au moins de lait exclusif, puis, pendant un mois, une semaine de lait exclusif alternant avec une semaine de régime mixte (1 litre de lait, œufs, purées de légumes), ensuite, si l'amélioration persiste, cinq jours de lait absolu alternant avec dix jours de régime mixte. C'est seulement lorsque les accidents toxiques sont peu intenses que le malade peut suivre d'une façon continue un régime alimentaire plus large.

En dépit d'une administration judicieuse, il arrive que certains malades ne peuvent supporter le lait. L'intolérance peut être d'origine buccale : quelques personnes ont pour le lait un dégoût invincible; pour y remédier, on peut mettre dans chaque tasse une petite cuillérée à café de kirch, de rhum, d'anisette, de curaçao, d'alcool de menthe ou une cuillerée à soupe de café ou de chocolat. L'adjonction de liqueurs alcooliques est même absolument indiquée chez les éthyliques.

Après chaque tasse de lait, on recommandera au malade de se rincer la bouche avec la solution suivante :

Bicarbonate de soude............	4 grammes.
Alcool de menthe................	1 —
Eau.............................	1 litre.

Mais si, malgré tout, le dégoût est le plus fort, il vaut mieux conseiller la sonde œsophagienne que de priver le malade de son unique chance de guérison.

L'intolérance peut être d'origine gastrique. Les hyperchlorhydriques en particulier digèrent mal le lait parce qu'ils le digèrent trop vite : il faut alors prescrire des poudres neutralisantes, par exemple trois fois par jour une cuillerée à café de

Bicarbonate de soude......................	ââ
Phosphate neutre de soude.................	
Craie préparée............................	

Si le lait est mal digéré, il détermine des accidents de dyspepsie flatulente et même des crises d'asystolie fonctionnelle par retentissement cardiaque. Ces accidents seront combattus par l'administration, avant chaque tasse, d'un cachet de bicarbonate de soude, ou l'addition au lait d'une cuillerée à soupe d'eau de Vichy (Célestins), ou en faisant boire, immédiatement après, un verre à liqueur de la solution

Acide chlorhydrique officinal....	0g50 centigr.
Eau distillée....................	500 grammes.

Quelquefois un lait trop chargé de graisse se digère mal. Il convient alors de l'écrémer ou de lui substituer le lait d'ânesse, de jument.

Enfin, si le régime lacté donne lieu à une constipation plus marquée que d'habitude, on administrera des laxatifs légers et en particulier une à trois cuillerées à café de mélange suivant :

Lactose...........................	20 grammes.
Magnésie..........................	40 —

(Huchard).

La diarrhée sera combattue par l'administration de bismuth, d'extrait de cachou, de poudre de cachou ou par l'emploi de képhyr et de lait stérilisé. Si le malade vient à s'affaiblir à la suite d'un régime lacté trop prolongé, on peut lui prescrire, par jour, deux cuillerées à café d'extrait fluide de kola ou de coca, ou deux à trois verres à madère de vieux vin de Bordeaux.

Lorsque la maladie n'est pas très avancée, on peut adjoindre au lait, à certains moments, quelques *aliments* : quelques œufs, des purées de légumes, très peu de viande, toujours bien cuite, et jamais le soir. Le lait et les laitages continueront à constituer la partie principale de l'alimentation. C'est là, certainement, dit M. Bergouignan, un régime pénible à suivre, mais il est impossible de s'en écarter sans danger quand la maladie est arrivée à la phase cardio-artérielle. Au début, alors qu'il y a simplement hypertension artérielle, les règles de l'alimentation seront beaucoup moins sévères et bornées à certaines prohibitions. On recommandera le lait et les laitages, les œufs, les farineux bien cuits et passés (pommes de terre, haricots, lentilles, riz), les légumes herbacés et les fruits (pommes, raisins). Il faut éviter les légumes conservés et ceux qui sont trop acides comme l'oseille, les tomates, les asperges. On modèrera l'usage du beurre, des graisses et des huiles, on proscrira les fromages faits, les bouillons ou potages gras, les poissons gras et toutes les sortes de viandes, surtout le gibier, les viandes faisandées, la charcuterie, les salaisons, les conserves. Le pain sera bien cuit et rassis : on ne devra pas en permettre plus de 250 grammes par vingt-quatre heures.

La quantité des *boissons* devra être modérée pour éviter la pléthore vasculaire, cause d'hypertension artérielle. Toutefois, les boissons diurétiques (lait, eaux de Martigny, Vittel, Evian, Contrexéville, Capvern, Aulus) seront avantageusement prescrites. On doit limiter l'usage des boissons alcooliques et proscrire les boissons excitantes, thé, café.

L'*asepsie intestinale* sera obtenue au moyen du régime précédent et de purgations légères répétées. M. Bergouignan recommande l'eau de Montmirail, un demi-verre le matin à jeun tous les quinze jours. Il faut à tout prix combattre la constipation en prescrivant les laxatifs et purgatifs habituels, et le massage intestinal. Dans les cas d'intoxication extrême (cachexie artérielle), on aura recours aux grands lavages de l'estomac et de l'intestin.

Pour activer les combustions ralenties et débarrasser les tissus des déchets qui les encombrent, on utilisera surtout les moyens physiques : massages, hydrothérapie, eaux minérales, toutes médications *qui régularisent la nutrition*. Le massage et la gymnastique suédoise donnent de bons résultats au début, si le malade n'est pas trop dyspnéique; l'hydrothérapie n'est qu'assez rarement indiquée; la douche froide ne devant jamais être ordonnée aux cardiopathes artériels qui présentent des symptômes angineux et de la dyspnée toxi-alimentaire, et les bains froids étant pour la même raison formellement défendus. Quant aux eaux minérales, elles sont contre-indiquées chez les angineux et les anévrismatiques ainsi que dans la phase mitro-artérielle, quand apparaissent des symptômes évidents d'asystolie ou d'urémie. C'est surtout pendant la première période que le traitement hydro-minéral est indiqué : c'est surtout aux eaux d'Évian, de Martigny, de Vittel, de Contrexéville, qu'il faudra recourir; alors, en outre de leurs propriétés diurétiques remarquables, ces eaux stimulent la nutrition : « sous leur influence, on voit augmenter la quantité du résidu total, de l'azote total et diminuer le rapport entre l'azote total et l'urée (Chiais). Leur emploi dans les cardiopathies artérielles constitue par excellence un traitement rénal, puisque, à la fois, elles diminuent les poisons de l'organisme et favorisent leur élimination. » Les eaux sulfureuses, et d'autre part toutes les stations dont l'altitude dépasse 500 mètres, doivent par contre, être interdites aux cardio-artériels, chez lesquels elles produisent une excitation générale souvent dangereuse.

L'emploi des *diurétiques* vient compléter les résultats du traitement diétético-alimentaire. Ces diurétiques, M. Bergouignan les divise en agents dont l'action sur la diurèse s'accompagne de phénomènes cardio-vasculaires quelconques, et agents dont l'action diurétique n'est point accompagnée de ces phénomènes et semble s'exercer uniquement sur le rein. Ces derniers seront prescrits quand on voudra augmenter la diurèse sans modifier la circulation générale.

Beaucoup de médicaments cardio-vasculaires excitent la diurèse, les uns en produisant une vaso-constriction générale et en élevant la tension artérielle, les autres en relâchant les artérioles rénales contracturées, en agissant par vaso-dilatation. Parmi les premiers, il faut citer l'ergot de seigle, le muguet, la caféine, la scille et la digitale, parmi les seconds, les iodures et le trinitrine (Rosenbach).

La *digitale* est absolument contre-indiquée dans les cardiopathies artérielles en dehors des cas suivants :

1° Lorsqu'à la dernière période (mitro-artérielle) l'hypertension fera place à l'hypotension, quand l'artériel sera devenu un cardiaque ordinaire, en imminence d'asystolie.

2° Lorsque le repos et le lait n'auront pas conjuré les crises d'asystolie aiguë qui surviennent au cours des deux premières périodes.

3° Lorsque le cardio-scléreux fera de la tachycardie paroxystique avec imminence de dilatation aiguë du cœur.

En dehors de ces cas bien définis, il faut proscrire la digitale et choisir parmi les diurétiques rénaux pour activer l'élimination des poisons chez les cardiopathes artériels. Sans élever la tension vasculaire, plusieurs d'entre eux provoquent une diurèse abondante; très souvent ils réussissent à faire disparaître des œdèmes qui sont plus d'origine rénale que d'origine cardiaque. Quelques-uns de ces diurétiques (genièvre, cantharide) paraissent irriter le rein; on peut les négliger sans dommage, car leur action est incertaine. Les diurétiques les plus fidèles sont aussi les plus inoffensifs, et, au premier rang d'entre eux, il faut citer la *théobromine*. « La théobromine, a dit Huchard, est un des meilleurs, des plus fidèles et des plus constants diurétiques que nous connaissions. » Associée au lait et au régime alimentaire, elle constitue la base du traitement des cardiopathies artérielles. Bien qu'elle provoque parfois des accidents d'intolérance (céphalalgie), son emploi est sans danger pour le rein, à l'inverse de la diurétine qui contient de l'acide salicylique et de la soude caustique, produits dont l'action sur des reins altérés est néfaste (Gelée et Geissler). La diurèse qu'elle produit est rapide et souvent persiste plusieurs jours après la cessation du médicament; elle n'est pas augmentée par l'assimilation au médicament de digitale, de caféine ou de lactose.

Comment prescrire la théobromine? Pendant la période prescléreuse, il suffira de prescrire de 0gr30 à 0gr60 centigrammes pendant vingt jours par mois.

Théobromine		20 grammes.
Carbonate de lithine	ââ	10 —
Benzoate de soude		

Pour 60 cachets : un cachet matin et soir dans un grand verre d'eau (Huchard).

En présence d'une dyspnée toxi-alimentaire accusée, il faudra élever la dose à 1g50 à 2 grammes par jour, par cachets de 0g50 centigrammes régulièrement espacés : la seule contre-indication sera l'apparition d'une céphalalgie violente. Si le malade peut la supporter, il faut passer outre et continuer le médicament.

Le principal reproche que l'on puisse faire à la théobromine concerne son insolubilité. Aussi a-t-on essayé de la remplacer par différentes substances et particulièrement la diurétine et l'agurine. Nous avons vu ce qu'il faut penser de la première; quant à la seconde, M. Bergouignan estime qu'elle ne constitue pas un succédané suffisant de la théobromine.

Le *lait* est un diurétique excellent dont on connaît les heureux effets depuis longtemps. Une quantité donnée de lait fait uriner davantage et plus souvent que la même quantité d'eau. Cette action élective du lait sur les éléments sécréteurs du rein paraît due à la lactose dont le lait renferme de 40 à 50 grammes par litre. On pourrait donc prescrire la lactose dans une certaine quantité d'eau. Mais, pour M. Huchard, cette substance est un diurétique peu puissant et infidèle, qui souvent reste sans action et en tout cas ne rend jamais les services de la théobromine, qui, avec le lait, constitue le diurétique par excellence. La *caféine* est diurétique, mais elle possède des inconvénients qui rendent son emploi peu pratique dans le traitement des cardiopathies artérielles : on devra donc en réserver l'usage à la dernière période. La *scille*, que Gubler considérait comme le plus efficace des diurétiques, présente toutes les contre-indications de la digitale : la *spartéine* est aussi un diurétique cardio-vasculaire; quant au *muguet* et au *strophantus*, leur action diurétique est très réduite. Citons encore pour mémoire parmi les médicaments qui passent pour augmenter la diurèse, l'*azotate de potasse* ou *de soude*, les *acétates de potasse* et *de soude*, le *chlorate de potasse*, le *bromure de potassium*, le *calomel*, les *carbonates alcalins*, les *sels de lithine*, l'*urée*, et toutes les plantes « dites diurétiques qui agissent principalement par l'eau qui sert à confectionner la tisane » : genévrier, chiendent, stigmate de maïs, asperges, queues de cerises, uva ursi, pensée sauvage, etc.

A ces actions médicamenteuses doivent s'associer certains *moyens physiques* comme le *massage abdominal*, qui augmente la quantité des urines même lorsqu'il n'y a pas d'œdèmes à résorber, et qui agit à la fois comme diurétique cardio-vasculaire et comme diurétique rénal : son emploi comme diurétique est donc tout indiqué dans certains cas, par exemple dans les cas de céphalée théobromique intolérable ou de vomissements empêchant l'administration de la digitale.

Les *eaux minérales* déjà citées possèdent une action diurétique des plus actives. Par ordre de richesse de minéralisation, il faut citer Euzet (Gard); Martigny (Vosges); Contrexéville (Vosges); Aulus (Ariège); Capvern (Hautes-Pyrénées); Vittel (Vosges); Evian (Haute-Savoie). Ces différentes sources présentent des caractères communs : altitude modérée, température généralement basse, faible minéralisation. Elles sont toutes indiquées chez les cardio-artériels, les cardio-scléreux n'ayant pas d'éréthisme étant surtout envoyés à Martigny, Contrexéville ou Capvern, les autres étant surtout dirigés sur Evian, dont les eaux possèdent, avec une minéralisation minime, une action sédative particulière. Et M. Huchard, réservant les eaux de Bourbon-Lancy pour les cardiopathies valvulaires, recommande les eaux d'Évian dans le traitement des cardiopathies artérielles.

M. Bergouignan rappelle en terminant les heureux effets des cures de petit lait et de raisin et conclut en insistant sur la nécessité, dans le traitement des cardiopathies artérielles, d'un régime alimentaire sévère et d'une méthode thérapeutique bien comprise, dont les diurétiques médicamenteux (théobromine), ou physiques (massage abdominal, eaux minérales), feront les principaux frais. L. B.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(21 OCTOBRE 1902)

M. Fournier a fait une communication très intéressante sur un cas exceptionnel d'**hérédo-syphilis** : il s'agit d'un homme de trente-quatre ans, qui était atteint d'une tumeur du petit bassin, coiffant la vessie, comprimant le rectum, entraînant des troubles de ces deux organes ; dure, douloureuse, s'accompagnant d'un état général grave, présentant, en un mot, tous les caractères d'une tumeur maligne. Le malade était pâle, amaigri, sur la pente de la cachexie. Le diagnostic porté par plusieurs médecins avait été celui de sarcome du petit bassin. M. Fournier fut appelé auprès de ce malade pour voir s'il n'y aurait pas quelque chose de syphilitique : le père de cet homme avait été syphilitique. M. Fournier rechercha chez lui les stigmates de la syphilis ou de l'hérédo-syphilis. Il n'y avait rien. Il apprit que, sur 15 enfants, 12 étaient morts en bas âge. Ce fait est à retenir. N'ayant rien trouvé, M. Fournier demanda qu'on fît l'examen ophtalmoscopique. Le lendemain, il reçut la visite du frère du malade qui, craignant lui-même d'être syphilitique, demanda à être examiné. Il ne présentait, comme son frère, aucun stigmate de syphilis personnelle ou héréditaire. M. Fournier lui conseilla alors de se faire examiner à l'ophtalmoscope. Le résultat de cet examen, négatif chez le premier malade, fut positif chez son frère.

Une fois muni de ces renseignements : père syphilitique, douze frères et sœurs morts en bas âge, frère présentant des lésions du fond de l'œil d'apparence syphilitique, M. Fournier n'hésita plus à tenter chez ce malade un traitement antisyphilitique; il lui fit faire des injections sous-cutanées de benzoate de mercure et lui fit prendre 6 à 8 grammes d'iodure de potassium par jour.

Peu de jours après le malade sembla aller mieux; après trois semaines, on constatait une régression évidente de la tumeur; enfin, après deux mois, elle avait complètement disparu et le malade était radicalement guéri.

Il y a, ajoute M. Fournier, des guérisons qui ne se discutent pas et c'est ici ou jamais le cas de rappeler le viel adage : « Naturam morborum ostendunt curationes. » Il s'agissait donc dans ce cas, non d'un cancer, mais d'une gomme syphilitique, d'une cellulite gommeuse pelvienne.

Cette observation, ainsi que le fait justement remarquer l'éminent professeur de Saint-Louis, comporte plusieurs conclusions et un gros enseignement : tout d'abord, il faudra désormais inscrire les tumeurs du petit bassin simulant le

cancer dans le cadre de la syphilis. M. Fournier, dans sa longue pratique, n'a encore rencontré aucun cas de ce genre. En second lieu, cette cellulite gommeuse est un accident de syphilis héréditaire. Voilà donc un accident d'hérédo-syphilis qui se manifeste, comme premier accident, à l'âge de trente-quatre ans. Il y a une syphilis héréditaire de l'âge mur; chez ce malade, comme chez son frère âgé de trente-six ans, la syphilis héréditaire s'est manifestée pour la première fois dans cet âge mûr.

On a dit et écrit que l'hérédo-syphilis présentait toujours des stigmates. C'est là une erreur. On a prétendu que le système dentaire, en particulier, offrait toujours des altérations; erreur! M. Fournier rapporte l'histoire d'une jeune fille superbe, fille de père et de mère syphilitiques, sœur de syphilitiques, ayant succombé elle-même à un tabes syphilitique, et qui a toujours présenté une magnifique dentition.

Dans la curieuse observation du malade qu'il vient de rapporter, M. Fournier signale ce fait très intéressant de la polymortalité infantile des collatéraux. C'est là, dit-il, un signe important. Il n'y a guère, en effet, que la syphilis qui donne cette polymortalité infantile, avec l'intoxication saturnine et l'intoxication par le tabac. Il ne faut pas oublier, non plus, la tuberculose et l'alcoolisme; mais de toutes ces causes, c'est la syphilis qui est la plus importante, ou tout au moins la plus fréquente. Quand il s'agit de porter un diagnostic d'hérédo-syphilis, il faut donc toujours s'enquérir des collatéraux et du nombre des enfants morts en bas âge.

Telles sont les conclusions qu'il faut tirer du fait exceptionnel qui vient d'être soumis à l'examen du savant professeur de l'hôpital Saint-Louis. Il est inutile d'insister sur l'importance de ces conclusions au point de vue pratique : voilà un homme atteint, en apparence, d'un cancer inopérable; il n'y a rien à faire, il est perdu sans ressources; mais en y regardant de plus près, en interrogeant non seulement ses propres antécédents, mais encore ses antécédents familiaux, on dépiste la syphilis. On institue le traitement antisyphilitique et, après deux mois, ce malade, voué à une mort certaine et prochaine, est complètement guéri.

Cela nous remet en mémoire un fait assez curieux qui nous a été raconté par Hillairet : une femme du grand monde est atteinte d'un mal bizarre, incompréhensible, jugé d'ailleurs incurable. Hillairet, appelé en consultation, dit au mari que sa femme n'aurait qu'une chance de guérir, ce serait si elle était syphilitique. Fureur du mari, qui affirme n'avoir jamais été syphilitique et déclare que, conséquemment, sa femme ne pouvait l'être. Cependant, sur les instances d'Hillairet, on institua tout de même le traitement antisyphilitique. La malade guérit et le mari se demande encore comment cela a pu se faire. Il est vrai qu'à cette époque on ne songeait pas autant qu'aujourd'hui à l'hérédo-syphilis.

Pour en revenir au fait de M. Fournier, M. Lancereaux a rencontré un cas analogue. Il s'agissait d'une femme de trente-six ans, considérée comme atteinte d'un cancer abdominal inopérable et qui a très bien guéri sous l'influence du traitement antisyphilitique.

M. Kermorgant fait une intéressante communication sur les désastres causés par la **nouvelle éruption du Mont-Pelé.**

M. Maurice Springer lit un travail intitulé de l'**énergie de croissance.**

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Spondylite et périspondylite consécutives à la fièvre typhoïde. — M. Cutler étudie un état pathologique de la colonne vertébrale survenant après la fièvre typhoïde et rappelant les symptômes du mal de Pott, la gibbosité exceptée. On note habituellement une douleur vive et une certaine raideur de la colonne vertébrale. Cette complication s'observe le plus souvent au moment de la convalescence, parfois deux ou trois mois après la maladie. Outre la douleur spontanée et la rigidité, il existe assez souvent de la sensibilité à la pression et quelques manifestations nerveuses. Un malade observé par M. Cutler avait été traité du 24 novembre au 24 février pour une fièvre typhoïde compliquée d'otite. Il présenta ensuite au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite une tuméfaction fluctuante avec rougeur des téguments. La température demeurait normale. La région lombaire était sensible depuis la fin de la période fébrile; le malade ne pouvait marcher que lentement. Quand il se mettait au lit, il était obligé de rester immobile sur le dos pendant une heure ou deux. Il ne pouvait s'asseoir qu'avec difficulté et en s'aidant des deux mains. Toute la colonne vertébrale se déplaçait d'une seule pièce. Les trois dernières vertèbres lombaires et la première sacrée formaient une légère saillie. En faisant coucher le sujet sur le ventre, on pouvait constater une certaine limitation dans les mouvements d'extension s'accompagnant de spasme musculaire. Le port d'un corset en cuir, soigneusement adapté, procura au sujet un soulagement rapide, il put se mouvoir plus librement et, huit à neuf mois après le début du traitement, il avait regagné du poids, l'appétit était revenu et il pouvait reprendre ses occupations. (*Boston med. and surg. Journ.*, 26 juin 1902.)

M. Lond, étudiant la même question, passe en revue et analyse 26 cas de spino-typhus publiés de 1889 à 1902. Dans 22 observations il s'agissait de sujets masculins, dans 6 cas on incrimine un effort mécanique; chaque fois, la douleur constitue le symptôme initial. Le moment du début est fort variable : il est compris entre la fin du premier septenaire et le troisième mois qui suit la défervescence. Le spasme musculaire est signalé trois fois, la douleur irradiée dix fois, les troubles sensitifs dans les membres inférieurs deux fois, l'anesthésie deux fois, l'exagération du réflexe patellaire sept fois, son abolition deux fois, l'hyperthermie dix fois. La déformation spinale faisait défaut dans dix cas, existait dans huit, et n'était pas mentionnée dans huit autres. La scoliose existait chez deux malades, associée à la cyphose chez l'un d'eux. (*Ibid.*) A. H.

GYNÉCOLOGIE

Extrait thyroïdien dans le traitement de la menstruation douloureuse. — M. Stimson discute l'emploi de l'extrait thyroïdien dans la dysménorrhée et la névralgie ovarienne. La thérapeutique est peu armée contre cet état pathologique et l'emploi des opiacés n'est pas sans inconvénients. Le repos, le décubitus dorsal, les applications chaudes apportent quelque soulagement. Mais bien des sujets sont dans l'impossibilité de garder le lit pendant plusieurs jours à chaque époque menstruelle.

L'extrait de glande thyroïde constitue un remède de grande valeur, des doses moyennes suffisent à produire des effets marqués. En 1901, une malade, qui souffrait à chaque période au point d'être complètement impotente pendant plusieurs jours, venait consulter l'auteur; celui-ci employa successivement et sans résultat tous les remèdes usuels. L'examen de l'abdomen et du bassin ne montrait rien d'anormal du côté de l'utérus et des annexes. La dilatation du

col donna une légère amélioration pendant quelque temps. Comme la malade était atteinte d'obésité, on la mit au traitement thyroïdien et tous les troubles de la menstruation disparurent. Le même moyen fut employé depuis à chaque période menstruelle avec le même succès. M. Stimson, ayant appliqué la même méthode à un grand nombre d'autres malades, a obtenu d'excellents résultats dans presque tous les cas. Naturellement, quand il existe des lésions utérines ou annexielles, c'est au traitement chirurgical qu'on devra recourir. (*American Journ. of obstet.*, juillet 1902.) A. H.

VARIÉTÉS

Les commandements du secrétaire général de congrès.

Lu au banquet d'Aix-les-Bains, par M. le docteur F. Berlioz, secrétaire général du Congrès d'hydrologie.

Longtemps d'avance tu t'y prendras
Pour ne pas choir piteusement.
La semaine tu travailleras
Et le dimanche mêmement.
Nuit et jour tu penseras
A recruter des adhérents.
Des circulaires tu enverras
Et des avis pareillement.
Les rapporteurs tu presseras
Pour leur travail très souvent.
L'imprimeur tu surveilleras
Car il retarde tout le temps.
L'administration tu solliciteras
Et l'on t'écoutera courtoisement.
Aux compagnies tu demanderas
Des permis résolument;
Et tu les obtiendras
En général facilement.
Ton président tu honoreras
Et les vices pareillement.
Les délégués tu placeras
En bon poste naturellement.
Les dames tu accueilleras
De ton sourire gracieusement.
Des discours tu prononceras
Aussi courts qu'intéressants.
Des toasts tu porteras
Le plus possible spirituellement.
Des excursions tu organiseras
Et des banquets agréablement.
Quand toutes choses bien fait tu auras
Les congressistes seront contents.
Après tu te reposeras
Si tu le peux un court moment
Et puis tu reprendras
Ton labeur quotidiennement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — *Corpe de santé militaire.* — Par décision ministérielle du 20 octobre 1902, ont reçu les affectations ci-après :

M. le médecin principal de première classe Hocquard, nommé directeur du service de santé du 8e corps d'armée.

M. le médecin principal de deuxième classe Landriau nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Besançon.

MM. les médecins-majors de première classe Lafille, nommé médecin-chef de l'école spéciale militaire de Saint-Cyr; — Renard, désigné pour le 8e d'artillerie; — Dommartin, pour l'hôpital militaire Saint-Martin et détaché au ministère de la Guerre.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Arragon, pour le 152e d'infanterie; — Vigneron, pour le 5e bataillon de chasseurs à pied.

MM. les médecins aides-majors de première classe David, désigné pour le 14e chasseurs à cheval; — Cousergue, pour le 121e d'infanterie; — Vorbe, pour le 110e d'infanterie; — Morel, pour le 8e dragons; — Briolle, pour le 61e d'infanterie; — Gaubert, maintenu au 111e d'infanterie; — Guéricolas, désigné pour le bataillon du 122e d'infanterie détaché en Crète; — Dupuich, maintenu au 3e chasseurs à cheval; — Marcombes, désigné pour le 103e d'infanferie; — Demard, pour le 38e d'infanterie; — Schnaebelé, maintenu au 8e chasseurs à cheval.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bargy, désigné pour le 21e d'infanterie; — Pons, pour le 17e dragons; — Borderies, pour le 17e d'infanterie; — Bertrand, pour le 2e zouaves.

Corps de santé des troupes coloniales. — Par décision ministérielle du 20 octobre 1902, ont été affectés, savoir :

1° *Au Tonkin.* — M. le médecin aide-major de première classe Paucot, au 1er d'infanterie coloniale.

2° *A Madagascar.* — M. le médecin aide-major de première classe Pin, pour ordre au 8e d'infanterie coloniale.

3° *En France.* — Au 2e d'infanterie coloniale, M. le médecin-major de deuxième classe Pellan.

Au 22e d'infanterie coloniale, M. le médecin-major de deuxième classe Lépinay.

Au dépôt d'Oléron, M. le médecin aide-major de première classe Clavel.

Au 7e d'infanterie coloniale, M. le médecin aide-major de première classe Deschamps.

Pour ordre au 8e d'infanterie coloniale, au Tonkin, M. le médecin aide-major de première classe Rousseau.

Pour ordre au 4e d'infantere coloniale, M. le médecin aide-major de première classe Cartron.

Marine. — MM. les médecins de première classe Le Méhauté, du port de Toulon, professeur à l'école du service de santé à Bordeaux, et Barthélémy, du port de Cherbourg, secrétaire du conseil supérieur de santé de la marine, sont autorisés à permuter.

M. le médecin de première classe Fallier, du port de Brest, en interrompu d'embarquement à Lorient, est désigné pour aller servir à la défense mobile de l'Algérie, à Alger, en remplacement de M. le docteur Caraës.

M. le médecin de deuxième classe Marin, en service à Toulon, est désigné pour embarquer sur l'*Alcyon* (station locale du Congo), en remplacement de M. le docteur Marchenay.

Curieux incident à la Société de biologie. — A la reprise des séances de la Société de biologie, le samedi 18 octobre, il vient de se produire un incident bien américain.

Le président a annoncé à ses collègues qu'une dame — inconnue de lui et qui avait voulu garder l'incognito — venait de lui remettre deux enveloppes plaquées de gros cachets rouges. L'une de ces enveloppes, marquée d'un signe particulier, devait être gardée intacte jusqu'au mois de juin 1903 ; l'autre devait être ouverte dès le début de la séance, et devant les membres de la Société. Ce qui fut fait.

Dix billets de mille francs s'échappèrent de l'enveloppe. Une courte mention indiquait leur assignation. Ils sont destinés à venir en aide aux ressources budgétaires un peu précaires de la Société en vue de la publication de ses bulletins.

Mais que renferme l'autre enveloppe, aux dimensions plus grandes et aux cachets plus nombreux? (*Presse méd.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 121. — SAMEDI 25 OCTOBRE 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 25 OCTOBRE 1902. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Cancer primitif et secondaire de l'ombilic.

Par MM. R. MESLAY, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, et E. BESSON, ancien interne de l'hôpital Saint-Joseph.

Historique. — L'histoire scientifique du cancer de l'ombilic est tout entière de ces dernières années.

Jusque vers le milieu de ce siècle, en effet, les observateurs n'ont recueilli qu'un infime nombre de faits. La raison de cette indigence est sans doute dans le peu d'intérêt qu'ils attachaient à cette affection, ne voyant en elle qu'une localisation banale de la dégénérescence cancéreuse.

Vers 1860 seulement se révèle et se précise peu à peu la notion très importante du cancer de l'ombilic secondaire, en certains cas, à une affection viscérale de même nature. Catteau écrit alors dans sa thèse : « Toutes les fois qu'il existera une ulcération ombilicale, il faudra songer à la péritonite cancéreuse. » Affirmation trop restrictive, que Lorain remplace par une formule plus scientifiquement exacte en comparant l'ombilic à un ganglion lymphatique et en écrivant le mot d'*adénopathie ombilicale*. Damaschino, vers le même temps, diagnostique à deux reprises un cancer viscéral de par l'existence d'un nodule ombilical.

La chirurgie antiseptique diminuant les risques des interventions abdominales, les opérateurs se préoccupent de plus en plus d'établir la signification de la néoplasie ombilicale.

MM. Perier, Delens ont successivement affaire à des cancers ombilicaux secondaires. M. le professeur Tillaux diagnostique et opère deux cas qu'il tient pour primitifs. On trouvera dans nos indications bibliographiques la liste des travaux et opérations relatifs au cancer de l'ombilic. Signalons seulement ici la monographie de MM. Quénu et Longuet dont les conclusions formelles retiendront notre attention dans une autre partie de ce travail.

Il existe, avons-nous dit, deux variétés de cancer de l'ombilic. Les dénominations de *cancer primitif* et de *cancer secondaire* les définissent suffisamment, isolant d'une part les métastases ombilicales dépendant d'un néoplasme viscéral, de l'autre les dégénérescences cancéreuses exclusivement locales, personnelles à la région.

Nous étudierons successivement ces deux variétés.

I

Cancer secondaire. — ÉTIOLOGIE. — Bien qu'il soit le plus fréquent des néoplasmes ombilicaux, le cancer secondaire de l'ombilic reste rare en soi, eu égard au grand nombre des cancers viscéraux. Pourtant, au dire même de M. Bouveret (1), la métastase ombilicale semble encore plus fréquente que l'adénopathie inguinale et surtout sus-claviculaire dans les cancers abdominaux. L'âge moyen des malades affectés est celui où survient la carcinose en général. Le sexe, quoi qu'on en ait dit, importe peu. Quénu et Longuet (2) pensent que 70 p. 100 des cas se rapportent à la femme. En réalité, nos recherches nous ont révélé que, sur 57 cas, 33 concernaient des femmes. Il nous semble prématuré d'établir un pourcentage.

Quel est l'organe dont la dégénérescence cancéreuse commande le plus souvent celle de l'ombilic? L'étude des observations montre que, pratiquement, il faut songer au cancer de l'estomac en tout premier lieu. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, les cancers du péritoine, du tractus intestinal et de l'appareil utéro-ovarien.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'évolution symptomatologique du cancer secondaire de l'ombilic est d'une variabilité et d'une inconstance absolues. Outre que nombre de cancers de l'ombilic passent absolument insoupçonnés durant la vie du malade et ne constituent qu'une trouvaille d'autopsie, il arrive que l'évolution du noyau ombilical se noie dans la symptomatologie plus ou moins bruyante du cancer primitif qui le commande; il est arrivé, sans doute, que la découverte d'un cancer ombilical ait pris pour un clinicien avisé la valeur de certaines phlegmatia et fait soupçonner un cancer abdominal latent. Plus souvent, son apparition n'a été que le témoignage ultime, la signature extérieure d'une dégénérescence viscérale avancée.

Accidentellement, à l'occasion de sa toilette, le malade a noté une disposition anormale du nombril : effacement, rétraction, induration profonde ou nodule sous-cutané. D'autres fois, un cancer abdominal existe manifestement. La palpation le révèle. A mesure qu'il évolue, les rapports

(1) BOUVERET. Soc. des sc. méd. de Lyon, 6 mars 1901.
(2) QUÉNU et LONGUET. *Revue de chir.*, 1896.

deviennent plus étroits entre la tumeur et la paroi, jusqu'à ce que le diaphragme ombilical, la zone faible, livre passage à la néoplasie.

Le volume de la tumeur est rarement grand. Il semble ne dépasser guère celui d'un œuf de pigeon. En quelques cas la palpation révèle une masse solide intra-abdominale, faisant corps avec la tumeur externe et limitant sa mobilité. Plus souvent, la mobilité n'a d'autres limites que celles provenant de l'existence de l'ouraque et des artères ombilicales, véritables liens profonds fixant la cicatrice ombilicale.

En somme le cancer secondaire de l'ombilic est loin d'avoir une physionomie caractéristique. Il s'agit souvent d'une sorte d'*induration en plaque ou en disque* (Quénu et Longuet), gagnant plus en largeur qu'en hauteur, se diffusant sur la paroi abdominale en gardant comme centre la cicatrice ombilicale. En ce point les lésions sont au maximum. L'ulcération est souvent précoce; elle se présente sous l'aspect d'une plaque rouge sombre. Il faut savoir toutefois, qu'elle peut n'être qu'apparente, au moins au début (Quénu et Longuet) et que cette pseudo-ulcération garde, dans ce cas, à sa surface l'épithélium malpighien.

Le cancer secondaire de l'ombilic, adénopathie éloignée d'un néoplasme viscéral primitif, peut lui-même s'accompagner de retentissement ganglionnaire. Ce fait curieux de retentissement tertiaire d'un cancer abdominal, n'est pas une rareté clinique. Les ganglions inguinaux étaient engorgés chez les malades de Neveu, de Hutchinson, de Lorain et Catteau, de Mac Münn, de Bergeat. Wickam Legg signale une lymphangite cancéreuse sous-cutanée parallèle à la ligne blanche. Il y avait lymphangite (à droite), adénopathie inguinale et noyaux sous-cutanés dans le fait d'Aslanian. Le sujet observé par Miraillé portait près de l'insertion du sixième cartilage costal gauche une petite tumeur douloureuse constituant un noyau de généralisation comme deux autres nodules également douloureux qui se trouvaient sur la ligne mamelonnaire, à droite et à gauche du sternum.

Nous avons insisté sur les signes physiques du cancer secondaire de l'ombilic parce que les signes fonctionnels n'en rachètent pas l'inconstance. Peu ou pas de douleurs locales; plutôt de la gêne. En quelques cas surviennent des hémorragies de type plutôt bénin et léger.

Les symptômes généraux sont bien plutôt commandés par le néoplasme primitif assez souvent diagnostiqué, fréquemment aussi ignoré. Il faut savoir que le cancer ombilical peut être cliniquement la seule manifestation appréciable d'un néoplasme viscéral latent. Les exemples de cette nature ne sont pas rares.

Habituellement, les symptômes du néoplasme primitif éveillent l'attention sans qu'un diagnostic exact soit toujours possible. Le tableau clinique variera donc avec le viscère atteint.

Rappelons qu'une omphalocèle, une épiplocèle, ont été observées en même temps que le néoplasme ombilical, les symptômes des deux affections coexistant alors.

A quel moment de l'évolution du carcinome primitif survient la localisation ombilicale? Aucune réponse ne peut être donnée pour les faits où le noyau ombilical constitue le seul et unique signe d'un cancer viscéral latent. Dans d'autres faits, l'apparition d'un bourgeon ombilical n'est qu'un épiphénomène survenant alors que le néoplasme primitif est déjà connu. En tout cas, l'envahissement de l'ombilic précède de peu la mort. « Presque tous les malades ont succombé du troisième au cinquième mois après l'apparition du néoplasme (1). »

Pathogénie du cancer secondaire de l'ombilic. — La variété même de la symptomatologie du cancer secondaire de l'ombilic fait prévoir que la pathogénie n'en est pas univoque. Nous exposerons brièvement par quelles voies et quels processus semble s'opérer la propagation.

Dans les cas les plus simples — ce ne sont pas les plus nombreux — il y a envahissement de l'ombilic *par continuité*. Des adhérences d'abord purement inflammatoires servent de lieu de passage aux cellules cancéreuses. Quant au mécanisme même de leur migration, il reste discuté. Y a-t-il cheminement des particules ou des germes épithéliaux dans les lymphatiques néoformés que contiendraient les adhérences? Valette invoque ce processus. M. Cunéo, d'autre part, considère comme absolument problématique le rôle des vaisseaux blancs de nouvelle formation. Aussi peut-on tout aussi bien admettre l'envahissement de proche en proche, par bourgeonnement continu.

Le rôle des adhérences est quelquefois singulièrement réduit par la situation intra-ombilicale du viscère infectant. La hernie ombilicale atteinte de dégénérescence cancéreuse est le type de ces faits.

A côté de ces deux variétés. MM. Quénu et Longuet citent certains faits de péritonite cancéreuse où la cicatrice ombilicale refoulée par une ascite abondante forme une saillie en verre de montre souvent réductible, contenant un liquide gélatineux, quelquefois hémorragique.

Y a-t-il bien cancer de l'ombilic, dans ces faits où le feuillet péritonéal rétro-ombilical semble seul intéressé?

Les *vaisseaux lymphatiques* constituent par excellence les voies de propagation des néoplasmes abdominaux à l'ombilic, voies souvent détournées, quelquefois impossibles à reconstituer, variables en tout cas avec l'organe siège de la tumeur primitive. Nous les étudierons successivement pour l'estomac, l'intestin, l'utérus et ses annexes.

Sappey (2) décrit à l'estomac trois groupes de lymphatiques efférents : I. le groupe qui suit les vaisseaux coronaires et se dirige vers les ganglions sus-pancréatiques; II. le groupe parallèle aux vaisseaux gastro-épiploïques droits, qui chemine de gauche à droite et se réunit derrière la première partie du duodénum, aux lymphatiques du foie dont il partage le mode de terminaison; III. le groupe parallèle aux vaisseaux épiploïques gauches qui se termine dans les ganglions spléniques.

Aucun de ces trois groupes ne va directement à l'ombilic. D'autre part, nous savons que, parmi les lymphatiques profonds de la région ombilicale, un certain nombre accompagnent la veine ombilicale. Ces troncs non décrits par les classiques ont été signalés et injectés par Gerota (3). M. Cunéo (4) a même pu injecter un de ces canaux para-ombilicaux, sans toutefois en voir la terminaison qui se fait dans les ganglions du hile du foie. Or, à ces ganglions communs en quelque sorte au foie, à l'estomac, et même au duodénum, aboutissent les lymphatiques du deuxième groupe de Sappey.

Ainsi est constituée une grande voie lymphatique continue

(1) Quénu et Longuet. Loc. cit.
(2) Sappey. *Anatomie descriptive.*
(3) Gerota. Zur Technik der Lymphgefässinjection, *An. Anz.*, 1896, t. XII, cité par Cunéo.
(4) Cunéo. Th. de Paris, 1900.

qui apparaît comme « formant un grand axe annexé, d'abord, au bord libre du ligament suspenseur, puis à la face inférieure du foie, enfin au bord droit du petit épiploon ».

Dans cette voie, par quel processus cheminent les germes ou les particules néoplasiques?

Pour MM. Quénu et Longuet, il se produirait une *embolie cancéreuse* qui, partie de l'estomac ou du duodénum pylorique, pourrait, ou bien s'arrêter aux ganglions hépatiques, ou bien courir le long du ligament suspenseur du foie pour aboutir à la cicatrice ombilicale.

Pour M. Cunéo, la voie de transmission reste la même mais le mécanisme embolique est « absolument inadmissible », car il ne tient compte ni du rôle d'arrêt des ganglions, ni du sens du courant lymphatique.

Pour lui, le cancer de l'ombilic secondaire à l'épithéliome gastrique suppose l'existence d'une adénopathie sous-hépatique, résultat de l'envahissement des chaînes para-stomacales; il implique en même temps l'existence d'une thrombose progressive des lymphatiques du ligament suspenseur, thrombose constituant un trait d'union tangible entre les ganglions du hile et l'ombilic. Les examens méthodiques ne sont toutefois pas assez nombreux pour trancher cette question de l'embolie, qui fait du cancer ombilical un néoplasme littéralement secondaire, et de la thrombose qui lui donne la valeur d'une localisation tertiaire de l'épithéliome gastrique par l'interposition du relai ganglionnaire hépatique.

En fait, si le mode de cheminement peut être discuté, la voie suivie est bien celle que nous avons indiquée; nombre d'observations le démontrent.

Pour les cancers siégeant entre le duodénum et le rectum, la voie de propagation ombilicale est encore inconnue. MM. Quénu et Longuet n'ont que des hypothèses. La propagation se fait-elle par « le croissant inférieur du mésentère primitif »? — « A-t-elle lieu le long de l'ouraque? » Anatomiquement, pas de lien normal entre l'ombilic et l'intestin. Pathologiquement, « aucune autopsie n'a permis de déceler le chemin suivi par le néoplasme. »

Peut-être certains cas pourraient-ils être expliqués par l'existence d'adhérences capables de mettre les lymphatiques intestinaux en communication avec la zone d'origine des afférents du hile hépatique. Un fait de Damaschino autoriserait à la rigueur cette explication.

Dans un troisième groupe de cancers secondaires de l'ombilic, la néoplasie primitive siège sur l'utérus ou les annexes.

Des lymphatiques utérins, un certain nombre gagnent les ganglions inguinaux et les ganglions cruraux ou iliaques situés sous l'arcade en suivant les ligaments ronds. A ces ganglions aboutissent d'autre part des lymphatiques venant de l'ombilic. La voie est donc anatomiquement complète. Toutefois, si de l'utérus aux ganglions les germes n'auront qu'à suivre le courant, ils devront au contraire le remonter pour aller des ganglions à l'ombilic.

M. Troisier (1) a admis la possibilité des embolies rétrogrades pour expliquer les adénopathies sus-claviculaires du cancer de l'estomac, en mettant en doute l'efficacité absolue des valvules lymphatiques et en donnant, avec Valdeyer, aux cellules cancéreuses, des mouvements propres, amiboïdes.

Nous n'objecterons rien à cette théorie. Si dans quelques cas elle a trouvé sa réalisation, dans d'autres il y a indéniablement thrombose, envahissement de proche en proche des vaisseaux blancs omphalo-ganglionnaires. Une observation d'Aslanian est la démonstration explicite de cette thrombose.

(1) Troisier. Soc. méd. des hôpit., 1888.

La migration peut encore s'opérer par une voie parallèle, mais différente. Deux observations ont permis de constater l'existence de conduits lymphatiques thrombosés, le long des artères ombilicales.

La connaissance des voies lymphatiques explique encore les cas d'adénopathies secondaires à un cancer secondaire lui-même de l'ombilic. Les lymphatiques sous-ombilicaux superficiels permettent l'envahissement des ganglions inguinaux supérieurs; les canaux sous-ombilicaux profonds commandent les ganglions iliaques.

Dans un fait de Miraillé, la néoplasie ombilicale essaima de curieuse façon : un nodule cancéreux se trouvait près de l'insertion du sixième cartilage costal; deux autres siégeaient sur la ligne mamelonnaire, de chaque côté du sternum. Dans ce cas, les cellules infectantes avaient suivi les lymphatiques du troisième groupe de MM. Quénu et Longuet : lymphatiques profonds et sus-ombilicaux se terminant dans le chapelet ganglionnaire rétro-sternal, ainsi que ceux de la partie antérieure du foie et du diaphragme (Sappey), en même temps que les vaisseaux intercostaux antérieurs sous-pleuraux (Cruveilhier). Les lymphatiques ascendants de la face supérieure du foie, ceux du ligament supérieur se rendent à un ganglion situé au-devant de la base du péricarde pour gagner ensuite les vaisseaux mammaires internes tributaires du canal thoracique (Sappey).

Enfin, la voie *sanguine* peut jouer son rôle dans l'envahissement de l'ombilic par le cancer. M. Brault (1) a récemment publié, dans le *Manuel d'histologie pathologique*, la démonstration de ce fait. Ses préparations illustrent nettement la propagation néoplasique tant par les veines que par les artères.

Cette longue étude pathogénique montre que tous les cancers secondaires de l'ombilic ne procèdent pas d'un même et unique mécanisme. Il faut distinguer, parmi les cas où la cicatrice est envahie par continuité, les formes où le néoplasme représente un bourgeonnement, une végétation externe d'un cancer intra-abdominal, et celles où l'ombilic doit sa dégénérescence à celle d'un organe hernié, intestin ou épiploon.

Les autres faits ont la valeur de *métastases*, de greffes lointaines d'une néoplasie profonde, portées à l'ombilic par la triple voie veineuse, artérielle et lymphatique.

En tout cas, quel que soit le mode d'envahissement de l'ombilic, il est constant que la néoplasie ombilicale reproduit exactement le type histologique de la tumeur viscérale dont elle émane.

II

Cancer primitif. — Les conditions étiologiques du *cancer primitif* de l'ombilic ne présentent guère de points à noter. L'hérédité, les antécédents des malades ne présentent pas d'intérêt particulier. Les deux sexes semblent atteints avec une égale fréquence et à l'âge moyen des dégénérescences cancéreuses. L'évolution de l'affection semble, d'une façon

(1) Cornil et Ranvier. *Manuel d'histologie pathologique*, t. I, p. 492 et suiv.

générale, lente et prolongée : sept et dix ans dans quelques cas.

Symptômes. — Au début, tumeur minime, simple « nodule » sur lequel la peau, tantôt normale, tantôt violacée et veineuse, est toujours adhérente. L'accroissement en est lent et ne dépasse guère le volume du « poing », qui n'a été atteint qu'en quelques cas. A la période d'état, la tumeur présente l'aspect d'un mamelon ulcéré ou plutôt d'un champignon pédiculé et étalé sur la paroi abdominale, le pédicule plongeant à travers l'anneau ombilical. Elle fait comme hernie à travers l'anneau, en respectant habituellement le bord mince de cette circonférence. Toutefois, le pédicule peut être entouré d'une zone indurée suspecte au palper. La tumeur, indolente, constamment *irréductible*, peut adhérer au péritoine pariétal ou à l'épiploon restés sains. Les liens normaux de l'ouraque et des artères ombilicales fixant la cicatrice font croire quelquefois à des adhérences profondes.

Fonctionnellement, on note à peine une certaine gêne attribuable à la tumeur. Les hémorragies ne sont point fréquentes, même quand la tumeur est ulcérée. On peut trouver alors un écoulement comme dans les cas d'ulcération.

Dans deux cas, on a vu la tumeur présenter au moment des règles un certain degré de congestion douloureuse. L'état général n'est que peu intéressé et seulement à la longue.

Il ne semble pas que le cancer primitif de l'ombilic soit susceptible de propagation et de généralisation. Pas d'exemple de dégénérescence ganglionnaire.

Enfin, on peut croire que cette symptomatologie floue et peu bruyante passe souvent inaperçue et que nombreux sont les cas de cancer primitif de l'ombilic qui échappent à l'observation.

Pathogénie. — Toute la pathogénie du cancer primitif de l'ombilic tient dans ces deux formules données par M. Quénu dans une étude générale sur les tumeurs (1) :

I. Tout changement apporté soit à la situation, soit à la structure normale d'un organe ou d'une portion d'organe y crée une prédisposition au néoplasme ;

II. Toute irritation prolongée d'un revêtement épithélial favorise la tendance de celui-ci à devenir le point de départ d'un épithéliome.

Il n'est guère besoin de faire remarquer quelle complexité préside à l'occlusion complète de la cavité péritonéale du fœtus. Sur cette complexité même repose la fréquence relative des anomalies de la région, hétérotopies curieuses ou arrêts de développement. La ligature du cordon, faite dans des conditions anormales, peut encore créer diverses atypies. D'autres inclusions ombilicales n'ont pas trouvé encore de satisfaisante explication : telle la présence de *cellules épithéliales ciliées* dans une tumeur chez l'adulte. Enfin, on a signalé la persistance de restes du canal omphalo-mésentérique.

Il y a, dans ce qui précède, de quoi éclairer la pathogénie du cancer primitif de l'ombilic. Sans doute, la peau de la région, sans autre raison spéciale, au même titre que toute surface cutanée, peut subir la dégénérescence cancéreuse, mais le frottement répété du vêtement ne représente-t-il pas un traumatisme localisateur? De plus, chez des gens peu soucieux d'hygiène, le sillon ombilical — on le voit lors de la toilette antiseptique avant la laparotomie — donne asile à des amas de poussières, incorporées aux sécrétions sudorale et sébacée et qui sont d'évidentes causes d'irritation locale.

(1) Quénu. *Traité de chirurgie*, 2e édit., t. I, p. 387.

D'autre part, tous les auteurs admettent l'aptitude des tissus cicatriciels à la dégénérescence cancéreuse.

Ces raisons pathogéniques conviennent à la plupart des cancers primitifs de l'ombilic, à ceux dont le type histologique est dérivé de celui des téguments de la région (épithéliomes pavimenteux). Les anomalies de la région ombilicale peuvent expliquer les cas plus rares d'épithéliomes cylindriques.

On admet sans conteste, depuis Kolaczek, que les adénomes de l'ombilic sont dus à l'étranglement d'un diverticule intestinal dans la ligature jetée sur le cordon.

La même théorie peut être invoquée en faveur de quelques épithéliomas de l'ombilic séparés des adénomes par leur constitution histologique et par leur date d'apparition plus tardive.

Cette ectopie intra-ombilicale due à la ligature peut rester ignorée toute la vie. Elle constitue cependant, selon les idées de Conheim, un lieu de moindre résistance, peut-être un terrain de choix pour la dégénérescence cancéreuse.

III

Diagnostic. — Il n'est guère malaisé, habituellement, de poser le diagnostic positif de cancer de l'ombilic. La vraie difficulté est d'en spécifier la nature primitive ou secondaire. Avant d'aborder cette question essentielle, nous exposerons les erreurs dont il se faut garder à l'examen du malade.

Certaines omphalocèles ont pu en imposer pour un cancer. Un cas de Bérard lui avait été adressé avec le diagnostic de hernie ombilicale. L'erreur était d'importance. Il suffira d'être averti pour l'éviter. Tout au plus pourrait-on hésiter devant certaines épiplocèles adhérentes, irréductibles. Encore le cancer diffère-t il en ce qu'il consiste en une tumeur sous-cutanée sur laquelle la peau présente la même immobilité que dans certains carcinomes du sein. Nous savons d'ailleurs que la peau, normale sur la hernie, change de coloration et s'altère souvent sur l'épithéliome.

Il faut cependant s'attendre à trouver quelquefois simultanément et le cancer et la hernie, celle-ci commandant la localisation maligne. L'interrogatoire soigneusement fait — il s'agit alors de hernies anciennes — révélera deux séries successives de symptômes arrivées depuis peu à se confondre.

Rappelons, par acquit de conscience, qu'il ne faut pas se laisser tromper par l'existence — excessivement rare — d'une hernie de la veine ombilicale (Villar); par le déplissement de la cicatrice sur une ascite abondante; par une plaque muqueuse hypertrophique ou une syphilide tertiaire anormale (Dolbeau); par les kystes dermoïdes ou sébacés dont l'ombilic peut être le siège.

Le sarcome de l'ombilic, si rare que son existence a été mise en doute, ne peut être qu'un diagnostic d'exception. D'ailleurs, en raison de la physionomie clinique si variable du cancer ombilical, il faut se souvenir qu'il est, de toutes les tumeurs de la région, chez l'adulte, de beaucoup la plus fréquente et songer à lui dans *tous* les cas douteux. N'a-t-on pas cru d'abord, dans l'une des observations, à un simple eczéma de l'ombilic? N'a-t-on pas incisé ou ponctionné des cancers de l'ombilic à titre de phlegmon ou d'abcès de la région?

Il nous est évidemment impossible de poser ici les jalons

du diagnostic différentiel en pareils cas. C'est affaire au clinicien d'interpréter les symptômes qu'il observe. Pour averti qu'il soit, d'ailleurs, il n'évitera pas toujours l'erreur.

La difficulté n'est guère moindre de déterminer avec exactitude les connexions de la néoplasie ombilicale. Blum avait fait la remarque suivante : quand la tumeur est nettement pédiculée, elle est le plus ordinairement extra-péritonéale, tandis que lorsqu'elle a la forme d'un champignon placé vers la partie supérieure de la cicatrice, il y a de grandes chances pour qu'elle occupe le trajet ombilical et présente des connexions intimes avec le péritoine. Ce signe, quelle qu'en soit la valeur, ne renseigne pas sur l'existence d'adhérences plus profondes. Les signes objectifs que Nélaton synthétisait dans son expression : *Forme en bouton de chemise*, ne peuvent être négligés. Mais il faut les savoir discuter. La laparotomie a montré, en effet, plusieurs fois, l'indépendance de tumeurs diagnostiquées adhérentes, et, au contraire, l'adhérence de noyaux jugés indépendants. D'autre part, la présence d'un épanchement ascitique peut empêcher de constater l'existence de ces signes. Enfin, une épiplocèle dégénérée pourrait induire en erreur. Aussi la laparotomie exploratrice — autorisée par l'antisepsie — constitue-t-elle le meilleur moyen de contrôler l'existence ou l'absence de connexions profondes.

La tumeur ombilicale reconnue cancéreuse est-elle *primitive* ou *secondaire*?

La question ne se pose même pas quand un cancer viscéral a déjà forcé l'attention. L'intérêt du problème est tout autre quand la tumeur ombilicale est seule connue, l'état du malade ne laissant pas préjuger une lésion plus profonde.

Les signes physiques, aussi bien que les signes fonctionnels, sont absolument insuffisants à permettre le diagnostic. L'examen histologique d'un fragment de la tumeur suffirait pour trancher la question. Cette idée, émise déjà par Attimont en 1888, a été affirmée plus encore par MM. Quénu et Longuet (1), qui font suivre de ce commentaire l'observation qu'ils publient : « Cette tumeur, par son type histologique (épithéliome cylindrique), ne peut être considérée comme une tumeur primitive : seuls, les épithéliomes du type pavimenteux appartenant aux cancers primitifs. »

En fait, dans tous les cas secondaires (en fort petit nombre) où l'examen histologique a été pratiqué, il s'agissait d'épithélioma cylindrique. Il faut dire toutefois que l'immense majorité des observations manque d'examen microscopique. D'autre part, parmi les cancers primitifs un certain nombre de faits dûment étudiés concernent des épithéliomes pavimenteux. Le doute est donc encore permis.

On trouvera, dans la thèse de l'un de nous, l'observation détaillée d'une femme opérée à trente-sept ans d'un cancer de l'ombilic. L'apparition de la tumeur remontait à *dix ans* environ. La malade fut revue *quatre ans* après l'intervention. Elle avait été opérée sur le diagnostic de *cancer primitif*. A l'examen histologique, il s'agissait nettement d'un *épithéliome cylindrique*.

Les constatations relatives à ce cas revêtent un réel intérêt si on les rapproche de certaines remarques de MM. Quénu et Longuet. Ces auteurs, en effet, étudiant la valeur séméiologique du cancer secondaire de l'ombilic, répètent à maintes reprises qu'il comporte *un pronostic* FATAL A BREF DÉLAI.

Aucun cancer secondaire de l'ombilic, diagnostiqué, n'a permis une survie comparable à celle du cas que nous avons rappelé. Sans doute, il n'y a pas là la preuve formelle d'un cancer primitif, comme le serait une autopsie minutieuse. Il ne semble guère possible, pourtant, de regarder comme secondaire un cas dont l'allure clinique est ainsi dépouillée des caractéristiques de cette variété. Le diagnostic de cancer secondaire imposé par le seul examen histologique révélant une tumeur du type cylindrique, aurait commandé l'abstention opératoire. Or, à l'opération, la malade a survécu plus de quatre années. L'abstention n'eût-elle pas été regrettable?

Evidemment, en très grande majorité, les cancers cylindriques sont secondaires, noyaux aberrants, greffes lointaines d'un néoplasme profond développé aux dépens d'un tissu comprenant des cellules cylindriques, tissu qui n'existe pas normalement à l'ombilic. Les cancers primitifs sont, le plus souvent, du type pavimenteux, et représentent la dégénérescence maligne de la peau de la région ombilicale. Les faits prouvant toutefois qu'une parcelle de tissu cylindrique peut se trouver incluse dans la cicatrice ombilicale, il faut bien en conclure à la possibilité du *cancer primitif cylindrique* de cette région. Conclure d'autre façon équivaudrait à soutenir, en dépit de tout ce que l'on sait sur les tumeurs, que cette ectopie ombilicale de tissu à cellules cylindriques ne peut subir primitivement la dégénérescence cancéreuse.

Pratiquement, l'opinion de MM. Quénu et Longuet, sous réserves, permettra d'asseoir le diagnostic; souvent — mais point toujours — quand l'examen histologique révélera un épithéliome cylindrique, il faudra tenir la tumeur ombilicale pour secondaire, et alors, les moindres signes fonctionnels du côté du tube digestif revêtiront une singulière importance.

En l'absence de ces derniers signes, la possibilité du cancer latent ne devra pas quitter l'esprit, mais on pourra être amené à admettre l'hypothèse d'un néoplasme cylindrique primitif et à en tirer des indications thérapeutiques spéciales.

Le diagnostic porte en lui le pronostic.

S'agit-il d'une tumeur secondaire? L'évolution fatale à *bref délai* est la règle. On peut, au contraire, pronostiquer, en cas de cancer primitif, sinon la guérison, du moins une survie prolongée moyennant une intervention rationnelle.

IV

Traitement. — Le traitement du cancer de l'ombilic ne peut être que chirurgical. Jusqu'à plus ample informé, en effet, les cas inopérables seuls pourront être abandonnés aux méthodes dites médicales qui visent les néoplasies malignes.

En revanche, les indications de l'exérèse méritent discussion.

Pour ce qui est du cancer primitif, pavimenteux, l'hésitation ne peut être longue. Le diagnostic posé, il faut intervenir immédiatement, et l'omphalectomie largement pratiquée est l'opération la plus rationnelle et la plus simple. On circonscrira l'ombilic et la tumeur par deux incisions courbes en plein tissu sain et on enlèvera le tout avec les précautions antiseptiques habituelles. Dans ces conditions, si elle est nécessaire, l'ablation d'un lambeau péritonéal, suivie d'une suture soigneuse, ne comportera que des risques minimes.

Au contraire, toute intervention de ce genre est formel-

(1) Quénu et Longuet. *Revue de chir.*, 1896.

lement contre-indiquée dans le cas de cancer secondaire clairement diagnostiqué. En pareil cas, en effet, l'opération équivaudrait à un curage de l'aisselle sans amputation de la mamelle. Seules, des douleurs intolérables ou des hémorragies dangereuses autoriseraient une excision d'ailleurs purement palliative.

Il est impossible, en effet, d'ériger en règle la conduite de Fischer [de Breslau (1)] qui, intervenant sur un noyau ombilical secondaire à un épithéliome gastrique, réséqua audacieusement partie de l'estomac et du côlon cancéreux. L'envahissement de l'ombilic suppose des dégâts si étendus et une dégénérescence ganglionnaire telle, que de pareilles opérations, singulièrement graves en elles-mêmes, risquent fort de ne pouvoir être exécutées de façon satisfaisante.

L'ignorance où nous sommes des voies de propagation ombilicale des cancers de l'intestin ne permet pas de savoir si ces cas seraient moins défavorables à une telle tentative.

Dans bien des cas, d'ailleurs, la variété primitive ou secondaire du néoplasme ombilical restera en suspens, soit qu'il s'agisse d'une manifestation ombilicale d'un cancer latent, soit que le prélèvement d'une parcelle pour l'examen histologique ait été impossible.

Que faire alors? Faut-il, suivant le conseil de Burckhart, ne jamais s'abstenir, au risque de pratiquer des interventions quelquefois inutiles? Quelques distinctions doivent être faites.

Si, en même temps que l'on diagnostique un cancer de l'ombilic, on note quelques troubles de l'appareil digestif, la tumeur a des chances d'être secondaire. La laparotomie exploratrice permettra de se renseigner exactement, et au besoin, d'imiter la conduite de Fischer. Si l'on croit plausible l'hypothèse d'un *cancer latent*, il semble encore indiqué d'ouvrir l'abdomen et de rechercher du côté de l'estomac, de l'intestin, du péritoine, s'il existe quelques noyaux suspects.

Et si l'examen histologique a révélé que le noyau épithélial de l'ombilic appartient au type cylindrique — obligatoirement secondaire selon MM. Quénu et Longuet — faut-il donc s'abstenir?

L'observation sur laquelle nous avons attiré l'attention autorise à penser autrement. Il serait néfaste de s'appuyer sur le seul examen histologique pour refuser l'intervention.

La laparotomie exploratrice, que l'antisepsie fait d'une si réelle bénignité, constitue assurément un excellent moyen de diagnostic, en même temps qu'elle peut être le premier temps d'une opération radicale ou d'une intervention capable d'obvier aux troubles mécaniques accompagnant certaines néoplasies du tube digestif. On pourra, en quelques circonstances, soulager le malade et prolonger son existence, par une gastro-entérostomie en cas de cancer du pylore, par une entérostomie ou une entéro-colostomie si le cancer siège sur l'intestin grêle ou le côlon.

On pourra encore utiliser la laparotomie exploratrice pour une ovariotomie ou une hystérectomie abdominale, au cas où le néoplasme primitif serait utéro-annexiel et semblerait opérable.

Et si l'on tombe sur un néoplasme inopérable, si le foie est atteint, le péritoine envahi, la laparotomie restera exploratrice, sans qu'il s'ensuive ordinairement de fâcheuses conséquences.

---

(1) Fischer (de Breslau). *Semaine méd.*, 1888.

Bibliographie. — Aslanian. Th. de Paris, 1894-1895. — Attimont. *Gaz. méd. de Nantes*, 1888; — Th. de Paris, 1901. — Auger. Soc. anat., 1875. — Babès et Stoicesco. Sur le diagnostic du cancer des organes internes par l'examen microscopique des petites tumeurs métastatiques sous-cutanées, *Progrès méd.*, 1895. — Balluf. *Med. corresp. Blatt. des Wurtemberg. Aertzvereins*, 1854, anal. in *Gaz. méd. de Paris*, 1855. — Belin. *Adénopathie externe à distance dans le cancer viscéral*, Th. de Paris, 1888. — Berard. *Dictionnaire en 30 vol.*, t. XVII, 1827. — Bergeat. Th. de Munich, 1883. — Besson. Th. de Paris, 1901. — Von Bergmann. In Burckhart, *Diss. inaug.*, Berlin, 1889. — Besançon. Soc. anat., 1891. — Blum. Tumeurs de l'ombilic chez l'adulte, *Arch. de méd.*, 1877. — Bonvoisin. Th. de Paris, 1890-1891. — Boyer. *Traité de chirurgie*, 1825. — Brossard. In Th. Cadet de Boisse, 1883. — Broussolle. In Th. de Villar, Paris, 1886. — Bouveret. Soc. des sciences méd. de Lyon, mars 1901. — Burckhart. *Diss. inaug.*, Berlin, 1889. — Brault. In Cornil et Ranvier, *Manuel d'histologie pathologique*, t. I, p. 492 etsuiv., Paris 1901. — Cazin. *Étude sur les diverticules de l'intestin*, Th. de Paris, 1862. — Cannuet. Soc. anat., juil. 1892. — Catteau. Th. de Paris, 1876. — Chuquet. Th. de Paris, 1879. — Civadier. *Journ. de méd. chir. et pharm. de Bruxelles*, t. IV, 1756. — Cadet de Boisse. Th. de Paris, 1883. — Cooper Forster. *Guy's hospital Rep.*, t. XIX, 1873-1874. — Cunéo. *De l'envahissement du système lymphatique dans le cancer de l'estomac*. Th. de Paris, 1900. — Damaschino, Delens. Th. Villar, Paris, 1896. — Déjerine et Sollier. Soc. anat., 1888. — Demarquay. Soc. de chir., 1870. — Demons. Congrès de Bordeaux, 1895. — Desprès. Soc. de chir., 1883. — Dolbeau. In Blum. *Arch. gén. de méd.*, 1876. — Dupuytren. Th. de Brun, Paris, 1834. — Fabrice de Hilden. *Observationes chirurgicæ*, cent V, obs. LXII, 1646. — Feulard. *Arch. gén. de méd.*, 1877. — Gerota. *Zur Technik der Lymphagefässinjection Ann. anz.*, 1896. — Garretson. Carcinomatous tumor at the umbilicus, *Tr. path. Soc. Philad.*, 1880. — De Gennes. Th. Villar, Paris, 1886. — Gross (de Nancy). *Revue méd. de l'Est*, 1898. — Guéneau de Mussy. *Cliniques*, t. II, p. 30. — Hanot. In th. de Piole, Paris, 1890. — Hannay. *Edinb. med. and surg. Journ.*, 1843. — Heurtaux. Th. de Neveu, Paris, 1890. — Hue et Jacquin. *Union méd.*, 1867. — Hutchinson. *Arch. of surgery*, London, 1892. — D'Heilly. Th. Catteau, Paris, 1876. — Jacoby. Zur Casuistik der Nabelfisteln, in *Berlin. klin. Woch.*, 1877. — Kuster. Beitrag. zur Geburtschulfe und Gynœcol., 1875. — King. *Guy's hospit. Rep.*, 1834-1844. — Lage. *Schmidt's Jahrbucher*, t. LV, p. 295, in. Th. Valette, Paris, 1898. — Largeau et Perier. Soc. anat., 1884. — Wickham Legg. *Saint-Bartholom. hosp. Rep.*, 1880. — Liveing. *Th. Lancet*, 1875, et *Verg. Smith. Jahrbuch*, 1875. — Legueu. Th. Valette, Paris, 1898. — Longuet et Quenu. *Revue de chir.*, 1896. — Lorain. Th. Catteau, Paris, 1896. — Mac Munn. *Dublin Journ. of med. sc.*, 1876. — Maylard. Cylinder celled epith. of umbilicus, *Tr. Glasg. path. and clin. Soc.*, 1886-1891, 1892. — Michaux. Th. Villar, Paris, 1886. — Miraillé. Th. Neveu, 1890. — Monod. Soc. anat., 1877. — Morris. Congr. de Berlin et *Annal. of surg. Philad.*, 1892. — Nélaton. *Gaz. des hôpit.*, 1860, p. 294. — Neveu. Th. de Paris, 1890. — Nepveu. Généralisation des néopl. par les veines et les lymph., *Gaz. méd. de Paris*, 1885. — Nicaise. *Dict. Dechambre*, art. Ombilic, t. LXVII; — De la contusion et de l'inflammation comme cause de prédisposition locale au développement du cancer secondaire, *Rev. de chir.*, 1885. — Patry. Soc. de chir., 1877. — Parker. Excision de l'ombil. pour affection maligne, *Arch. clin. of Surg.*, New-York, 1877. — Piole. Th. de Paris, 1890. — Poncelet. *Presse méd. belge*, 1884. — Prestat. Soc. anat., 1889. — Regaud et Barjon. *Anat. pathol. de la sphère des néoplasmes malins*, Paris, 1897. — Reboul. Soc. anat. 1887. — Renaut. *Lyon méd.*, 1888. — Stoïcesco et Babès. *Progrès méd.*, 1864. — Surmay. Th. Neveu,

Paris, 1890. — TILLAUX. *Ann. de gynécol.*, 1887. Th. de Bonvoisin, Paris, 1890-1891. — TOURNEUX. Sur la présence de cellules épithéliales ciliées dans une tumeur de l'omb. chez l'adulte, Soc. de biol., 1889. — VALETTE. Th. de Paris, 1898. — VAUTHIER. *Revue de chir.*, 1885. — VERCHÈRE. Cong. de Bordeaux, 1895. *Revue des mal. cancéreuses*, 1895-1896. — VILLAR. Th. de Paris, 1886; *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1891; *Gaz. des hôp.*, 1890. — VON BERGMANN. In Burckhart, *Dissert. inaug.*, Berlin, 1889. — WAGNER. *Med. Jahrb. d. k. k. osterr. staates*, Wien., 1839. — WEDENSKI. Sluckaï raka pupka, *Med. obozr. Mosk.*, 1885. —WIDERHOFER. Cité par Nicaise. *Dictionn. Dechambre*, art. OMBILIC. — WULCHOW (de Pirna). Beitrag zur Cazuistik der Nebelneubildungen, in *Berlin. klin. Wochens.*, 1875.

AÉROPHAGIE. — HOQUET HYSTÉRIQUE

Par MM. Georges BROUARDEL et L. LORTAT-JACOB.

Dans une très intéressante clinique, parue récemment dans ce journal (1), M. Mathieu, à propos de l'aérophagie chez les dyspeptiques, rappelle les conditions étiologiques de l'aérophagie et signale les relations qui existent entre la déglutition d'air et le hoquet des hystériques.

Nous avons été à même d'observer, dans le service du professeur Landouzy, au moment où paraissait cet article, un exemple typique de hoquet hystérique lié à l'aérophagie.

A titre confirmatif de ce qui est avancé dans la clinique de M. Mathieu, nous rapportons l'observation suivante :

Il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans, C..., entré dans le service du professeur Landouzy, salle Chomel, lit n° 2, le 13 octobre 1902. C'est un malingre de petite taille, et ne pouvant, dit-il, travailler. En fait, on note, constatation intéressante à un autre point de vue, que cet homme a depuis plus d'un an, pour domicile, les hôpitaux de Paris. En effet, ayant été reçu en juillet 1901, à l'Hôtel-Dieu annexe, pour une crise d'hyposystolie, due à une insuffisance mitrale; depuis cette époque il fait des passages successifs dans presque tous les hôpitaux de Paris. Le mois de février est le seul temps qu'il passe en dehors des services hospitaliers, dans un espace de seize mois.

Le 13 octobre, il entre à Laennec pour le motif suivant :

Depuis le samedi 11, un hoquet incessant et tenace le fatigue et lui enlève tout sommeil. Ce hoquet a débuté brusquement le samedi matin, au réveil. C'est la première fois qu'il éprouve ce malaise d'une manière aussi spéciale et aussi prononcée; il s'en montre très affecté et croit que c'est une conséquence de « sa maladie de cœur ». Il éprouve en même temps des nausées, des tiraillements d'estomac, et il lui semble que s'il vomissait « cela le soulagerait, il a toujours la salive à la bouche ».

L'examen de l'estomac ne décèle, aucun signe de dilatation, pas de clapotement, pas de constipation. Il digère bien, et son appétit est normal. Il avoue des habitudes éthyliques, manifestées d'ailleurs par du tremblement des doigts et des cauchemars caractéristiques (rêves professionnels, chute dans les précipices). C'est un nerveux, il a des colères faciles, des accès de rire inexpliqués, et on trouve dans ses antécédents héréditaires, que son père est mort de delirium tremens, et qu'il a un frère de cinquante et un ans qui a encore, et a toujours eu, de l'incontinence nocturne d'urines. Sa mère est morte d'un cancer à l'estomac.

Pour ce qui le concerne il n'a jamais eu d'autres maladies dans l'enfance qu'une ophtalmie qui dura six mois; il se souvient d'avoir eu la dysenterie en 1870.

(1) A. MATHIEU. L'aérophagie chez les dyspeptiques, *Gaz. des hôpit.*, 16 oct. 1902, n° 117.

Quant à sa cardiopathie, il ne la connaît que depuis son séjour à l'Hôtel-Dieu en juillet 1901, de temps en temps il a des crises d'essoufflement, on ne trouve d'ailleurs aucune raison étiologique pouvant expliquer cette insuffisance mitrale, dont les caractères physiques pourtant sont manifestes.

D'autre part, l'exploration méthodique de son phrénique ne démontre aucun point douloureux. Pas de douleurs subjectives rétro-sternales pouvant faire admettre l'existence de médiastinite, ou d'altérations organiques du nerf phrénique.

Il est secoué, constamment, par un hoquet bruyant, spasmodique, et entre chaque pause séparant deux hoquets, on constate un effort de déglutition, traduit par un bruit caractéristique. Cette déglutition bruyante est suivie immédiatement du hoquet.

Cet état dure depuis quatre jours.

Remarquons que hoquet et déglutition bruyante disparaissent, lorsqu'on parvient à fixer l'attention du malade, et qu'ils augmentent, au contraire, en fréquence et en intensité lorsqu'on l'examine. L'examen de la sensibilité permet de constater une hémianesthésie gauche très nette et du rétrécissement du champ visuel. Les réflexes sont normaux, le réflexe pharyngien existe, mais l'état mental est assez particulier. C'est un craintif, un pusillanime, il redoute la piqûre légère de l'épingle sans d'ailleurs avoir d'hyperesthésie.

Dans un but psychothérapique, on pratique quelques pointes de feu au creux épigastrique et on lui fait comprendre que son hoquet n'a aucune relation avec sa cardiopathie.

Le soir du même jour, le hoquet a cessé complètement, il n'y a plus de déglutition d'air. Le malade se considère guéri.

Il est, en dehors de la question d'actualité, si l'on peut dire, intéressant de relater cette observation.

En effet, on retrouve la part prépondérante de la déglutition réitérée d'air et de salive, dans la production du hoquet. Après chaque déglutition le malade ayant la sensation de nausées, et de réplétion stomacale, et éprouvant après chaque déglutition la secousse d'un hoquet spasmodique.

D'autre part, la disparition simultanée, sous l'influence du traitement, de la déglutition bruyante et du hoquet est intéressante à constater.

Ajoutons, enfin, qu'il s'agit d'un hystérique, comme le démontrent les stigmates signalés, et d'un éthylique.

Nous insisterons en passant sur ce fait, que ce névropathe, fils d'éthylique, a pour frère un incontinent d'urines.

Peut-être faut-il attribuer à l'idée qu'il a de sa lésion mitrale et aux phénomènes de suggestion qui ont pu germer en lui, grâce à des passages réitérés pendant quinze mois dans les hôpitaux, une certaine part dans la production de son hoquet; quoi qu'il en soit, ici encore, la psychothérapie eut rapidement raison de cet accident et suffirait à en démontrer la nature.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(XV[e] CONGRÈS, 20-25 OCTOBRE 1902)

Chirurgie du cœur, du péricarde et des vaisseaux.

M. Reymond, chef de clinique de M. le professeur Terrier, lit le résumé de leur rapport sur la chirurgie du cœur et du péricarde. Ce rapport, qui contient plus de deux cents pages, constitue le travail le plus complet sur la chirurgie cardiaque. Malheureusement, il prête peu à l'analyse, c'est un recueil très documenté qu'on consultera avec fruit et dans lequel

la technique opératoire moderne est exposée avec tous les détails qu'elle comporte.

La mise à l'ordre du jour de cette question devait amener à la tribune M. Fontan (de Toulon), dont on n'a pas oublié les belles observations de chirurgie cardiaque; s'il prend la parole aujourd'hui c'est pour compléter ses communications antérieures : un de ses opérés est mort depuis à la suite d'une embolie cérébrale.

L'autopsie a révélé l'existence, dans l'intérieur du ventricule gauche, d'un caillot de forme conique, à base fortement adhérente à la cicatrice de la blessure, mais dont le sommet, flottant et friable, avait fort probablement fourni l'embolus cérébral. Extérieurement, la cicatrice cardiaque était à peine visible. M. Fontan se demande si ce cas doit être considéré comme un échec et si la possibilité de la formation d'un caillot intracardiaque, avec tous les dangers qu'il comporte, à la suite de la suture du cœur, ne va pas arrêter la main des chirurgiens. Évidemment non. Ce fait doit, au contraire, les inciter à de nouvelles tentatives et surtout à de nouvelles recherches chez les animaux afin de savoir dans quelles conditions se produit ou ne se produit pas ce caillot. La pénétration ou la non-pénétration des fils de suture dans la cavité cardiaque doit probablement jouer ici un rôle important.

Un point qui a été totalement négligé dans le rapport de MM. Terrier et Reymond, c'est celui des *indications opératoires* dans les plaies du cœur. Certes, ces indications seraient formelles si le diagnostic de la lésion pouvait être porté d'une façon précise. Mais ce diagnostic est très difficile à faire, car il n'existe pas de signe pathognomonique d'une plaie du cœur. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire, suivant M. Fontan, pour justifier la légitimité d'une intervention. Pour lui, celle-ci s'impose chez tout individu atteint d'une blessure dans la région du cœur et qui présente avec des signes plus ou moins accentués d'hémorragie interne, une angoisse précordiale extrême indiquant une compression du cœur par un épanchement situé dans son voisinage. Dans ces conditions, en effet, la conduite qui s'impose, c'est d'aller décomprimer l'organe.

Quelle est la meilleure *technique* pour aborder le cœur. M. Fontan reste, jusqu'à nouvel ordre, partisan de la voie thoracique. Son volet thoracique d'élection est le volet à charnière externe gauche, à bord libre parasternal, comprenant les extrémités internes des quatrième et cinquième côtes et les cartilages costaux correspondants. On pourra le remplacer, dans les cas de plaie du cœur siégeant à droite, avec hémopneumothorax droit, par un volet analogue taillé à droite du sternum. Enfin dans le cas de plaie siègeant au niveau du sternum, et en l'absence de tout hémopneumothorax, il sera indiqué de faire un volet sternal, taillé aux dépens du corps de cet os.

M. Villar (de Bordeaux) a fait de nombreuses expériences de **suture du cœur sur les chiens**. Il arrive aux conclusions suivantes :

La suture des plaies du cœur doit être exécutée très rapidement.

Il est préférable de faire cette opération sous le sommeil anesthésique.

La voie abdomino-diaphragmatique permet d'aborder et d'explorer assez facilement le cœur; elle doit être moins grave que la voie thoracique, car elle évite le pneumothorax. Mais elle offre un champ d'action bien plus limité : ses indications seront donc plus restreintes.

Le volet thoracique, comprenant les parties molles et le plan osseux, doit remplir les trois grandes conditions suivantes : 1° être d'une exécution prompte et facile; 2° permettre de découvrir et de fermer la plaie cardiaque, quel que soit son siège; 3° se rabattre facilement, de façon à ne pas gêner l'opérateur.

On devra tâcher d'éviter la plèvre lorsqu'elle est intacte. Si elle a été ouverte par l'agent vulnérant, il serait préférable de la nettoyer et de la suturer avant d'inciser le péricarde, tout en veillant sur l'hémorragie cardiaque.

Le meilleur moyen de fixer le cœur pendant la suture, c'est de le saisir avec la main gauche passée sous sa face postérieure.

L'aiguille fine de Reverdin est très commode pour pratiquer la suture. Elle ne doit pas traverser toute l'épaisseur de la paroi cardiaque, et les orifices d'entrée et de sortie seront à une certaine distance des bords de la plaie.

On peut se servir indistinctement de fil de soie ou de catgut.

Le surjet est préférable aux points séparés.

Dans les cas de plaie des oreillettes, la ligature doit remplacer la suture.

A moins de circonstances spéciales, il est préférable de ne drainer ni la plèvre, ni le péricarde.

D'après les expériences de M. Villar, l'emploi du sérum artificiel ne paraît pas recommandable au cours de l'opération. En effet, l'injection sous-cutanée est illusoire : quant à l'injection intra-veineuse, elle n'amène que peu ou pas de liquide dans le cœur gauche et offre le gros inconvénient de dilater outre mesure les cavités droites.

La trachéotomie et l'insufflation pulmonaire peuvent rendre de grands services au cours de l'intervention en luttant contre la rétraction pulmonaire. Cette insufflation favoriserait le passage du sang dans le ventricule gauche.

M. Savariaud fait quelques réflexions à l'occasion d'un cas personnel de blessure du cœur par coup de tranchet. Son blessé avait une plaie de la pointe du cœur et un hémo-péricarde dont l'abondance avait déterminé une syncope. Son malade succomba à la septicémie cinquante-deux heures après l'opération.

M. Mauclaire relate un autre cas malheureux. Un homme avait reçu un coup de lime dans la région précordiale. Après ouverture du péricarde distendu, on constate une plaie qui paraît siéger sur le ventricule droit. Un premier fil est passé péniblement, puis un second, mais celui-ci détermine une telle hémorragie que M. Mauclaire place des pinces à demeure, qui sont enlevées le lendemain. Quelques heures après leur ablation, le blessé succomba avec des phénomènes de congestion pulmonaire. La plaie siégeait à l'origine de l'artère pulmonaire.

M. Mauclaire tend à incriminer les injections massives de sérum dont il a fait suivre son intervention. Peut-être pourrait-on accuser avec plus de raison les troubles apportés à la circulation pulmonaire par la blessure de l'artère pulmonaire et l'existence d'un pneumothorax.

M. J.-L. Faure a pratiqué le **drainage du péricarde** dans un cas de péricardite tuberculeuse avec gros épanchement.

Bien que le malade ait fini par succomber, son observation montre l'effet immédiat de la décompression du cœur sur le rythme cardiaque et l'extraordinaire tolérance du cœur qui a continué à battre pendant plus d'un mois dans un péricarde ouvert et infecté.

M. Gallet (de Bruxelles) combat le **massage du cœur** dans les syncopes chloroformiques. Les défenseurs de la méthode disent que l'on provoque ainsi une *circulation artificielle* en attendant que la circulation naturelle se rétablisse. Or, il n'a rien constaté de pareil dans les expériences auxquelles il s'est livré sur les animaux et il n'a jamais pu rappeler un chien à la vie dans ces conditions. A la vérité, le massage rythmé du cœur parvenait bien, chez ces animaux, à relever de 4 à 5 centimètres la pression artérielle tombée à 0; de même le relèvement de la pression veineuse, allant jusqu'à 2 ou 3 centimètres, indiquait bien que la colonne sanguine, mise en mouvement par le massage du cœur, franchissait

les capillaires; mais dès qu'on suspendait le massage, la pression retombait à 0, ce qui indique bien qu'il y avait absence de débit, caractère essentiel de la circulation vraie.

Il ne s'explique les succès rapportés par d'autres expérimentateurs qu'en supposant que chez leurs animaux le cœur n'était probablement pas définitivement arrêté.

Cette inutilité du massage du cœur lui a été démontrée en clinique par deux cas personnels et par deux cas qui appartiennent à son collègue Dejace.

Cette pratique est, en outre, dangereuse parce que l'opération, quelle que soit la voie suivie, est grave, surtout dans les conditions où elle est pratiquée. On pourrait, en outre, en voulant l'employer, oublier les autres moyens qui ne sont pas dangereux et ont rendu des services.

En somme, pour lutter contre les accidents de la chloroformisation, ce n'est pas dans la voie du massage du cœur qu'il faut s'engager, mais dans la recherche des indications et contre-indications anesthésiques.

M. Tuffier proteste; il a été plus heureux, il a ramené à la vie, par le massage du cœur, un certain nombre de chiens chez lesquels il avait provoqué une syncope chloroformique mortelle. Ces chiens, chez lesquels la pression cardiaque était tombée à 0, ont vécu ensuite parfaitement pendant des mois, jusqu'à ce qu'ils fussent sacrifiés pour d'autres expériences.

Il continue donc à préconiser le massage direct du cœur dans les accidents de syncope chloroformique mortelle.

M. Vidal (de Périgueux) répond d'une façon très serrée et très documentée à M. Tuffier. Il a fait également de nombreuses expériences sur le chien, et jamais il n'a assisté à cette résurrection dont parle M. Tuffier. Le relèvement considérable (2 à 3 centimètres), à la suite du massage du cœur, de la pression intra-veineuse, qui, normalement, n'est que de quelques millimètres, ne témoigne pas, comme on pourrait le croire, du rétablissement d'une circulation périphérique vraie; bien au contraire, il prouve que les valvules veineuses ont été forcées, par conséquent que les veines et les capillaires sont complètement paralysés.

M. Vidal pense qu'il y aurait plus d'espoir à fonder sur la *ponction de l'oreillette droite* qu'il a pratiquée expérimentalement un certain nombre de fois sur des chiens tués par le chloroforme. Cette saignée de l'oreillette, dont on a nié l'efficacité, doit être très abondante si l'on veut avoir des chances de réussite; en fait, sur 20 cas où il l'a essayée chez le chien, M. Vidal compte 15 succès.

Cette **ponction aspiratrice**, pratiquée **dans le ventricule droit**, serait le traitement logique des accidents graves qui suivent l'**entrée de l'air dans les veines.**

Suivant M. Bégouin (de Bordeaux), quand, au cours d'une intervention à la base du cœur, l'air entre brusquement dans les veines, la mort rapide est due à la surdistension aiguë des cavités droites du cœur. En ponctionnant avec une aiguille n° 1 de l'aspirateur Dieulafoy le ventricule droit des chiens qui sont sur le point de mourir, après injection brusque d'air dans la jugulaire, on voit ces animaux revenir à la vie à mesure qu'on leur retire l'air de leur ventricule. Le cœur se remet à battre et, au bout d'un instant, ces animaux sont définitivement sauvés, la quantité d'air restant ne semble pas offrir grand danger.

Aussi, autant qu'on peut conclure de l'animal à l'homme, M. Bégouin propose-t-il, toutes les fois que l'on doit opérer dans une zone dangereuse, d'avoir sous la main un Dieulafoy tout monté, le vide étant fait. Si une introduction d'air dans les veines venait à se produire et qu'elle occasionnât des accidents immédiatement très graves, on ponctionnerait le ventricule droit sur le bord gauche du sternum, dans le quatrième espace intercostal, et on retirerait autant d'air qu'il en viendrait; on s'arrêterait au moment où l'on ne ramènerait plus que du sang spumeux.

La séance de mardi a été consacrée à quelques communications diverses.

M. Delangre (de Tournai) fait connaître quelques **recherches expérimentales sur l'inclusion prothétique de paraffine.** C'est là une conquête thérapeutique encore peu répandue et cependant très intéressante.

« Les résultats immédiats, à l'origine de la méthode, dit M. Delangre, avaient été excellents. Mais, après quelques mois, plusieurs malades se représentèrent à notre examen pour subir de nouvelles injections destinées à remédier à l'affaissement consécutif. Entre temps, nous avions l'occasion de faire l'autopsie d'une femme décédée à la suite d'une pneumonie franche, et qui avait été injectée l'année précédente à la région mammaire en lieu et place d'un fibrome douloureux extirpé. La dissection permit de constater le sort de la vaseline incluse par l'infiltration de cette substance avec coulées conjonctives dans un certain périmètre du foyer de l'injection.

C'est en présence de cet aléa que nous eûmes recours à l'expérimentation chez le cobaye, avec les substances suivantes :

a. Agar, gélose : substances trop perméables et complètement résorbées au bout de quelques semaines ;

b. Vaselines fusibles à 38 et à 40 degrés, s'infiltrent trop facilement dans les tissus voisins et sont en partie résorbables.

c. Paraffines fusibles à 40, 45, 50, 55, 60 et 65 degrés. Nous donnons la préférence à la paraffine fusible à 55 degrés, parce qu'elle répond aux données du problème qui consiste à inclure dans les tissus une substance solide, indifférente, susceptible de se liquéfier par la chaleur, substance dont le point de fusion soit supérieur à la température maxima susceptible d'être atteinte par le corps humain et en même temps la plus élevée possible sans nuire aux éléments histologiques. Et, de fait, le massage expérimental ne parvient guère à mobiliser le bloc paraffiné fusible à 55 degrés et, de plus, la température, développée lors de l'inclusion, ne nuit pas à la sûreté de la méthode puisque la coagulation de l'albumine des tissus ne s'effectue que de 60 à 70 degrés ; la méthode est donc physiologique.

Après trois mois de séjour intra-organique, on ne constate ni rétraction, ni tassement appréciables, ce dont on peut s'assurer par des moulages en plâtre pris dans les quarante-huit heures de l'intervention et trois mois plus tard ; le temps seul pourra nous renseigner sur les résultats éloignés, mais déjà, à l'heure présente, les détails histologiques fournis sont favorables et permettent d'escompter que l'intervention paraffinée donnera des résultats moins éphémères que ceux obtenus au moyen de la méthode vaselinée primitive.

L'inclusion de cette paraffine fusible à 55 degrés a été réalisée au moyen d'un appareil injecteur que nous avions muni d'une circulation d'eau chaude à laquelle nous avons substitué un manchon métallique calorifuge qui permet de pratiquer l'intervention dans les conditions d'asepsie, de thermométrie et de régularité voulues. »

M. Lucas-Championnière revient sur une question qui lui est favorite : **le meilleur mode de préparation d'un catgut souple, solide, bien résorbable, et ne donnant jamais d'élimination.**

« Je prépare le catgut et l'utilise fidèlement suivant la méthode originale de Lister à laquelle je n'ai ajouté qu'une petite manœuvre facile à réaliser. Le fil est souple, solide, de conservation indéfinie. Jamais je ne vois une suppuration secondaire qui lui soit due, jamais une élimination; et

la solidité des réunions profondes me paraît absolument assurée par lui.

Le procédé primitif de préparation de Lister consistait dans l'immersion assez prolongée dans une huile phéniquée au cinquième, additionnée d'une petite quantité d'eau. Après quelques mois de préparation, le fil était utilisé en le sortant de l'huile et en le plongeant dans l'eau phéniquée forte. J'ai ajouté à cette préparation l'immersion, au sortir de l'huile phéniquée, dans un bain d'essence de térébenthine.

La térébenthine, antiseptique puissant, assure l'asepsie de mon fil. Elle enlève l'huile qui le graisse. Elle est très commode pour le transporter, car il est indifférent que le fil y séjourne une heure ou huit jours et je le garde souvent plusieurs jours dans l'essence. En le sortant de l'essence de térébenthine je le place au cours de l'opération dans un bain d'eau phéniquée au vingtième, comme le faisait Lister. Ce fil est si parfaitement résorbable qu'il est bien inutile d'en varier le numéro. Je n'emploie qu'un gros fil, sauf les nécessités rares de sutures très fines.

J'emploie, pour mes sutures perdues, des fils très nombreux accumulés les uns au-dessus des autres. J'en ai souvent tamponné des masses importantes dans la cavité cranienne. Ce fil ne s'élimine jamais; il se fond en quelque sorte avec les tissus au milieu desquels il contribue à la réparation.

Selon moi, toutes les complications proposées pour stériliser autrement le catgut sont parfaitement inutiles. Si d'autres chirurgiens n'obtiennent pas ces résultats, c'est, d'une part, parce que leur procédé de stérilisation des fils, si compliqué qu'il soit, est très inférieur à celui-ci.

La solution du problème de la ligature résorbable est acquise depuis longtemps. Mais elle n'est juste que pour les chirurgiens fidèles à la méthode antiseptique. L'abandon des précautions antiseptiques a compromis cette merveilleuse conquête de la chirurgie moderne. »

Malgré le chaud plaidoyer de M. Championnière en faveur de la méthode antiseptique, il est peu probable qu'il ait entraîné la conviction de ses collègues, presque tous partisans convaincus de l'asepsie.

La fin de la séance est consacrée à l'étude de l'**anesthésie**. M. Julliard (de Genève), comme ses compatriotes, comme les Lyonnais, est partisan de l'éther; il a pratiqué 9289 anesthésie par l'éther sans un seul cas de mort et sans avoir eu d'accidents pulmonaires consécutifs.

Les chirurgiens de Paris, un moment, ont abandonné le chloroforme pour l'éther, mais peu à peu ils sont revenus presque tous au chloroforme.

M. Montprofit (d'Angers) a fait près de 5000 anesthésies par le chloroforme et a eu une mort, sur son soixantième opéré; encore faut-il accuser l'inexpérience de l'aide. Il a eu recours plusieurs centaines de fois à l'éther et il a eu le regret de constater de fréquentes complications pulmonaires consécutives.

M. Roux (de Lausanne) pense que tout anesthésique a des inconvénients, mais que l'éther administré avec prudence et à doses moins massives se rapproche de l'idéal des anesthésiques.

M. Reynès (de Marseille) signale les avantages qu'on peut retirer de l'emploi du mélange A. C. E. comme anesthésique général. Ce mélange qu'il emploie suivant la formule : chloroforme, deux parties; alcool absolu, une partie; éther anesthésique, une partie, a déjà été employé en Angleterre, en Italie, à Vienne, en France. Il est particulièrement indiqué dans des cas de sujets âgés ou trop débilités, dans des cas où l'on craint des accidents anesthésiques par suite de la longueur possible de l'opération, ou chez des sujets atteints de lésions cardiaques, rénales ou broncho-pulmonaires, dans les cas où l'éther serait trop congestionnant pour les bronches et les poumons, et où le chloroforme, d'ailleurs plus meurtrier que l'éther, serait trop dépressif pour le cœur.

Avec ce mélange, administré comme le chloroforme, mais à doses plus larges surtout au début, l'anesthésie se fait presque toujours, sans excitation, ni convulsion; le sommeil est régulier; le réveil prompt et lucide, presque pas de vomissements. L'alcool joue ici le rôle de stimulant du cœur et du système nerveux; il prévient la syncope.

M. Reboul (de Nîmes) vante les bons effets du **chlorure d'éthyle** comme anesthésique qu'il a employé près de 500 fois. Cette anesthésie est facile, le plus souvent agréable. Il faut donner le chlorure d'éthyle à petites doses, 5 centimètres cubes toutes les cinq minutes, et ne pas dépasser comme dose totale 25 centimètres cubes. Ces doses doivent être diminuées de moitié chez les enfants et peut-être aussi chez les vieillards. Le procédé de la compresse est le plus commode et le plus simple; il faut empêcher l'accès de l'air. La sensation de froid intense éprouvée par la main qui maintient la compresse appliquée sur le nez et la bouche du malade, et sur laquelle on a projeté un jet de 2 à 5 centimètres cubes de chlorure d'éthyle, indique le début de l'analgésie; deux à quatre minutes après, l'anesthésie est complète.

Pendant ce temps, le plus souvent le malade fait des rêves agréables. A l'anesthésie qui cesse dès la suppression des inhalations, succède une seconde analgésie qui peut durer autant que l'anesthésie, et pendant laquelle le malade, quoique réveillé, ne souffre pas et ne se défend pas. Il n'a pas observé d'accidents avec l'anesthésie au chlorure d'éthyle. L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle seule est utilisable pour les opérations de courte durée, environ une demi-heure.

Quant on prévoit une opération de plus longue durée, on doit recourir à l'anesthésie mixte, commencer par le chlorure d'éthyle, continuer par le chloroforme ou l'éther; cela permet de supprimer l'excitation du début de ces derniers anesthésiques et leurs accidents. *(A suivre.)*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Association française de chirurgie (XVe Congrès, 20-25 octobre 1902). — M. Perier passant de droit président, M. Pozzi a été élu vice-président du XVIe Congrès.

Marine. — MM. les médecins de deuxième classe Barbe et Lassignarnie sont autorisés à prendre part au concours qui s'ouvrira à Brest, le 27 octobre courant, pour un emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de ce port.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Silhol (de Bourg-Saint-Andéol).

Officier d'Académie. — M. le docteur Lamarche (de Buis-les-Baronnies).

Cours pratique sur les maladies de l'estomac (service de M. le docteur Alb. Mathieu). — MM. les docteurs Jean-Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux, assistant de consultation des maladies de l'estomac à l'hôpital Andral, et A. Laboulais, pharmacien de première classe, ex-interne des hôpitaux, commenceront, sous la direction de M. le docteur Alb. Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, un cours théorique et pratique sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac.

Le cours sera complet en un mois et aura lieu au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, quatre fois par semaine, à cinq heures et demie du soir, et commencera le lundi 17 novembre.

Les travaux pratiques (examen du suc gastrique et autres procédés de diagnostic) auront lieu les mêmes jours, de quatre heures un quart à cinq heures un quart, avant le cours. Il sera constitué des séries par ordre d'inscription.

Pour les renseignements et l'inscription, s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, tous les matins de huit heures à midi, et tous les soirs, d'une heure à six heures, sauf le mercredi.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chappot de la Chavonie (de la Vendée); Gircourt (de Neuville-aux-Bois); Pomel (de Joué-les-Tours); Strapart, professeur honoraire à l'École de médecine de Reims; et de M. Messant, préparateur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

CONGRÈS MÉDICAL DU CAIRE (DU 10 AU 14 DÉC. 1902). — Pour renseignements concernant le voyage du Nil jusqu'à Louqsor et les Cataractes avec conditions spéciales pour les délégués ainsi que les routes et prix jusqu'au Caire, s'adresr *à l'agence Th. Cook et fils, 1, pl. de l'Opéra, Paris.*

N° 122. — MARDI 28 OCTOBRE 1902. 75e ANNÉE. MARDI 28 OCTOBRE 1902. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Paris, le 27 octobre 1902.

Les cours de vacances faits à l'hôtel des Sociétés savantes que la *Gazette des hôpitaux* avait annoncés en juillet dernier ont commencé le 6 octobre, avec un magnifique succès. 240 élèves étaient inscrits parmi lesquels plus de 30 médecins venus de province, et plusieurs de Belgique, pour suivre des cours élémentaires, faits dans un esprit pratique.

Nous sommes heureux de féliciter chaleureusement les organisateurs de ces cours, les docteurs Leredde et Marchais. Ils ont eu l'idée de ces cours, ils en ont groupé les collaborateurs, et ont indiqué l'esprit dans lequel devaient être réalisés les programmes. Leur initiative a été entièrement récompensée.

Il y a peu d'objections à faire à l'organisation de ces cours. En fait, les élèves qui suivent le cours d'ophtalmologie, de laryngologie, de massage, le cours de thérapeutique dermatologique, etc., peuvent en quelques heures apprendre à manier un ophtalmoscope, un laryngoscope, à savoir soigner des lésions articulaires, osseuses et musculaires et les plus communes des maladies de la peau. Tous les cours sont faits dans une forme simple, élémentaire et adaptée aux besoins des élèves.

De nouveaux cours auront également lieu au mois d'avril à l'hôtel des Sociétés savantes. Leur succès ne peut que dépasser celui des premiers. Une œuvre nouvelle est fondée; nous lui souhaitons la longue vie et la prospérité qu'elle mérite.

BOTRYOMYCOSE

NOUVELLES OBSERVATIONS

Par le docteur X. Delore, assistant de la Cinique de M. le professeur Poncet.

Dans ces derniers mois, nous avons observé quelques cas nouveaux de brotryomycose. Les tumeurs se présentaient avec des allures cliniques toujours identiques : siège, forme, hémorragies, résistance aux agents thérapeutiques habituels, des bourgeons charnus, etc. Les caractères anatomiques de ces lésions, analogues à ceux de l'affection décrite chez le cheval, à tort ou à raison, sous le nom de botryomycose, nous semblent, encore une fois, assurer à ce genre de lésions une place bien déterminée dans le cadre nosologique. Il s'agit, en somme, de tumeurs bénignes d'aspect très particulier.

Ainsi que dans la plupart des observations antérieures, la localisation affectait les doigts et la main, plus exposés que toute autre partie du corps aux multiples traumas, aux minimes excoriations, qui deviennent alors la porte d'entrée de l'agent botryomycosique. L'observation I est, cependant, un exemple de siège relativement exceptionnel : l'affection occupait la partie moyenne de la lèvre inférieure, région découverte et bien souvent exulcérée.

MM. Savariaud et Deguy (*Gaz. des hôpit.*, 11 octobre 1902) viennent d'en rapporter une récente observation.

Notre observation revêt un véritable intérêt au sujet de l'inoculation probable de ces petites tumeurs. Le malade portait un botryomycome de la lèvre, et deux mois après se développe sur la face palmaire du pouce gauche un autre botryomycome non moins typique. Cette constatation n'a pas toute la rigueur d'une expérience de laboratoire; cependant n'est-on pas endroit de considérer la seconde tumeur, dans l'ordre d'apparition, comme une greffe de la première ?

Voici ces observations :

Observation I. — *Botryomycome de la partie médiane de la lèvre inférieure. Botryomycome de la face palmaire du pouce gauche.* — B..., trente-trois ans (de Lyon), est une femme bien portante, qui a accouché de cinq enfants. Le dernier accouchement a eu lieu le 2 août 1902. Pas d'antécédent méritant mention.

L'affection qui nous intéresse aurait débuté vers le sixième mois de la dernière grossesse, c'est-à-dire dans le courant d'avril 1902. Cette femme remarqua sur la lèvre inférieure, légèrement à gauche de la ligne médiane, un petit bouton, rouge, non prurigineux, du volume d'une tête d'épingle.


Fig. 1. — *Botryomycome de la lèvre inférieure.*

Celui-ci augmente rapidement, devient rouge, saigne très facilement, et prend l'aspect framboisé. A diverses reprises se déclarèrent de véritables hémorragies, contre lesquelles on dut recourir parfois à une compression locale continuée pendant un temps plus ou moins long. Ces hémorragies arrivaient même à se reproduire deux à trois fois par jour, vers le début d'août, la grosseur ayant acquis à ce moment le volume d'un gros pois.

J'examinai la malade le 10 août 1902 : la tumeur avait l'apparence d'une petite framboise un peu aplatie, avec de fins mamelons à sa surface. Elle était rattachée au bord libre de la lèvre, à l'union de la muqueuse et de la peau, par un pédicule très grêle. Elle présentait tous les caractères cliniques d'un botryomycome classique, tout à fait semblable à ceux dont nous avons rapporté des observations (1). La malade n'accusait aucune douleur, on ne constatait aucune inflammation des tissus voisins. Enfin, la gêne occasionnée était insignifiante; seules les hémorragies, au moindre heurt, attiraient les préoccupations de cette femme. Elle demandait une ablation qui paraissait s'imposer, lorsque la tumeur s'affaissa sensiblement, puis se détacha spontanément par rupture de son pédicule. Il persista pendant quelques semaines un noyau induré, enchâssé dans le derme de la lèvre inférieure, et surmonté d'une surface vernissée, d'un rouge sombre. Ce noyau représentait le pédicule de la tumeur. Il disparut lentement.

Environ quinze jours après le début du botryomycome de la lèvre, se développa, à la face palmaire du pouce gauche, une petite tumeur, indolente, analogue à la première. Son volume augmenta surtout dans les vingt derniers jours de la grossesse; elle devint alors également le siège d'hémorragies répétées.

Le 10 août, on constatait au siège précité du pouce gauche, sur le milieu de la face palmaire de la seconde phalange, une tumeur pédiculée, de couleur rouge sanguine avec masse proéminente du volume d'une olive et un pédicule de 8 ou 10 millimètres de longueur. la consistance est ferme;



Fig. 2 et 3. — *Botryomycome de la face palmaire du pouce gauche* (vu de face et de profil).

l'ensemble est légèrement aplati dans un sens perpendiculaire à l'axe du doigt. Grâce au pédicule, la tumeur, qui est absolument indolore, oscille dans tous les sens avec la plus grande facilité à la façon d'un mouvement pendulaire. A son pourtour, les téguments sont légèrement rouges par macération, car sa surface sécrète abondamment.

Le 25 septembre, j'enlève la tumeur du pouce d'un coup de ciseaux courbes, emportant ainsi avec elle la base d'implantation du pédicule, et les quelques millimètres de peau saine qui bordent la circonférence de ce pédicule.

On laisse la plaie se cicatriser par seconde intention; après quelques pansements, la guérison était complète.

L'examen de la tumeur révèle la structure histologique du botryomycome (L. Dor).

Obs. II. — *Botryomycome péri-unguéal de la face dorsale de l'index droit.* — M. C..., cinquante-trois ans, comptable, vient à la clinique de M. le professeur Poncet pour une petite tumeur siégeant sur la face dorsale de la troisième phalange de l'index droit.

Au mois de janvier 1902, il se piqua dans cette région en prenant un canif entr'ouvert dans la poche de son gilet. La petite plaie se cicatrisa rapidement. Quinze jours après l'accident, se développa, au siège précité, un petit tubercule rosé, entouré d'une induration indolore. Bientôt des grattages détruisirent la pellicule épidermique, qui recouvrait encore le centre du tubercule, et une hémorragie se produisit.

Par cette excoriation, M. C... vit alors s'élever progressivement un champignon, framboisé, du volume d'un petit pois, et rattaché aux téguments par un pédicule nettement rétréci. Sans cesse irritée et soumise à des chocs, la tumeur saignait fréquemment et parfois avec abondance.

A la date du 26 juin dernier on voit sur la troisième phalange de l'index droit un tubercule du volume d'un pois, au maximum. La partie principale est rosée, ulcérée, et

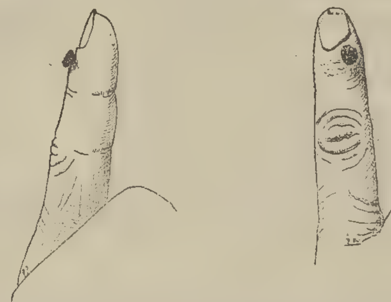


Fig. 4 et 5 (1). — *Botryomycome péri-unguéal de la face dorsale de l'index droit* (vu de profil et face).

finement grenue, comme une framboise. Elle est rattachée par un pédicule filiforme, revêtu d'un épiderme. La base est légèrement indurée, croûteuse, et même eczémateuse par suite de la macération incessante produite par le suintement de la tumeur.

Le 26 juin M. Poncet enlève la tumeur qui est remise à son chef de laboratoire, M. le docteur L. Dor. Elle a les caractères anatomiques du botryomycome.

Les suites de cette opération furent naturellement, et comme de coutume, des plus simples. Quelques jours après, la plaie opératoire était cicatrisée, mais il persistait au niveau de l'implantation du pédicule un tout petit noyau induré intra-dermique. Ce noyau rougeâtre, menaçant de s'ulcérer et sensible au toucher, s'était accru de façon à présenter le volume d'une petite tête d'épingle. J'en ai pratiqué l'ablation le 16 octobre dernier. J'ai eu soin de comprendre dans cette deuxième intervention la collerette avoisinante des tissus sains, car il s'agissait certainement d'une récidive sur place.

Ces diverses tumeurs avaient, en résumé, un mode de développement, une allure particulière qui les distinguaient des bourgeons charnus vulgaires. Leur aspect, le pédicule caractéristique, et leur bénignité, les hémorragies ne permettaient pas davantage de les assimiler à des sarcomes, il s'agissait vraiment des tumeurs dites botryomycomes depuis les travaux de notre maître M. Poncet et de M. L. Dor.

Quant à leur nature, elle a été l'objet de nombreuses et savantes discussions, dont on trouve un exposé très complet ainsi que la bibliographie de la question, dans le récent et important article de MM. Savariaud et Deguy (2).

Ces deux auteurs pensent qu'il s'agit simplement de bourgeons charnus, et que les tumeurs dites botryomycosiques par MM. Poncet et Dor n'ont rien de spécifique (?).

Avant de formuler à cet endroit notre opinion, qu'il nous soit permis de montrer, par les conclusions d'un intéressant mémoire publié à l'étranger en 1901, un an après le mémoire de MM. Poncet et Dor : « La botryomycose » (*Arch. gén. de méd.*, février 1900), par Parascandolo (Die botryomycose, *Deuts. Thier*, *Wochens.*), que la question reste toujours à l'étude.

(1) X. Delore. *Gaz. hebd.* et Soc. des sc. méd. de Lyon, 1899.

(1) Nous devons ces divers dessins à l'obligeance de M. Piollet, interne de la clinique. Pour plus d'exactitude ils ont été décalqués sur des photographies.

(2) Savariaud et Deguy. La botryomycose, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 115.

Parascandolo a fait des recherches comparées sur le staphylocoque pyogène doré et le botryomyces ascoformans. « Chez les animaux, dit-il, la botryomycose se rencontre souvent au niveau de la peau et des tissus de voisinage des différents muscles, du cordon spermatique, du tissu conjonctif de la cavité pelvienne, des poumons et de la plèvre, des ganglions lymphatiques, des organes génitaux, des muscles de l'oreille et de sa membrane muqueuse. »

L'auteur entreprend sur le botryomyces et le staphylocoque pyogène doré une étude minutieuse, qu'il faut lire dans l'original, et qui porte sur ses propriétés physiologiques, biochimiques, et séro-diagnostiques. Il arrive aux conclusions suivantes :

« 1° A un examen bactériologique superficiel le staphylocoque pyogène doré et le botryomyces, qu'ils se présentent isolément ou en grappes, offrent beaucoup de ressemblance dans leur forme, leur aspect, leur coloration et leur pouvoir chromogène, et, en définitive, dans leur développement et leurs divers milieux de culture.

2° Ils diffèrent, cependant, par leur développement sur gélatine et leurs propriétés physiologiques et biologiques.

3° Les recherches séro-diagnostiques montrent que ces microbes ne sont pas identiques.

4° Les tentatives d'immunisation prouvent clairement que ces deux microbes sont deux organismes bien distincts avec des propriétés spécifiques.

5° Le botryomyces donne sur milieu de culture des toxines qui peuvent être utilisées pour l'immunisation des animaux.

6° Les deux microbes possèdent, il est vrai, des propriétés pyogènes; mais le staphylocoque pyogène doré ne peut jamais donner des produits d'inflammation, comme on en obtient toujours avec le botryomyces. »

Et maintenant, nous faisant l'écho des idées maintes fois formulées par MM. Poncet et Dor, nous dirons : Pour pouvoir comparer deux choses entre elles, il est nécessaire de les connaître toutes les deux. MM. Poncet et Dor, ayant étudié la *botryomycose équine*, ont dit, en 1897 (Congrès français de chirurgie), qu'il existait chez l'homme une affection analogue, qu'ils ont appelée la *botryomycose humaine*. Or, depuis la publication de leur premier travail, il a surgi de différents côtés des articles dans lesquels les auteurs, sans se préoccuper de la botryomycose équine et sans se demander si l'affection décrite par MM. Poncet et Dor était identique ou non à une affection connue des vétérinaires, déclarent d'après leurs examens histologiques que la petite tumeur est un bourgeon charnu vulgaire, et que le parasite qui l'engendre n'est pas spécifique. C'est là ne voir qu'un côté de la question. Il existe cliniquement quelque chose qui s'appelle, à tort ou à raison, la *botryomycose équine*, et il existe aussi cliniquement quelque chose qui correspond à la description donnée par MM. Poncet et Dor de la *botryomycose humaine*.

Ces deux affections sont-elles identiques entre elles, oui ou non? Voilà le point sur lequel on peut donner une approbation ou un démenti à MM. Poncet et Dor. Mais c'est mal comprendre leurs communications que de leur dire que la botrymycose ne mérite pas le nom de « mycose » ou qu'au point de vue histologique, il y a des formes qui ne cadrent pas absolument avec le type qu'ils ont décrit.

En ce qui concerne le premier point, ils l'ont dit et répété eux-mêmes dans plusieurs de leurs communications : *Les grains jaunes ne sont pas des parasites*. M. Dor a étudié encore dernièrement une tumeur botryomycosique du cheval, présentée à la Société nationale de médecine de Lyon par M. Cadéac, le 1er juin 1902 (1); il a eu à sa disposition des centaines de grains, énormes, visibles à l'œil nu, plus gros même que ceux de l'actinomycose, et il en a conclu, d'une façon très catégorique, que ces grains n'avaient rien de parasitaire (voir *Lyon méd.*, 6 juillet 1902, t. XCIX, p. 12). Déjà, en février 1900, dans leur travail (loc. cit.) des *Archives générales de médecine*, MM. Poncet et Dor se demandaient s'il ne serait pas préférable de remplacer le terme *botryomycose* par celui de *botryose*, et ils disaient : « Il n'y a pas grand inconvénient à conserver un terme admis dans le langage courant, même s'il est défectueux, pourvu que l'on soit d'accord sur sa signification. »

Quant au second point, il suffit de s'entendre. M. Dor, après avoir envisagé certaines lacunes comme des vaisseaux embryonnaires, pense, après un examen plus attentif, que ces lacunes sont d'origines sudoripare; c'est là une question d'interprétation sur laquelle il est sujet à se tromper, comme le sont également ses contradicteurs; mais ce n'est pas seulement sur une interprétation qu'il faut juger un travail d'anatomie pathologique, c'est aussi d'après les planches lorsqu'il y en a; et précisément, le travail de MM. Poncet et Dor est accompagné de douze photographies microscopiques. Ces microphotographies sont des plus démonstratives et dispensent de tout commentaire. Du reste, alors même que l'on donnerait une autre interprétation de ces lacunes, elles n'en constituent pas moins la caractéristique des tumeurs botryomycosiques.

Nous concluons : que la question reste telle qu'elle a été posée, il y a identité de structure entre les tumeurs framboisiformes, pédiculées, occupant le plus souvent les doigts et la main chez l'homme, et les champignons de castration du cheval. Les vétérinaires décrivent les champignons de castration sous le nom de « champignons botryomycosiques » lorsqu'ils renferment des grains jaunes visibles à l'œil nu. M. Dor a montré que, lorsque ces champignons ne contenaient pas de grains jaunes visibles à l'œil nu, ils en contenaient qui étaient visibles au microscope et que, par conséquent, tous ces champignons de castration méritaient le nom de *botryomycosiques*. Il a vu les mêmes grains dans les tumeurs des doigts, de la face, etc., chez l'homme. Il en résulte qu'il faut ou bien changer le nom de *botryomycose*, aussi bien en pathologie humaine qu'en pathologie équine, ou bien accepter en pathologie humaine l'introduction de ce mot, quelques soient les reproches qu'on peut lui adresser.

(1) Citation extraite de la discussion sur la botryomycose (*Lyon méd.*, 6 juillet 1902) :

« *M. L. Dor.* — En résumé, voici ce que nous pensons de la botryomycose en général : il existe chez l'homme et chez les animaux des tumeurs fibreuses inflammatoires. Ces tumeurs peuvent subir une dégénérescence kératoïde et l'on voit alors, à l'œil nu, les grains que l'on a pris pour des parasites et qui ont donné à la maladie son nom bien à tort; mais les fibromes avec botryomyces et sans botryomyces sont inévitablement les mêmes, et il n'y a aucun inconvénient à désigner ces tumeurs, aussi bien chez l'homme que chez le cheval, sous le nom de botryomycomes, à la condition de savoir que les botryomyces n'en sont pas les agents créateurs.

Quant à la question de savoir si le botryomycoque, qui, lui, est l'agent générateur des tumeurs fibreuses, est spécifique ou non, c'est là une tout autre question sur laquelle la discussion reste ouverte.

M. Cadéac. — Que la cause des botryomycomes soit un staphylocoque un peu modifié ou bien un parasite tout différent du staphylocoque, il n'en est pas moins vrai qu'il s'agit là d'une affection parasitaire ayant cliniquement des caractères spéciaux, et qu'il faut lui consacrer un nom spécial. »

Il existe, quoi qu'il en soit, un type clinique nouveau de lésions que les recherches de MM. Poncet et Dor ont mis au jour, et qu'il importe de connaître. Il mérite une place à part dans le chapitre toujours ouvert des tumeurs et des lésions infectieuses de la peau.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(24 octobre 1902)

Presque toute la séance a été consacrée à l'étude du projet présenté pour la réforme des concours des hôpitaux. La discussion très animée n'a pas encore fait la lumière et d'autres séances doivent être consacrées à l'examen de la même question.

La partie scientifique de la réunion a été, de ce fait, fort restreinte.

M. Babinski a présenté deux malades intéressants, atteints de **tabes hérédo-syphilitique**; voici le résumé de ces deux observations :

Le tabes hérédo-syphilitique est considéré comme une rareté; il n'y en a guère dans la science qu'une vingtaine d'observations. L'auteur est porté à croire que cette affection est plus commune qu'on ne le pense généralement, mais que, comme le tabes conjugal, elle demande à être cherchée parce qu'elle se manifeste dans bien des cas sous une forme fruste et ne s'impose pas alors à l'attention du médecin. Il a observé autrefois des faits de cet ordre et il présente aujourd'hui à la Société deux exemplaires de tabes hérédo-syphilitique, d'autant plus intéressants que le père de chacun des deux sujets est lui-même atteint de tabes.

La première malade est une jeune fille, âgée de vingt-deux ans, ayant des dents d'Hutchinson. Jusqu'à l'âge de dix-huit ans elle a joui d'une bonne santé, sauf qu'à sa naissance, elle a eu des ulcérations anales et qu'elle est atteinte depuis l'âge de neuf ans de la maladie des tics convulsifs. A dix-neuf ans, se développe chez elle une kératite interstitielle ayant les caractères de la kératite hérédo-syphilitique. Depuis deux ans elle est sujette à des crises de douleurs fulgurantes; le réflexe à la lumière des pupilles est aboli et le réflexe rotulien gauche est plus faible que le droit. Le père de cette jeune fille raconte qu'il a contracté la syphilis quand sa femme était enceinte de cette fille et qu'il l'a contaminée. Il présente lui-même des signes caractéristiques de tabes : abolition des réflexes rotuliens et achilléens, troubles vésicaux, douleurs fulgurantes, signe d'Argyll-Robertson.

L'autre malade, âgée de quinze ans, a des pupilles immobiles à la lumière; ses réflexes rotuliens et achilléens sont abolis; elle accuse des troubles urinaires. L'examen du liquide céphalo-rachidien a décelé de la lymphocytose; la malade présente en outre de la choroïdite du côté gauche ayant les caractères de la choroïdite syphilitique; de plus elle a des troubles mentaux qui sont symptomatiques soit d'une démence précoce, soit d'une méningo-encéphalite diffuse; son père est aussi atteint de tabes qui se manifeste par l'abolition du réflexe tendineux des membres inférieurs, le signe d'Argyll et des crises gastriques. Il faut ajouter que cet homme ne pensait pas du tout être atteint d'une affection du système nerveux et il avait été soigné jusqu'à présent pour des troubles gastriques, dont la nature tabétique avait complètement échappé à ses médecins.

Il est utile d'avoir l'attention attirée sur cet ordre de faits; cela présente un grand intérêt pratique, car il y a tout lieu d'admettre que le traitement hydrargirique intensif et longtemps prolongé peut exercer sur le tabes hérédo-syphilitique une influence au moins aussi grande que sur le tabes vulgaire, qu'il peut en enrayer dans une certaine mesure l'évolution.

M. Claude présente un malade qu'il a pu traiter pour un **tétanos**, et guérir par la méthode de Baccelli. Le malade est un homme de quarante-six ans, qui se blessa au petit doigt de la main gauche, et qui, trois jours après, présenta les premiers symptômes d'un tétanos qui fut caractérisé par une contracture intense généralisée, avec crises paroxystiques, dysphagie, fièvre et délire. Le premier jour, on pratiqua une injection de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique, puis les jours suivants on pratiqua des injections d'acide phénique à la dose de 0,20 centigrammes par jour; puis on dut administrer le chloral à hautes doses et amputer le doigt. Vers le dix-huitième jour, la fièvre tomba, les phénomènes s'amendèrent en même temps que survint une crise sudorale et polyurique.

En résumé, il nous semble difficile d'affirmer que les injections d'acide phénique ont tout fait pour amener la guérison du malade; quel aurait été, en effet, le rôle des autres méthodes employées concurremment?

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE
(VIe session, 23-25 octobre 1902)

Indications et résultats de la néphrectomie (néoplasmes du rein exceptés).

Résumé du rapport par E. Michon (de Paris).

L'histoire de la néphrectomie est celle de la plupart des grandes interventions abdominales. C'est d'abord avec erreur de diagnostic qu'elle fut pratiquée et cela par voie abdominale. En 1870 seulement Simon fit la première néphrectomie de parti pris. L'extirpation du rein a donné lieu tout d'abord à une mortalité excessive; ce n'est que depuis une dizaine d'annés que les résultats se sont améliorés. L'asepsie, les procédés d'exploration de la fonction rénale, la cystoscopie ont permis ces progrès. Les décès par insuffisance du rein laissé en place ont beaucoup diminué.

Avant toute néphrectomie on doit connaître la valeur du rein que l'on suppose sain. Les signes cliniques, la palpation, les recherches de la douleur provoquée (réflexe urétéro-vésical), sont toujours à employer, mais ne sont pas suffisants. Les modifications de la qualité de l'urine, surtout en urée, les troubles de l'élimination du bleu de méthylène injecté sous la peau, ont grande importance; pour cette dernière substance, la diminution de l'intensité de l'élimination, beaucoup plus que les autres troubles, retard, etc., indique un fonctionnement rénal insuffisant. Toutes ces recherches ne donnent une certitude absolue que si elles sont faites sur l'urine de chaque rein. Car en chirurgie rénale, la localisation du côté malade n'est pas toujours facile, et la nécessité de préciser le rein à opérer se confond souvent avec le diagnostic de la bilatéralité des lésions. Il faut donc toujours, avant de faire une néphrectomie, pratiquer le cathétérisme des uretères ou la séparation des urines.

Dans la tuberculose du rein, la néphrectomie est l'opération de choix, sa gravité opératoire a beaucoup diminué et oscille aux environs de 6 à 7 p. 100 de mortalité. A la clinique de Necker, de 1895 à 1901, 33 néphrectomies ont été pratiquées avec 2 décès. Les résultats à longue échéance sont favorables, et les morts, par continuation de l'évolution tuberculeuse, dans les premiers mois qui suivent l'intervention, sont exceptionnelles. De plus, nombre d'observations

ont été publiées, où la survie est de dix-huit à sept ans. Les résultats sont meilleurs si l'intervention est précoce, et si l'infection rénale a été par voie sanguine. A la suite de l'extirpation du rein, il y a presque toujours amélioration marquée de l'état général, même si les localisations tuberculeuses sont multiples. Les troubles vésicaux réflexes disparaissent rapidement, les cystites véritables elles-mêmes sont parfois améliorées. Ces résultats sont donc infiniment supérieurs à ceux de la néphrotomie, qui dans la tuberculose ne doit être qu'un pis-aller.

Tout à fait au début, les indications de la néphrectomie, reconnues par tous, sont rarement la douleur, un peu plus souvent l'hématurie grave. Toutes ces interventions ont donné d'excellents résultats. En dehors de ces cas, en présence d'une tuberculose peu avancée, à forme torpide, certains chirurgiens sont partisans du traitement médical; d'autres pratiquent l'extirpation aussitôt le diagnostic de bacillose établi.

En présence d'une tuberculose du rein, avec destruction de l'organe par des cavernes, amaigrissement ou fièvre, la néphrectomie s'impose. Elle doit être faite par la voie lombaire; si les adhérences sont très étendues, l'extirpation sous-capsulaire est indiquée. Le drainage de la plaie est alors nécessaire; la réunion par première intention est plus rare, et la cicatrisation plus lente que dans les cas précédents. Dans la majorité des cas, il est inutile d'enlever l'uretère; l'urétérectomie ne rend pas la guérison plus complète, et l'intervention est plus difficile. Dans les cas de pyonéphroses tuberculeuses avec rétention et phénomènes fébriles, la néphrectomie est encore en principe préférable à la néphrotomie, l'amélioration de la santé générale est plus rapide et définitive. L'examen préalable de la valeur de chaque rein permet de restreindre les néphrectomies secondaires au profit des néphrectomies primitives. Les contre-indications de l'extirpation du rein dans la tuberculose sont dues soit à l'état général, soit à l'insuffisance de l'autre rein, soit aux tuberculoses graves à localisations multiples.

Dans les maladies rénales, autres que la tuberculose et le néoplasme, il y a avantage à remplacer la néphrectomie par une opération conservatrice. Dans les uronéphroses, la valeur physiologique de la poche n'est pas perdue (Guyon), on aura recours à la fixation du rein, aux opérations plastiques. Ce n'est qu'en cas d'échec ou en présence d'une poche absolument inutile comme sécrétion, que l'extirpation sera faite. Pour ces hydronéphroses très volumineuses, on peut avoir recours à la voie abdominale. Les mêmes lignes de conduite sont à suivre pour les pyonéphroses; mais les opérations conservatrices réussissent moins bien, et les néphrectomies secondaires sont plus fréquentes.

Dans les néphrites, on a enlevé les reins pour des hématuries, de la douleur, des phénomènes urémiques. Les opérations sont encore peu nombreuses, et les indications opératoires semblent bien rares.

Dans la lithiase, la bilatéralité des lésions fréquente et la crainte de voir le rein unique devenir calculeux, rendent la néphrectomie exceptionnelle; ce n'est guère qu'en présence de pyonéphrose très volumineuse que l'on sera en droit de faire cette ablation.

Le progrès de la chirurgie réside pour les kystes hydatiques du rein consistant dans le capitonnage, l'incision sans drainage, l'extirpation avec résection partielle du rein; la néphrectomie est exceptionnellement indiquée, quand ces interventions sont impossibles et que l'on ne veut pas se résoudre à une fistule, ou quand le rein est détruit.

Dans les traumatismes du rein nécessitant une intervention, les lésions graves (déchirures multiples, rein en bouillie, plaie du pédicule vasculaire) doivent seules conduire à la néphrectomie.

La néphrectomie dans les tumeurs malignes du rein.

Résumé du rapport par M. Forgue (de Montpellier).

Le professeur Forgue étudie dans son rapport la néphrectomie pour tumeurs malignes du rein et partage cette étude en trois chapitres : 1° *résultats thérapeutiques;* 2° *indications et contre-indications opératoires;* 3° *conditions opératoires spéciales à la néphrectomie pour tumeurs malignes.*

Cette chirurgie, née il y a vingt-cinq ans à peine, a donné lieu à plus de 400 interventions publiées, dont la statistique d'ensemble a été successivement réunie par les travaux de Guillet (1888), de Siegrist (1889), de Chevallier (1891), d'Héresco (1899), de Küster (1897), d'Albarran et Imbert (1902). A ces statistiques globales, M. Forgue a joint l'étude détaillée et critique des résultats exprimant la pratique d'un même chirurgien ou d'un même service : telles, la statistique du service de Czerny, à Heidelberg, établie par Herczel pour la période de 1878 à 1890, et par Max Jordan pour l'intervalle de 1890 à 1895; tel, le compte rendu du service de Krönlein, de 1881 à 1890, par Ris; celui de la clinique de Krönig, par Hildebrand; celui du service de Trendelenburg, par Perthes; celui de la clinique de Riedel, à Iéna, qui a suscité l'intéressant travail de Grohé; telle l'importante contribution apportée par le livre du professeur Israël et par une communication écrite; tel enfin l'excellent travail de Wyss qui ressemble et commente les opérations du service de Krönlein à Zurich, jnsqu'en 1901. Le mémoire de Rosving expose, avec netteté, les cas observés par ce chirurgien, soit dans sa pratique privée, soit dans le service du professeur Bloch. M. Forgue résume aussi les résultats de la pratique d'Albarran, de Tuffier, de Bazy, de Le Dentu et ceux de son service clinique portant sur 10 néphrectomies, pour tumeurs malignes.

Deux notions essentielles se dégagent de cette étude : 1° l'abaissement de la mortalité opératoire; 2° la réalité de guérisons durables obtenues par la néphrectomie.

Trois conditions sont intervenues pour rendre moins meurtrière la néphrectomie dans les tumeurs malignes du rein : 1° la rigueur croissante de l'asepsie et sa substitution à l'antisepsie dont les agents exerçaient sur le rein demeuré en place des effets toxiques; 2° le perfectionnement de la technique opératoire; 3° l'abstention sage en matière de tumeurs trop adhérentes.

On ne peut parler de guérisons durables qu'après la quatrième année. Combien d'opérés ont dépassé cette échéance? Sur plus de 400 interventions, 28 guérisons stables (dont 4 seulement chez les enfants) : voilà le bilan. Et ce chiffre restreint est d'autant plus frappant qu'il faut le rapprocher, d'une part, de la prompte évolution des récidives chez les opérés, d'autre part, de l'allure lente que prennent parfois ces tumeurs du rein, abandonnées à elles-mêmes. C'est du perfectionnement du diagnostic que nous devons attendre désormais notre plus sûr progrès thérapeutique.

Indications opératoires. — Trois éventualités cliniques se présentent, que Reyer avait déjà distinguées : 1° une tumeur coexiste avec des hématuries; 2° la tumeur existe seule; 3° il y a seulement des hématuries, avec ou sans crises douloureuses.

1° *Cas où une tumeur coexiste avec des hématuries.* — C'est l'hypothèse la plus simple au point de vue du diagnostic et la plus favorable au point de vue thérapeutique. L'hématurie joue le rôle de « signal symptôme », de *signal d'alarme*, qui attire l'attention du clinicien sur les reins et peut le conduire à la découverte précoce d'une tumeur en voie de progrès.

2° *Cas où une tumeur rénale existe seule.* — Un néoplasme rénal a évolué insidieusement sans douleurs, sans hématurie révélatrice : la tumeur n'est reconnue que lorsqu'elle est palpable ou visible, au-dessous du rebord costal.

Il y a grande chance, dès lors, pour que la tumeur, dont la masse principale s'est développée dans la coupole sous-diaphragmatique, soit déjà plus volumineuse qu'elle ne paraît, plus fixée qu'on ne le croit d'après sa mobilité apparente;

3° *Cas où l'hématurie existe seule, sans tumeur.* — Ici, le diagnostic comporte de grosses difficultés, en raison de l'absence d'une tumeur palpable. Mais, par contre, en raison du stade précoce où le mal est dépisté, la néphrectomie y trouve ses plus faciles interventions et ses meilleures chances de guérison radicale. — De là, l'indication de ne jamais négliger cet avertissement qui nous est donné par l'hématurie; d'en établir, avec autant d'exactitude que possible, la signification et de ne point hésiter, dans l'hypothèse probable d'un néoplasme à ses débuts, à vérifier le diagnostic par l'incision lombaire et l'exploration directe du rein mis à nu, après avoir bien précisé, par la division vésicale des urines ou par le cathétérisme cystoscopique des uretères, quel est le côté qui saigne.

Contre-indications opératoires. — Elles se divisent en trois groupes : 1° celles qui viennent du rein cancéreux (adhérences massives aux tissus péri-rénaux, étendue de l'infection ganglionnaire, métastases); 2° celles formées par le rein congénère (bilatéralité possible du cancer, insuffisance fonctionnelle du rein présumé sain qu'il faut préciser par l'analyse isolée de sa sécrétion); 3° celles qui résultent de la gravité de l'état général (dénutrition considérable, atonie du myocarde, d'autant plus redoutable que ces interventions exposent gravement au collapsus post-opératoire; sur ses 12 premières néphrectomies, Czerny compte 5 morts en quelques heures par collapsus).

Conditions opératoires spéciales à la néphrectomie pour tumeurs malignes. — La mortalité des deux méthodes extra et trans-péritonéales s'équivaut actuellement. La néphrectomie extra-péritonéale est indiquée : 1° dans les tumeurs petites et mobiles; 2° dans les formes hématuriques, sans tumeur palpable. Dans les néoplasmes volumineux, la méthode trans-péritonéale a l'avantage : 1° de conduire plus facilement l'extirpation en bloc de la masse, sans morcellement, partant, sans risque de greffe cancéreuse; 2° de mieux réaliser l'hémostase pendant la décortication; 3° de procéder à une ligature méthodique et dissociée du pédicule urétéro-vasculaire; 4° d'extirper les paquets ganglionnaires tangents aux gros vaisseaux; 5° de parer, le cas échéant, à ces dramatiques hémorragies par ruptures des vaisseaux du hile ou déchirure de la veine cave qui risquent de laisser l'opéré sur la table.

M. Forgue étudie successivement — et en basant chaque point technique sur des exemples tirés du dépouillement attentif des observations : 1° le choix de l'incision (incision longitudinale de Langenbuch, oblique de Czerny, transversale de Péan); 2° la décortication de la tumeur (abordée, dans le cas de néphrectomie intra-péritonéale, par l'incision du péritoine pré-rénal sur la lame externe du méso-côlon), et les difficultés de cette énucléation de la masse hémorragique et friable; 3° la formation et la ligature dissociée du pédicule (incidents pouvant résulter soit de la diffusion du cancer dans les tissus adipeux de la région du hile, soit de la présence à ce niveau de masses néoplasiques occupant les ganglions ou la capsule surrénale ectopique); 4° l'excision des points suspects de la capsule graisseuse (qu'Israël veut voir aussi méthodique que le nettoyage du creux de l'aisselle pour le cancer du sein) et le traitement de la cavité rétro-péritonéale; 5° les suites opératoires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 3 au 8 novembre 1902)

Examens de doctorat.

Lundi 3 novembre, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Rémy, Gosset et Cunéo.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Tillaux, Broca (Aug.) et Walther; — (2e partie, 1re série, ancien régime) : MM. Hayem, Brissaud et Teissier; — (2e série) : MM. Landouzy, Bezançon et Legry; — M. Broca (André), suppléant.

Mardi 4 novembre, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste), *Salle Thouret* : MM. Cornil, Thiéry et Langlois; — M. Chassevant, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Faure et Auvray; — (nouveau régime, 2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Thiroloix et Renon; — (2e série) : MM. Joffroy, Achard et Dupré; M. Rémy, suppléant.

Mercredi 5 novembre, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Gariel, Richet et Rémy; — M. Richaud, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki; — M. Desgrez, suppléant.

Jeudi 5 novembre, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste), *Salle Vulpian* : MM. Rémy, Thiéry et Langlois.

4e, *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz; — M. Launois, suppléant.

Vendredi 6 novembre, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste), *Salle Thouret* : MM. Richet, Rémy et Cunéo; — M. Cunéo, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Legueu; — M. Desgrez, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich.

Samedi 8 novembre, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste), *Salle Pasteur* : MM. Cornil, Rémy et Langlois.

4e, *Salle Béclard* : MM. Proust, Gilbert et Widal; — M. Launois, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Guiart, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Bordeaux.* — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Perrens, Latreille, Dugoua, Plaziat, Lautier, Bongrand, Calmettes, Desqueyroux, Peyre, Gay, Dagneaud, Hazera, Lepage, Dubourdieu, Perreaux, Cazaux, Giresse, Ducourrech de Raquine, Marque, Belliard, Constantin, Delaunay, Laborderie, Patarroni, Sibanaler, Imbaud, Canaguier, Eymery.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-deuxième semaine, 772 décès, au lieu de 852 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 840. L'état sanitaire est donc satisfaisant,

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (11); le nombre des cas nouveaux (48) est un peu supérieur à celui de la semaine précédente (35) et inférieur à la moyenne (64).

La variole a causé 1 décès (la moyenne est 3); la rougeole a causé 3 décès, au lieu de 1 pendant la précédente semaine et de la moyenne (2); la coqueluche 4 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 6 pendant la semaine précédente; la diphtérie 7 décès, au lieu de 9 pendant la précédente semaine et au la moyenne (6); le nombre des cas nouveaux pour cette dernière affection (75) est à peu près stationnaire et toujours supérieur à la moyenne (48). La scarlatine n'a causé aucun décès.

La diarrhée infantile a causé 41 décès de 0 à 1 an, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 46 pendant la semaine précédente.

En outre, 15 enfants sont morts de débilité congénitale. Ce

chiffre, très faible, est identique à celui de la semaine précédente.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 112 décès, au lieu de 108 pendant la semaine précédente et au lieu de 117, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 5 décès (au lieu de la moyenne 9); bronchite chronique, 23 (au lieu de la moyenne 21); pneumonie, 21 (au lieu de la moyenne 28); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 63 (au lieu de la la moyenne 59), dont 25 sont dus à la congestion pulmonaire et 32 à la broncho-pneumonie. En outre, 4 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 161 décès ; la méningite tuberculeuse, 19; la méningite simple, 15; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 8 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 48; les maladies organiques du cœur, 60; le cancer a fait périr 37 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 5 décès; la cirrhose du foie, 7; la néphrite, 19; enfin, 32 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 123. — JEUDI 30 OCTOBRE 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 30 OCTOBRE 1902. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas samedi.

LES PLAIES DU CANAL THORACIQUE DANS SA PORTION CERVICALE

Par le docteur Victor Veau, ancien interne médaille d'or, prosecteur à la Faculté.

Si on en croyait les auteurs de nos traités classiques, on devrait considérer les plaies du canal thoracique au niveau du cou comme un accident redoutable et tout à fait exceptionnel. Je voudrais prouver ici que ces blessures sont toujours bénignes et qu'elles ne constituent pas une curiosité pathologique aussi exceptionnelle qu'on le croit en France.

Ces recherches ont été entreprises à l'occasion d'un cas que j'ai pu observer quand je terminais mon internat chez M. Ricard.

J'ai engagé mon ami Beneteau à traiter ce sujet dans sa thèse; il en a recueilli 21 observations (1).

Étiologie. — Les plaies du canal thoracique sont très rares. Elles sont plus fréquentes dans la portion cervicale de cet organe que dans sa position thoracique (2).

En 1898, M. Walther écrivait dans le *Traité de chirurgie* : « Nous n'avons pu trouver que trois cas de blessure du canal thoracique au cou. »

Avant cette époque, König ne les mentionne même pas. Tillmann en parle à peine.

Treves dit « qu'en tout cas, la mort doit suivre dans une période de semaines plutôt que de mois, par marasme consécutif à l'écoulement. Le traitement est purement symptomatique ».

(1) Beneteau. *Plaies du canal thoracique à la base du cou*, Th. de Paris, mars 1902, n° 242.

(2) On trouvera dans la littérature médicale quelques observations de déchirure du canal thoracique dans la poitrine (Monro, Weicher, Banius, Hoffmann), ce sont des observations de chylothorax traumatique. Cette affection est encore très mal connue. La lésion du canal thoracique n'a jamais été observée directement.

Arrou, en 1898, ne connaissait que trois observations; il se demande si les plaies du canal thoracique sont aussi graves chez l'homme que chez les animaux, « mais aucun fait jusqu'ici ne nous renseigne à ce sujet. »

Jordan, dans le *Nouveau traité de chirurgie allemand* de Bergmann-Bruns-Mikulicz, en rapporte quatre cas.

Daus quelles conditions se produisent les blessures de la portion cervicale du canal thoracique?

C'est presque toujours le bistouri du chirurgien qui blesse le canal thoracique.

Dans un seul cas, la plaie fut produite par un coup de couteau [Lyne, 1898 (1)].

Dans huit cas, la blessure s'observa au cours de l'extirpation de ganglions tuberculeux [Lesnowski (deux cas), Schrœder et Plummer, Swinn, Porter, Keen, Wescher, Wendel].

Wendel, Cushing, Halsted déchirèrent le canal thoracique en extirpant des ganglions envahis par un cancer du sein.

Dans trois cas, au cours de l'extirpation d'un épithélioma branchial, le chirurgien blessa le canal (Bœgehold-Wilms, Wendel, Phelps).

Une fois il fut blessé au cours de la ligature de l'artère sous-clavière pour anévrisme (Fergusson).

Deux fois il fut atteint dans des extirpations de sarcomes (Cleever, Vagedes).

Dans le cas dont je fus le témon, M. Ricard blessa le canal thoracique en extirpant une tumeur fibreuse du corps thyroïde, tumeur infiltrée comme un cancer, sur laquelle la Société de chirurgie a discuté en juillet-octobre 1901.

Naturellement, les blessures du canal thoracique ne siègent qu'au côté droit.

Le sexe et l'âge sont absolument indifférents. La malade la plus jeune avait quatorze ans.

Le plus grand nombre des observations vient d'Angleterre ou d'Amérique, probablement parce que les chirurgiens y sont plus audacieux.

Physiologie pathologique. — Théoriquement, une blessure du canal thoracique peut être extrêmement grave si la totalité du chyle était déversée en dehors. Pratiquement, elle est très bénigne, car la circulation lymphatique se rétablit toujours (2) par les voies collatérales.

(1) Je n'ai pu me procurer l'observation de Lyne (*Texas med. Journ.*, août 1898, p. 182). L'index medicus nous apprend seulement « stabwound of thoracic duct; recovery ».

(2) Il faut attribuer à ce mot « toujours » le sens qu'il a en clinique. Toujours signifie le plus souvent. En disant que les plaies du canal

De nombreuses expériences ont été pratiquées chez les animaux. Un certain nombre ne prouvent rien, celles où on ne put se mettre à l'abri de l'infection.

La compression, la ligature du canal thoracique, ne semble pas entraîner d'accidents quand les expérimentateurs n'ont pas fait de grands délabrements. Il semble même que les animaux ne présentent aucun accident immédiat, comme si la circulation collatérale se rétablissait avec la plus grande facilité (Astley Cooper, Colin, Magendie, Schmidt-Hullheim, Weicher, etc.).

La fistulisation expérimentale du canal thoracique est beaucoup plus grave; mais il faut pour cela lier le canal sur une canule; c'est la façon que les physiologistes emploient pour recueillir la lymphe. La quantité qui s'écoule est considérable. Colin a pu en recueillir 95 kilos en vingt-quatre heures chez une vache. « Dans un cas de fistule lymphatique chez l'homme, cette quantité était de 6 kilos en vingt-quatre heures » (Hédon).

La cicatrisation des plaies du canal thoracique est prouvée par les expériences. Bœgehlold a sacrifié un chien soixante-douze heures après avoir blessé le canal; il vit une légère concrétion fibrineuse au niveau de la blessure. Une autre fois après section, il vit la paroi épaissie et la lumière du canal oblitérée par de la lymphe, de sorte qu'on ne put pousser l'injection en amont, le conduit était épaissi et rempli de lymphe.

Weischer vit de même après quelques jours la plaie fermée, par un dépôt de fibrine, autour du vaisseau s'étendaient les mêmes dépôts. Une autre fois la lumière d'un conduit traumatisé était complètement remplie par de la lymphe coagulée.

Tous ces faits permettent d'assimiler, au point de vue de la cicatrisation, les plaies du canal thoracique aux plaies des vaisseaux sanguins.

De l'ensemble des expériences souvent contradictoires des physiologistes, plusieurs points se dégagent : il est indispensable pour vivre que la lymphe soit versée dans la circulation, mais dans cette fonction le canal thoracique peut très facilement être suppléé par les voies collatérales.

Symptômes. — Deux cas sont à considérer : la plaie du canal se manifeste immédiatement au chirurgien qui vient de le blesser, au contraire rien n'indique immédiatement l'accident, c'est plus tard qu'il se révèle par les signes caractéristiques.

— Dans le premier cas le chirurgien voit sourdre, jaillir de la profondeur un jet de liquide blanchâtre, laiteux, qui en quelques instants inonde la plaie.

Wilms, en enlevant un épithélioma brachial, se rapprochait peu à peu de la région du confluent veineux, comme il essayait avec une curette tranchante, d'enlever des portions de tissu suspect, il se déversa tout à coup dans le champ opératoire un jet de liquide blanchâtre de l'épaisseur d'un brin de paille qui se mêla au sang coulant en abondance.

Wendel enlevait les ganglions sus-claviculaires dans un cancer du sein après avoir fermé avec une pince une ouverture faite à la veine sous-clavière, il voit sourdre un liquide laiteux par un orifice de la grosseur d'une tête d'épingle creusé dans un gros tronc lymphatique.

Weischer extirpait la paroi d'un abcès tuberculeux situé au-dessus de la clavicule. « Tout à coup on entendit un bruit strident, la malade tombe dans un collapsus complet, ses lèvres bleuissent. En même temps un liquide séreux et clair se déverse dans la plaie. » La malade se remit, on put achever l'opération.

Keen, « en extirpant une masse de ganglions tuberculeux situés au-dessus de la clavicule gauche, mit à nu les veines jugulaires et sous-clavière, mais pas à leur confluent, en disséquant des adhérences il fait une ouverture dans quelque chose qui semblait uue adhérence d'où il sort immédiatement uu liquide parfaitement limpide, d'une façon continue avec un rythme respiratoire évident, il semblait provenir d'une déchirure d'un quart de pouce. »

Cushing disséquait la région sus-claviculaire pour enlever les ganglions dans un cancer du sein. Le plexus brachial était à nu. En laissant retomber les tissus on aperçut faisant saillie un canal à parois minces, incolores, cheminant sur le muscle scalène. Ce conduit de la taille d'une paille était à peine visible quand on le laissait retomber. On en avait mis environ 3 centimètres à nu. Il était surprenant qu'il n'eût point été divisé complètement. Tel qu'il se présentait, une petite ouverture y avait été faite à 1 centimètre au-dessus de la veine sous-clavière, dans laquelle il semblait se jeter à une courte distance de la jugulaire. Une grosse branche environ de la grosseur du stylet ordinaire pénétrait dans le vaisseau juste au-dessous du point blessé. La plaie était longitudinale et avait 3 centimètres de long. Il en sortait d'une manière intermittente un liquide clair séreux de quantité suffisante pour inonder le coin de la plaie.

Schrœder et Plummer (de Chicago) firent une blessure au canal thoracique en même temps qu'une plaie des grosses veines qui détermina une embolie gazeuse. Il n'y eut pas d'accidents.

— Dans d'autres cas le chirurgien ne s'aperçoit pas immédiatement de la lésion qu'il a produite. C'est ce qui arriva chez le malade de M. Ricard. Il s'agissait d'une tumeur fibreuse du corps thyroïde, qui avait adhéré à tous les organes avoisinants et qui avait absolument les allures cliniques du cancer. La jugulaire et la carotide furent réséquées. Le pneumogastrique, le nerf phrénique furent sectionnés, la trachée et l'œsophage furent disséqués avec soin. La veine sous-clavière, le plexus brachial furent mis à nu. « Les suites opératoires furent absolument apyrétiques. Le sixième jour, M. Ricard défit le large pansement qui protégeait la plaie, la partie externe de la région opératoire était bombée et légèrement tendue, il décolla dans l'étendue d'un centimètre les bords de la suture pensant à une collection sanguine. Mais il eut la surprise de voir s'écouler un liquide blanchâtre, ayant l'aspect de lait très étendu d'eau. Il pensa à un accident septique et plaça un petit drain debout. Les jours suivant le drain donnait un suintement séro-sanguinolent abondant, au point que M. Ricard crut à une éraillure de l'œsophage, laissant passer la salive ou les liquides déglutis. Le malade perdait sa connaissance et maigrissait à vue d'œil. »

L'apparition de la lymphe n'est pas toujours aussi tardive. Dans le cas d'Erwing, quatre heures après l'opération il se produisit une énorme décharge séreuse traversant non seu-

thoracique sont toujours bénignes, je veux dire que le plus souvent elles n'entraînent pas d'accidents graves; je veux dire que je ne connais pas ces accidents, mais je ne serais pas étonné qu'un cas malheureux ne montre ici, comme partout, que le mot « toujours » ne doit pas être pris à la lettre.

lement le grand pansement mais aussi le traversin et la literie.

Chez un malade de Phelps en faisant le pansement quatre jours après l'opération, il se produisit un écoulement profus continuel, semblable à du lait écrémé, en quantité considérable.

Dans un cas de Wendel on fit le pansement le huitième jour, la plaie paraissait nette; mais deux heures après, s'écoule de la plaie une énorme quantité de liquide laiteux qui sort sans interruption.

Schwinn remarque un léger gonflement dix jours après l'opération, il ouvre deux jours plus tard, « il s'échappe en jaillissant un liquide tout à fait semblable à du lait écrémé. »

Le *liquide* qui sort du canal thoracique a les caractères du lait étendu d'eau, il est probable que sa couleur dépend de l'état de la digestion.

Il a une odeur particulière, que les auteurs qualifient de fade, douce. Ricard l'a comparée à celle du sérum.

Il est en général visqueux et se coagule presque immédiatement après sa sortie.

La quantité est variable. Dans certains cas quelques grammes de liquide blanchâtre se sont écoulés au cours de l'intervention, le chirurgien a reconnu la lésion et a pu tarir le flux. D'autres fois la quantité est très considérable et épouvante par son abondance. Le liquide inonde le pansement et le lit du malade, il traverse l'oreiller et quinze épaisseurs de drap. Keen a pu recueillir un demi-litre en quatre heures. Hedon, nous l'avons vu, parle de 6 litres par jour.

Dans ces cas d'écoulement abondant l'*état général* est très rapidement et très gravement atteint. Le chirurgien épouvanté croit à une issue rapidement fatale, et cependant dans tous les cas on a assisté à une guérison absolument inattendue, suivant l'expression de Keen.

L'*amaigrissement* est des plus rapides. Le malade de M. Ricard fondait sous ses yeux et tous les auteurs ont été effrayés de la rapidité de la dénutrition. La physiologie du reste nous permettait de prévoir ce fait.

Constamment il existe des *maux de tête* et quelquefois ils sont très intenses.

La *soif* est toujours très vive et quelquefois, quand le malade boit, le liquide écoulé augmente de quantité et devient plus clair.

Les *urines* sont diminuées en raison directe de l'écoulement. Wendel en a recueilli 400 grammes en vingt-quatre heures.

Il existe une grande sensation de faiblesse, de malaise, et quelquefois de syncope.

Tout concourt pour alarmer. Et cependant le pronostic est bénin, puisque toujours, après un temps variable, l'écoulement se tarit.

Durée. — Dans ces cas graves dont nous parlons en moins d'une semaine le flux se tarit brusquement ou diminue progressivement. Wendel pendant plus de quinze jours nourrit son malade exclusivement à l'aide de lavements nutritifs.

Quelquefois la fistule se rouvre après s'être fermée.

Il est remarquable de constater que les malades engraissent aussi rapidement qu'ils ont maigri. Phelps constata une augmentation de poids d'une livre par jour.

Les plaies du canal thoracique peuvent entraîner une *fistule* qui dure beaucoup plus longtemps; chez un malade de Weischer il existait encore un léger écoulement un mois et demi après l'opération. Dans le cas de Schwin, la fistule dura plus longtemps encore, puisque ce chirurgien put essayer de tous les traitements et « fit rentrer le malade à l'hôpital » pour réintervenir. Chez le malade de Schrœder, il existait encore un suintement léger trois mois après l'intervention.

Traitement. — La *compression* est la meilleure méthode pour arrêter l'écoulement de la lymphe en cas de plaie du canal thoracique. Aussitôt la blessure reconnue, le chirurgien devra faire une compression minutieuse dans la plaie à l'aide d'un tamponnement méthodique.

Si l'écoulement se produit secondairement, on pourra se contenter de faire une compression soigneuse dans le creux sus-claviculaire avec un tampon appliqué sur la peau.

Il ne faut pas mettre de drain quand il existe une plaie du canal thoracique, c'est là une pratique qui empêche absolument la guérison. Dans le cas de M. Ricard l'écoulement dura quinze jours tant que le drain fut en place. « Je retirai le drain par lequel s'écoulait le liquide, j'appliquai sur son trajet et derrière la clavicule un pansement compressif énergique méthodiquement placé et j'eus le bonheur de voir immédiatement l'écoulement s'arrêter pour ne plus reparaître. » Il en fut de même chez le malade de Keen, l'écoument disparut quand le drain fut retiré.

La simple compression peut être insuffisante. Le cas de Wendel est très instructif. L'écoulement se produisait deux heures après le premier pansement qui fut fait huit jours après l'opération. La chylorrhée fut arrêtée pendant un jour. L'écoulement se produisit et la plaie fut désunie et tamponnée. Cela ne suffit pas. Sous chloroforme la plaie fut nettoyée, on vit l'endroit d'où sortait le chyle dans l'expiration profonde, on fit un tamponnement serré à la gaze iodoformée. L'écoulement persista encore, l'état général est des plus graves et dix-sept jours après l'opération « on place une pince dans la région de la fistule à chyle, la chylorrhée cesse en apparence », mais le lendemain nouvel écoulement, « ligature médiate à l'endroit où la fistule semble se trouver, la chylorrhée dure vingt-quatre heures, la malade se remet visiblement, puis nouvel écoulement de chyle. Malgré des tentatives répétées de ligatures, celles-ci ne sont suivies que d'un succès passager. » On dut réintervenir vingt-deux jours après l'opération. « On incise avec précaution dans la région de la fistule après avoir enlevé les bourgeons à la curette tranchante. On peut suivre l'extrémité périphérique du canal avec une sonde, la ligature n'est pas possible à cause de la profondeur de la plaie, on recoud. La chylorrhée s'arrête. Mais elle reprend le lendemain, on place trois pinces. L'écoulement a continué malgré le tamponnement à l'ouate de perchlorure de fer, la cautérisation à la pierre infernale, etc. Mais elle est moins forte. » Elle diminue progressivement et disparaît après deux mois.

Ce cas fut tout particulièrement rebelle, en général la simple compression suffit.

La *forcipressure* peut être tentée quand on a pu pincer le point par où se fait l'écoulement. Elle peut se faire immédiate au cours de l'intervention, ou secondairement quand l'écoulement existe depuis quelques jours (Phelps, Schwin, Wendel).

Il est préférable, quand on peut, de recourir à la *ligature*. Mais il faut que celle-ci ferme l'orifice en amont et en aval, aussi on est souvent obligé de mettre un double fil.

Mais la ligature peut échouer. « Quatre fois on lia une nouvelle déchirure, à chaque fois suivit un écoulement nouveau » (Schrœder). La compression réussit mieux.

L'idéal est certainement, comme pour les vaisseaux sanguins, de faire une *suture latérale*, et il semblerait à priori qu'il soit impossible de suturer un canal dont les parois sont si minces. Cet idéal a cependant été réalisé, si on en juge d'après les observations.

Cushing avait mis à nu le canal sur une longueur d'environ 3 centimètres. Une plaie longitudinale mesurait 3 millimètres de long. « Il en sortait d'une manière intermittente un liquide clair, séreux, de quantité suffisante pour inonder le coin de la plaie, si vite qu'elle soit épongée. L'écoulement est arrêté par un tamponnement à la gaze. A l'aide d'une fine aiguille française recourbée (aiguille de Luer), on adosse les deux lèvres de la plaie par une suture à la soie : plus d'écoulement. La perméabilité du canal semble intact. On ferme la plaie à la manière ordinaire, au fil d'argent. »

Porter fut aussi fort : « La blessure du canal était située à environ un demi-pouce au-dessus de son entrée dans la veine sous-clavière. Les valvules orificielles étaient évidentes et suffisantes la plupart du temps. Mais par hasard quelques gouttes de sang pendant les périodes respiratoires. On passe trois points de Lembert à la manière de sutures intestinales. L'écoulement s'arrête. Quelque lymphe fait issue venant probablement d'un autre vaisseau. La plaie fut ouverte le second jour, car elle était remplie de sérosité. »

Ne critiquons pas ces observations et concluons simplement que le vrai traitement des plaies du canal thoracique est la compression. Rarement, dans les cas rebelles, la forcipressure ou la ligature peuvent être indiquées.

Bibliographie. — Arrou. *Traité de chirurgie* de Le Dentu-Delbet, t. VI, p. 699. — Astley Cooper. Trois cas d'obstruction du canal thoracique avec quelques expériences montrant les blessures de ce vaisseau, *Med. Rec.*, 1898. — Bœgehold. *Arch. f. klin. Chir.*, 1883, vol. XXIX, p. 443. — Beneteau. *Plaies du canal thoracique à la base du cou.* Th. de Paris, mars 1902, n° 242. — Brodier. *Traité de chirurgie* de Le Dentu-Delbet, t. IV, p. 448.— Chever. *Boston med. and surg. Journ.*, 1875, p. 422. — Colin. *Traité de physiologie comparée des animaux*, Paris 1823. — Cushing. *Ann. of Surg.*, 1898, vol. II. — Fergusson. Ligature de la sous-clavière avec blessure probable du canal thoracique, *The Lancet*, vol. I, juillet 1872, p. 755. — Halsted. *John Hopkin's Hospital Baltimore surg.*, 1895, n° 4775. — Hédon. *Manuel de physiologie*, Paris. — Jordan. *Traité de chirurgie* de Bergmann-Bruns-Mikulicz, 2e édit., t. III, p. 49. — Keen. *Ann. of Surg.*, 1894, p. 86-92. — Lenowsky. *Medicyna*, 1899, n° 1-3. — Lyne. *Med. Reg. Richemond*, août 1898. — Ricard. Soc. de chir., juillet 1900. — Schwinn. *Ann. of Surg.*, 1896, vol. XXIII, p. 582. — Schrœder et Plummer. *Ann. of Surg.*, 1890. — Treves. *A system of Surgery*, 1895. — Vagedes. *Inaug. dissert.*, Wurtzbourg 1885. — Weischer. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, vol. XXXVIII. — Wendel. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1898, t. XLVIII, p. 437. — Walther. *Traité de chirurgie* de Duplay-Reclus, p. 649. — Wilms. *Arch. f. klin. Chir.*, 1883, t. XXIX, p. 443.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(28 octobre 1902)

M. Proust a commencé la lecture d'un rapport sur l'épidémie actuelle de **choléra en Égypte**. Il ressort de cette première partie du rapport de M. Proust que, jusqu'ici, l'origine de cette épidémie n'est pas encore connue.

M. Hervieux a lu une note sur la **vaccine obligatoire en Alsace-Lorraine**. Voici comment se pratiquent ces vaccinations obligatoires : les médecins cantonaux et communaux pratiquent les vaccinations gratuites. Chacun demeure libre de s'adresser à un médecin de son choix, à condition de produire un certificat médical constatant le résultat de l'opération.

La vaccination est interdite aux sages-femmes et aux pharmaciens.

Les inoculations ne se pratiquent qu'à l'aide de vaccin animal, dont la vente n'est autorisée que sous certaines conditions : récolté depuis moins de trois mois, mis à l'abri de la lumière, conservé dans un lieu frais.

M. Laveran communique une note sur l'**épizootie de Surra** à l'île Maurice. Ce pays, jusqu'alors indemne, a été envahi à la suite de l'importation d'animaux infectés. L'épizootie a pris une extension désastreuse parce que la véritable nature du mal a d'abord été méconnue. Des mesures de prophylaxie sévères s'imposent pour défendre nos colonies contre les maladies.

Nouvelle preuve de l'utilité de l'enseignement des maladies coloniales.

Suit une intéressante observation de M. Villar (de Bordeaux) relative à un **kyste glandulaire du pancréas** opéré et guéri.

Le malade, un homme de trente-six ans, avait eu à deux reprises des crises d'obstruction intestinale.

L'examen pratiqué avant l'opération avait permis de constater l'existence d'une tumeur épigastrique, mate à la percussion, encadrée par deux zones de sonorité, l'une supérieure et l'autre inférieure.

Le malade avait du dégoût pour certains aliments, il avait beaucoup maigri et ses urines renfermaient une quantité très notable de sucre.

Ces différents signes permirent de poser le diagnostic de kyste du pancréas.

Après l'ouverture du ventre, on trouva, en effet, une tumeur kystique située entre l'estomac et le côlon transverse ; elle était tellement adhérente aux organes voisins que l'on dut pratiquer la marsupialisation.

Les suites opératoires furent des plus simples.

A propos de cette observation, M. F. Villar résume la question des kystes du pancréas, dont la connaissance est de date récente, et constitue un des chapitres les plus importants de l'histoire de la chirurgie du pancréas.

Parmi les présentations, nous signalerons celle qu'a faite M. Laborde d'une **nouvelle réglette Dussaud pour l'écriture des aveugles**. Il rappelle la communication qu'il a faite, dans la séance du 19 novembre dernier, sur la nouvelle réglette Dussaud, qui réalisait une véritable révolution dans l'écriture des aveugles. Elle leur permettait, en effet, de pratiquer l'écriture et la lecture, dans les mêmes conditions et dans le même sens que les voyants, et avec un seul alphabet, au lieu de deux, auxquels ils étaient astreints par l'ancienne méthode. Le travail, des plus complexes, auquel l'aveugle était obligé de se soumettre, se trouvait singulièrement simplifié, avec tous les avantages, physiques et intellectuels, qui s'atttachent à cette simplification.

Ces bénéfices sont encore augmentés par l'addition suivante :

Au lieu de poinçon dont l'aveugle était obligé de se servir, en cherchant, à tâtons les trous, à travers lesquels il traçait les points en relief qui constituent, par leur assemblage, les lettres de son alphabet digital, un petit curseur

muni de six petites touches mobiles, semblables à des touches de piano, est adapté à la réglette. Il suffit de poser les doigts sur une, deux, trois... ou plus de ces touches — selon la lettre et le mot que l'on veut obtenir — pour tracer instantanément et avec sûreté les points en relief qui représentent cette lettre et ce mot.

Cette nouvelle réglette à touches réalise, pour l'aveugle, le plus parfait instrument de ce genre : instrument facilement portatif, permettant l'écriture instantanée la plus rapide, la plus régulière et la plus distincte pour la lecture immédiate dans le sens normal (de gauche à droite), et sans obligation d'enlever la feuille et de la retourner.

Les résultats obtenus, avec ce nouveau procédé, à l'École départementale des aveugles (école Braille), sous la haute direction de M. Péphau, témoignent de ses incomparables avantages. Si l'on songe qu'il y a, à l'heure actuelle, dans le monde entier, deux millions d'aveugles, dont quarante mille pour la France seule, l'on appréciera à toute sa valeur l'invention de M. Dussaud.

M. Vallin a présenté une note, d'un médecin-major de l'armée, qui propose de joindre le poids à la toise pour l'examen des conscrits. Il y a déjà longtemps que M. Vallin avait lui-même appelé l'attention sur l'utilité de ce renseignement fourni par le poids de l'homme rapproché de sa taille.

L'Académie est en plein déménagement. La salle des séances était entièrement dépouillée de ses tableaux et la salle des pas-perdus de ses bustes.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[XVe CONGRÈS, 20-25 OCTOBRE 1902 (1)]

La séance du lundi soir, après la discussion du rapport, a continué par quelques communications diverses dont nous avons déjà rendu compte dans un précédent numéro.

Il nous reste quelques communications intéressantes à signaler : l'une de M. Chaput sur les **agrafes rondes et les ligatures métalliques de Michel**. Nos lecteurs sont déjà au courant de cette technique ingénieuse par nos comptes rendus de la Société de chirurgie.

La **botryomycose humaine** a été à nouveau étudiée par M. Poncet. La *Gazette des hôpitaux* a publié récemment sur ce sujet une intéressante revue de MM. Savariaud et Deguy (no 115) et dans son dernier numéro l'observation de MM. Poncet et Delore.

M. Morestin, dans une communication originale, étudie les **grands décollements cutanés dans la chirurgie réparatrice**. La mobilisation extrêmement large des téguments, obtenue à l'aide d'énormes décollements, peut sembler au premier abord une hardiesse périlleuse. Il n'en serait rien, et M. Morestin, à l'aide de considérations théoriques, et surtout de faits nouveaux, appuyés de photographies multiples et d'une présentation de malades, prouve qu'entre ses mains cette méthode s'est montrée très bénigne et qu'elle peut orienter d'une façon nouvelle la chirurgie réparatrice. Les cas cités se rapportent à de vastes pertes de substance de la hanche, de la région présternale ou pectoro-mammaire, de la fesse, et les procédés courants d'autoplastie ne leur étaient pas applicables. Or, les résultats ont été constamment satisfaisants.

Les grands décollements peuvent d'ailleurs avantageusement intervenir pour perfectionner la technique des procédés à lambeaux et en étendre encore les indications. La méthode préconisée a pour mérites principaux de supprimer la question de la plaie d'emprunt, de mettre à la disposition du chirurgien des matériaux autoplastiques excellents, et en quantité pour ainsi dire illimitée ; elle réduit la durée des opérations et les simplifie ; enfin, elle expose très peu aux mortifications. Par la suite, le tissu cellulaire reprend sa souplesse, et la peau sa mobilité, sa consistance et sa sensibilité.

Malheureusement, cette manière de faire n'est pas susceptible d'être généralisée, et, jusqu'à plus ample informé, convient surtout à la partie antérieure du cou, du thorax, de l'abdomen et à la racine des membres pelviens.

Le même auteur a recours à des **incisions dissimulées** pour éviter des cicatrices trop visibles. La *Gazette des hôpitaux* a déjà rendu compte de quelques faits. L'auteur pense qu'en dépit des meilleurs procédés de suture, les cicatrices résultant d'incisions opératoires constituent une tare extrêmement préjudiciable aux jeunes filles ou aux jeunes femmes. Il a donc établi pour ces sujets tout un système de chirurgie esthétique. Il fait connaître au Congrès un certain nombre de procédés permettant de mener à bien beaucoup d'opérations par des incisions dissimulées dont la trace est invisible. Il cite à l'appui une assez nombreuse série de faits démonstratifs où il a pratiqué, en utilisant le sillon rétro-auriculaire, le creux de l'aisselle, les territoires pileux, l'extirpation de kystes, de ganglions, de tumeurs bénignes, l'évacuation d'abcès, des résections de saillies osseuses. La plupart de ces malades sont présentées au Congrès.

M. Gauthier (de Luxeuil) vante les bons effets du **fil d'argent câblé** pour les sutures et des **feuilles d'argent laminé** pour les pansements.

Ces feuilles empêchent toute adhérence de la plaie, hâtent très considérablement la cicatrisation et la réparation de l'épiderme.

M. Martin (de Lyon) propose de traiter les **cicatrices vicieuses par les tractions et les pressions continues**. Il insiste sur ce point que, lorsqu'on agit sur des cicatrices, il ne faut jamais employer la violence, sous peine d'avoir des déchirures du tissu cicatriciel. En revanche, une traction lente assouplit toutes les cicatrices. A l'appui, l'auteur montre les résultats qu'il a obtenus avec un appareil de son invention.

MALADIES DE L'OREILLE

M. Lermoyez ouvre la séance par la lecture d'une observation **d'abcès cérébral d'origine otique** qu'il a opéré et guéri.

Outre l'intérêt qui s'attache encore, en raison de leur rareté, aux cas d'abcès cérébraux guéris, le fait rapporté par l'auteur présente cette particularité que deux procédés opératoires furent mis en jeu contre un même abcès, avec des résultats très différents qui permettent de comparer leur valeur curative. Il s'agit d'un homme porteur d'une vieille otorrhée gauche guérie et qui depuis quatre mois s'était réchauffée à la suite d'une fièvre typhoïde. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il avait été pris de maux de tête intolérables, au cours desquels il avait eu une crise très passagère d'aphasie. Le 7 février dernier, M. Lermoyez lui pratique un évidement mastoïdien typique, qui l'amène sur un très vaste abcès extra-dural, dont la mise à nu laisse une brèche sus-méatique de la grandeur d'une pièce de 5 francs. Cinq jours après, les accidents, momentanément atténués, se reproduisant, M. Lermoyez diagnostique un

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit*, 1902, no 121, p. 1191.

abcès cérébral, et va à sa recherche par la brèche cranienne préexistante. Il ouvre ainsi un volumineux abcès du lobe temporal. Dès le lendemain, la céphalée et l'aphasie ont presque disparu. Cependant, cinq jours après, de nouveau des troubles reparaissent, ce qui fait supposer l'existence d'un autre abcès, situé plus en avant. M. Lermoyez essaie alors d'aborder le cerveau en faisant sauter le toit de l'aditus et de l'antre. Péniblement, il crée ainsi une brèche étroite par laquelle il ne peut faire qu'une exploration intracranienne très sommaire. Les jours suivants, le malade présenta des phénomènes méningitiques graves, mais heureusement passagers. Il fallut se contenter, pour les pansements, de la voie temporale, car la brèche sus-antrale qui avait été secondairement créée ne pouvait être utilisée. Le 8 mars, le drain fut retiré. Le 18 avril, la cavité auriculaire était épidermisée. État général excellent. Des symptômes cérébraux, il ne persistait qu'un peu d'émotivité. Le malade est gardé trois mois en observation à l'hôpital. En juillet, il sort définitivement et radicalement guéri, tant au point de vue cérébral qu'au point de vue auriculaire.

L'abcès temporal que portait ce malade était vraisemblablement unique, mais son étendue était telle (2 centimètres de long sur 4 centimètres de haut) que toute la substance blanche de ce lobe avait été détruite par une sorte de fonte diffuse non encapsulée. C'est ce qui amena l'auteur à intervenir deux fois sur le cerveau, croyant à deux foyers.

Au point de vue chirurgical, M. Lermoyez ne veut retenir de cette observation qu'un point : c'est la comparaison des voies sus-méatiques et sus-antrales pour aborder le cerveau. Tandis que par la brèche sus-méatique il lui fut possible d'opérer le cerveau presque à ciel ouvert, aussi aisément que s'il avait eu à ouvrir un simple phlegmon de la fosse temporale, et que chaque jour il put faire par cette voie des pansements intra-cérébraux en s'aidant du miroir frontal, au contraire, par la brèche sus-antrale, il eut l'ennui d'opérer presque à l'aveugle et de créer une voie qu'il ne put utiliser dans la suite pour faire des pansements sérieux du cerveau. L'auteur ajoute que l'intervention faite par cette cavité antrale, profonde et septique, eut nettement pour conséquence de donner au malade une poussée de méningite post-opératoire, alors que l'opération précédente avait été parfaitement supportée.

Cette seule observation a suffi pour convaincre M. Lermoyez que ce n'est pas par la voie antrale qu'il faut marcher pour faire le traitement de l'abcès temporal cérébral, mais bien par une brèche sus-méatique. En faveur de la voie antrale on a fait valoir deux arguments : 1° qu'en agissant par là on traite à la fois et l'abcès et sa cause : or, la trépanation sus-méatique n'empêche en rien de faire simultanément l'évidement pétro-mastoïdien, et ce serait une faute lourde que de le négliger ; seulement, l'évidement fait, il est bien plus logique et simple d'aborder le crâne par l'entrée que par le fond de la brèche osseuse ; 2° que le drainage du cerveau par l'antre est seul logique, étant seul déclive : or cela ne serait exact que si les porteurs d'abcès cérébraux étaient à même de mener la vie assise ou debout des gens sains ; le malade de cette observation, au contraire, passait ses journées au lit, couché en chien de fusil sur le côté, et par suite de cette position, c'était justement la voie sus-méatique qui se trouvait chez lui assurer le drainage déclive.

M. Goris (de Bruxelles) publie une observation curieuse **d'otorrhée chronique avec signes méningitiques et troubles visuels**. Après avoir trépané la fosse temporale, il ne trouva pas d'abcès, mais un petit séquestre à la pointe du rocher, dont l'ablation fut suivie de la disparition de tous les symptômes.

L'observation **d'abcès du cerveau**, de M. Laurens, est intéressante en raison : 1° de la multiplicité des lésions encéphaliques ; 2° de la coexistence de deux abcès : cérébral et cérébelleux, chez le même sujet ; 3° de la terminaison par la guérison après ouverture des deux loges de l'endocrâne.

Une jeune femme, après une otite aiguë suppurée droite, en mars dernier, présente, au bout de deux mois, une hémicrânie droite avec fièvre, ralentissement du pouls, grands frissons, vertiges, titubation et amaigrissement considérable. Elle tombe brusquement dans un demi-coma avec hémiparésie droite. Ponction lombaire négative.

Opération comprenant les temps suivants : ligature de la jugulaire, trépanation de la mastoïde, évacuation d'un abcès périsinusal, incision et curetage du sinus latéral suppuré à travers le sinus et la dure-mère atteinte de pachyméningite, ponction du cervelet et évacuation d'un volumineux abcès antérieur.

Tous les accidents cérébraux et généraux cèdent rapidement, lorsque, au bout de quinze jours, réapparaissent la céphalée temporale fixe, en un point limité, le ralentissement du pouls, la température, qui nécessitent une seconde intervention : l'exploration de la loge cérébrale par le toit de l'antre. A travers une pachyméningite dure-mérienne, ponction du lobe temporal et évacuation d'un abcès cérébral. Guérison complète au bout de deux mois.

M. Laurens insiste sur l'apparition de deux abcès encéphaliques chez le même malade, au cours d'une otite aiguë, fait exceptionnel ; sur la pathogénie des lésions cérébro-cérébelleuses ; la difficulté du diagnostic du second abcès ; la technique opératoire et la voie mastoïdienne qu'il a employée, qui est la plus directe, la plus facile et la voie de choix pour aborder le cerveau et le cervelet dans les complications cranio-cérébrales des otites.

M. Malherbe aborde la question du **traitement rationnel de l'otite moyenne aiguë purulente chez l'enfant**.

Cette otite est une antro-tympanite, consécutive aux infections du rhino-pharynx.

Elle réalise l'empyème proprement dit des cavités moyennes de l'oreille.

Tantôt le pus se fistulise vers le conduit à travers la membrane tympanique, mais il n'en reste pas moins du pus dans toute l'oreille moyenne.

Tantôt, avec ou sans fistule tympanique, le pus tend à fuser sous le périoste externe de la mastoïde par des voies différentes ou vers la paroi postérieure du conduit, ou vers le crâne.

Tandis que, chez l'adulte, la communication étant moins large entre la caisse et l'antre, le pus se trouve plus localisé à la caisse — d'où le bombement plus fréquent de la membrane et l'utilité parfois de la paracentèse — chez l'enfant, au contraire, la communication étant plus large entre la caisse et l'antre, le pus a plus de tendance à fuser vers la mastoïde, d'où la nécessité de pratiquer l'antrotomie.

Ici, bien plus que chez l'adulte, l'évidement osseux est le traitement rationnel de l'otite moyenne aiguë purulente avec ou sans manifestations extérieures vers la mastoïde.

L'évidement permet seul de drainer efficacement, sans risque d'infections secondaires, les cavités de l'oreille moyenne, ce que ne saurait faire la paracentèse.

Il est nécessaire, après nettoyage de toutes les cavités, de drainer à l'aide d'une fine mèche qui, introduite par l'antre, pénètre dans la caisse et assure l'écoulement des sécrétions.

TÊTE ET COU

M. Berthomier (de Moulins) lit l'observation d'un homme qui, à la suite d'une chute sur le crâne, eut une **destruction complète de la troisième circonvolution frontale gauche**.

Son observation est intéressante : 1° par l'étendue et la multiplicité des lésions ; 2° la tolérance du cerveau pour l'eau oxygénée ; la destruction complète de la troisième circonvo-

lution frontale gauche chez un gaucher, non accompagnée de troubles de la parole.

M. Peugniez (d'Amiens) fait la narration d'un fait d'**hémisection de la moelle par coup de couteau**. Aussitôt après le traumatisme, le malade s'affaissa et présenta une paralysie des membres inférieurs; troubles du côté des réservoirs. Peu à peu ces phénomènes s'amendèrent et se bornèrent du côté droit à une paralysie, du côté gauche à l'anesthésie du membre inférieur.

Dix-sept ans après, le blessé succomba à des accidents infectieux dont le point de départ fut l'ancienne blessure.

L'autopsie démontra que la pointe du couteau était restée fixée entre la troisième et la quatrième dorsale et avait sectionné la moitié de l'axe médullaire.

M. Faure s'occupe de la **technique opératoire** qui permet d'extirper les **cancers de l'arrière-gorge**.

Il ne fait plus, comme autrefois, la trachéotomie préventive. Il est prêt à la faire au cours de l'intervention, mais comme elle aggrave certainement le pronostic, il s'en passe le plus possible.

Il est, au contraire, plus convaincu que jamais que, pour faire dans cette région des opérations satisfaisantes, il est indispensable de se donner du jour, en enlevant la branche montante du maxillaire inférieur. On a ainsi sur l'arrière-gorge, l'amygdale, le voile du palais, la base de la langue, l'épiglotte, un jour extraordinaire et qui permet d'opérer avec la plus grande facilité dans cette région presque inaccessible.

Et cette extirpation préalable de la branche du maxillaire, qui demande à peine une minute, non seulement permet de voir ce que l'on fait, et de le faire avec sécurité, mais fait gagner beaucoup de temps.

L'incision part de la commissure labiale, croise le bord inférieur du maxillaire en avant du masséter et descend en suivant la même direction dans la région sous-maxillaire et le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien. On la poursuit aussi loin qu'il est nécessaire, au besoin jusque sur la clavicule.

Ceci fait, d'un coup de rugine, de scie et de cisaille, on coupe le maxillaire au niveau des molaires, en avant de la branche montante. On saisit cette branche avec un davier et on l'arrache. Ce premier temps de l'opération est extrêmement court.

On a alors l'accès le plus large sur toute la région malade et on extirpe la tumeur de la façon que l'on juge la plus favorable. Il est évident qu'il est bon de commencer autant que possible par la région inférieure, de façon à lier en passant la carotide externe et à éviter ainsi une perte de sang, en général minime dans ces opérations.

On reconstitue ensuite la commissure labiale, mais il est de toute nécessité d'établir un large drainage en laissant une partie de la plaie ouverte, et de la désinfecter le plus possible par des lavages fréquents.

Ce sont là des opérations graves et dans lesquelles il faut s'attendre à perdre environ un tiers des malades. Mais, en opérant les malades aussi près que possible du début de leur mal, M. Faure est convaincu qu'ici, comme dans tous les cancers, on pourra entreprendre ces opérations redoutables avec l'espérance d'une guérison radicale.

(*A suivre.*)

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

IVe CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

TENU A ROME DU 15 AU 21 SEPTEMBRE 1902 (1)

Indications et résultats de l'hystérectomie dans le cancer de l'utérus.

Rapport de M. le professeur S. Pozzi.

Conclusions. — 1° Le traitement chirurgical du cancer de l'utérus ne procure presque pas de guérisons définitives; il donne rarement une guérison prolongée au delà de deux ans; il existe, pourtant, à titre d'exception, des guérisons prolongées dont la moyenne varie entre quatre et six ans, et quelquefois davantage;

2° Ne sont pas justiciables de l'hystérectomie les cas où le néoplasme a dépassé les limites de l'utérus de manière à diminuer beaucoup sa mobilité et à indurer largement les parties voisines. Un traitement palliatif par le curage et la cautérisation ignée, répété autant qu'il est besoin pour détruire les fongosités, peut alors donner des survies assez longues et est d'une bénignité absolue;

3° Le rôle des ganglions dans les accidents terminaux ou dans la récidive post-opératoire a été exagéré. La compression des uretères (cause prédominante des accidents graves) est rarement due à l'adénopathie, mais bien à la propagation de proche en proche au tissu cellulaire voisin. La récidive a lieu non pas tant par le développement à distance de l'adénite néoplasique que par l'infiltration de la cicatrice qui s'indure et s'ulcère sur place. L'extirpation des ganglions ne peut du reste jamais avoir la prétention d'être complète et ne semble avoir que peu d'influence sur le retour des accidents qui provoquent la mort. La voie abdominale ne saurait donc être uniquement indiquée par la nécessité d'enlever les ganglions.

4° L'hystérectomie abdominale est plus grave que l'hystérectomie vaginale, en augmentant les chances d'infection. Elle doit être réservée aux cas spéciaux où la laparotomie donne des facilités particulières.

Ces cas nombreux où la voie haute est préférable sont ceux où l'opération par le vagin offre des difficultés par suite des conditions suivantes: l'étroitesse ou atrophie de ce conduit, friabilité extrême ou disparition du col, amincissement considérable de la paroi antérieure de l'utérus ou envahissement étendu des culs-de-sac vaginaux.

La laparotomie est encore préférable quand le corps de l'utérus est assez augmenté de volume pour nécessiter le morcellement par la voie vaginale (cancers volumineux du corps; cancers compliqués de fibromes, de grossesse, de pyométrie ou de pyosalpinx).

Enfin l'hystérectomie abdominale est indiquée toutes les fois que la mobilité de l'utérus est diminuée et qu'il y a une induration dans son voisinage. Seule elle permet bien, en effet, de dépasser en connaissance de cause les limites de l'utérus, de poursuivre une traînée néoplasique et surtout de bien dégager les uretères dans les tissus qui ont perdu leur souplesse (cette dernière indication est, à mes yeux, la principale).

Plus grave que l'hystérectomie vaginale, elle n'entraîne pas cependant un pronostic opératoire trop sombre; comme toute opération, elle gagne en bénignité au fur et à mesure que se perfectionne la technique, ainsi que le démontrent les plus récentes statistiques.

5° Les grands délabrements produits par l'extirpation du tissu cellulaire pelvien, le curage du bassin, la poursuite élevée de la chaîne ganglionnaire constituent des opérations dont la gravité paraît excessive eu égard au résultat qui peut en être obtenu. Dans les cancers au début, une

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 113, p. 1116.

opération plus simple (ablation seule de l'utérus) peut donner d'excellents résultats, et, dans les cas avancés, en présence d'une maladie dont la terminaison certaine est la mort à brève échéance, un traitement palliatif bénin est préférable à un traitement pseudo-curatif dangereux; l'opération la meilleure est alors celle qui donne le moins de chances de mort immédiate tout en procurant soulagement et survie notables.

6° L'hystérectomie vaginale qui expose moins à l'infection, reste le traitement de choix dans les cas malheureusement trop rares où l'utérus cancéreux est demeuré mobile, et où les parties voisines sont sans induration (restent encore alors certaines indications par la voie haute qui ont été spécifiées ci-dessus).

Le traitement du cancer de l'utérus.

Rapport de M. Jonnesco (de Bucarest).

Conclusions. — Le traitement chirurgical du cancer de l'utérus peut donner des résultats très satisfaisants en prolongeant la vie et même en amenant quelquefois la guérison radicale.

L'opération de choix du cancer de l'utérus est celle qui permet l'ablation complète de l'utérus et de ses annexes, du tissu cellulaire et des vaisseaux et ganglions lymphatiques pelviens, iliaques et lombaires inférieurs.

La voie vaginale étant incapable de permettre une telle intervention doit être abandonnée et réservée seulement aux opérations partielles et palliatives.

La voie abdominale seule permet l'exérèse large. C'est à elle qu'on doit avoir recours toutes les fois que l'opération complète peut être exécutée.

Toutes les opérations pratiquées par cette voie sans l'évidement complet sus-indiqué restent des interventions incomplètes et purement palliatives.

La castration abdominale totale suivie de la dissection complète du pelvis, des fosses iliaques et des lombes, est une opération rationnelle, possible, bénigne et efficace. C'est l'opération de choix du cancer de l'utérus.

Cette opération ne doit être entreprise que dans les cancers limités où cliniquement, ou après l'ouverture de l'abdomen, on a constaté la possibilité de tout enlever et de ne rien laisser du tissu cellulaire et des ganglions lymphatiques.

Les cancers non limités ne sont susceptibles que du traitement palliatif.

La condition indispensable pour l'avenir du traitement chirurgical du cancer de l'utérus, c'est la possibilité de l'opérer le plus près de son début.

J'ai laissé de côté dans ce mémoire la question du traitement palliatif du cancer utérin, question de minime importance, et celle du traitement chirurgical dans les cas compliqués de grossesse sur lesquels je n'ai aucune pratique personnelle.

REVUE DE LA PRESSE

OPHTALMOLOGIE

Les collyres huileux. (M. Albert Terson.) — « Il n'est certainement pas trop tard pour parler encore des collyres huileux qui, vantés dès leur apparition avec un enthousiasme extrême, ont connu aussi de vives critiques. Pour nous, laissant le temps les mettre à leur place, nous les avons essayés sans hésiter et on nous permettra d'apporter ici le résultat de notre pratique à ce sujet. Peut-être ce résultat incitera-t-il quelques nouveaux confrères à essayer le collyre huileux à l'ésérine qui est indispensable et mérite le bien qui en a été dit, même s'ils continuent à considérer les autres collyres huileux comme d'un emploi facultatif et d'une importance secondaire.

Le collyre à l'ésérine pure à 1 p. 100 [Panas, Scrini (1)] justifie réellement la plus sérieuse attention et joue dans la pratique de tous les jours un rôle où il ne peut être remplacé par aucun autre. Exécuté avec toutes les précautions convenables (2), ce collyre à l'huile d'arachide ou d'olive a, malgré son haut dosage, l'avantage considérable d'être admirablement toléré. Dans une série de cas où la pilocarpine restait impuissante et où l'ésérine en solution aqueuse était très mal supportée et fort douloureuse, il nous a donné des succès inespérés.

Nous pourrions citer plusieurs succès à ajouter à ceux que M. Panas et d'autres ont publiés et tous chez des malades réfractaires à l'ésérine employée en solution aqueuse. L'ésérine ne se transforme pas en rubrésérine dans la solution huileuse, l'asepsie reste complète, le collyre ne rougit jamais et se conserve, semble-t il, indéfiniment. Si l'ésérine ne peut pas guérir tous les glaucomes, nous pouvons affirmer, nous aussi, que la solution huileuse à 1 p. 100 peut faire passer quelquefois des crises aiguës d'une intensité remarquable et que nous l'avons toujours vue tolérée.

Dans les cas moyens, quand la crise est passée, on peut se borner à appliquer l'ésérine au moment du coucher, de façon à agir fortement pendant la nuit, et à faire deux instillations diurnes de pilocarpine. Mais nous avons vu souvent trois instillations d'ésérine par jour ne provoquer aucune intolérance.

Partisan convaincu de l'iridectomie sclérale dans le glaucome aigu et subaigu, nous ne faisons un emploi exclusif de l'ésérine que lorsque l'opération est refusée ou qu'elle est, pour divers motifs, impraticable. Pour résumer, nous dirons que le collyre huileux à l'ésérine à 1 p. 100 (alcaloïde pur) a tous les avantages de l'ésérine, sans avoir les inconvénients des solutions aqueuses dont tant de confrères se plaignent encore.

L'asepsie certaine de ces collyres bien préparés et leur conservation prolongée fait que nous avons fait vérifier par notre ami le docteur Würtz, agrégé à la Faculté, qui n'a pu obtenir de culture en usant de tous les procédés indiqués en pareille circonstance, avec des collyres dont certains dataient de près de trois années, permet aussi de les employer après les opérations, dans les hernies récentes de l'iris et les traumatismes.

Le collyre huileux à l'atropine à 1 p. 100 donne de bons résultats : mais nous n'avons pas observé avec lui d'effets franchement supérieurs à ceux de la solution aqueuse à même dose. Dans plusieurs cas rebelles, la substitution de la solution huileuse à la solution aqueuse n'a rien donné de plus et il a fallu de nouveaux moyens locaux (sangsues et surtout dionine en instillations et en injections temporales, etc) et généraux pour obtenir dans des iritis tenaces et douloureuses la détente que l'atropine seule sous toutes ses formes ne pouvait fournir.

Le collyre huileux à la cocaïne ne nous a pas paru non plus devoir supprimer le collyre aqueux. Il nous paraît indiqué dans certains cas (brûlures, coupures, érosions cornéennes), où il importe d'avoir une solution onctueuse et aseptique. Ce collyre a, avant les opérations, divers inconvénients qu'il serait puéril de nier (paupières rendues glissantes, émulsion avec l'eau de lavage, avec le sang et les larmes si on en remet au cours d'une intervention, etc.), qui nuisent à son emploi permanent. Bignon (1887) qui, à ce sujet, mérite plus qu'une

(1) Scrini. *Des collyres huileux.* Th. de Paris, 1898.

(2) Sans ces précautions, le collyre peut être irritant comme le collyre aqueux. Mais, si l'on a suivi exactement les règles nécessaires à la stérilisation de façon à l'obtenir, sans qu'une chaleur exagérée amène la production de substances irritantes, le collyre huileux, bien préparé par un pharmacien qui a voulu se soumettre aux manipulations nécessaires, est parfaitement toléré, alors que, mal préparé, il avait été abandonné. Nous avons vu plusieurs fois ces incidents se produire.

simple mention, a recommandé les solutions de cocaïne à 2 p. 100 dans l'huile de vaseline, dès les premiers temps de la cocaïne. Il affirme la grande énergie anesthésique de ce collyre huileux, puisqu'une goutte lui suffit pour l'anesthésie. Il a fait aussi des injections avec cette solution et appelle l'attention des chirurgiens et des oculistes sur cette préparation, qui offre l'avantage de contenir l'alcaloïde pur au lieu du sel.

Andrews, qui a, semble-t-il, le premier, recommandé en 1885 les collyres huileux à la cocaïne, se borne maintenant (communication personnelle) à l'emploi d'une solution aqueuse aseptique de cocaïne avant les opérations.

Nous avons essayé d'autres collyres huileux (tropacocaïne, dionine, sulfate de cuivre, etc.). Mais leur titre de solubilité est tellement faible que leur infériorité sur les solutions aqueuses confine à l'impuissance. Nous utilisons aussi diverses huiles antiseptiques (sublimé, iode, iodoforme).

Les collyres huileux, bien prérarés, minutieusement exécutés, surtout pour leur stérilisation délicate, conserveront une place dans la thérapeutique. Si le collyre à l'ésérine reste incomparablement supérieur aux autres, ces derniers conservent une indication quand il s'agit d'instiller un collyre aseptique, mais ils ne sont pas aussi absolument indispensables, quoiqu'il soit bon d'en avoir à sa disposition.

Quelque peu salissants, ils ne conviennent ni à tous les malades ni à tous les cas. Aussi en ce qui concerne la pilocarpine, l'atropine et la cocaïne, les ampoules stérilisées à l'autoclave, filtrées ou mieux tyndallisées, restent précieuses pour l'ophtalmologiste qui les a toujours sous la main dans sa trousse en cas d'urgence ou pour les opérations courantes. L'ésérine n'est vraiment désormais utilisable qu'en solution huileuse bien faite. C'est dans chaque cas particulier et suivant diverses conditions, qu'on prescrira à domicile le collyre aqueux ou huileux ou qu'on les substituera l'un à l'autre.

Les flacons bouchés à l'émeri et des pipettes compte-gouttes ordinaires à ouverture un peu large, avec ou sans caoutchouc, suffisent en évitant soigneusement (dissolution) de laisser pénétrer l'huile au contact du caoutchouc.

Quant à l'idée d'employer des collyres huileux, elle n'est pas due, comme on l'a dit inexactement, à l'initiative anglaise ou américaine. Nous ne parlons même pas des tentatives anciennes, des cas même où les huiles « ennemies des yeux » (Fabrice d'Acquapendente) étaient défendues (traumatismes des paupières) comme pouvant exciter une inflammation, de l'emploi si fréquent à certaines époques de l'huile de noix, de l'huile de foie de morue, de l'huile térébenthinée, iodée, contre les taies de la cornée, de l'huile de cade et d'un certain nombre de préparations à excipient huileux dans les maladies des yeux. Mais il nous semble juste de signaler que c'est à Deval (auteur connu d'une *Chirurgie oculaire* encore estimée et d'un gros *Traité des maladies des yeux*, qui révèle en plus d'un endroit un praticien compétent et original) qu'en fait de collyre huileux on doit le *mot* et la *chose*.

Dans un travail datant de 1850 et dans son *Traité des maladies des yeux*, il insiste sur l'utilité du collyre huileux au sous-acétate de plomb. Il remarque que l'huile d'olive lui « permet d'employer de plus fortes doses que l'eau, et que le collyre n'occasionne aucune cuisson, aucune sensation désagréable; son application est exempte de douleurs », et il ne l'a « presque jamais vue susciter d'exaspération phlegmasique ». Deval et d'autres, qu'il cite, avaient donc reconnu une partie des avantages des collyres huileux : mais la voie qu'il commençait à suivre ne pouvait être continuée avec fruit que longtemps après, lorsqu'on a pu voir que l'atropine (Lloyd Owen, Green), puis la cocaïne (Andrews, Bignon) se dissolvaient dans les huiles, que ces huiles, surtout lavées et stérilisées, étaient bien tolérées et se conservaient dans un état d'asepsie remarquable (Panas, Scrini), vu les difficultés relatives de la végétation parasitaire dans l'huile, et qu'enfin un collyre huileux à l'ésérine à haute dose (Panas, Scrini) restait chimiquement pur, aseptique et toléré, alors que la solution aqueuse était privée de tous ces avantages si importants. Duval ne pouvait naturellement pas progresser sur ces divers points, puisque la plupart des remèdes en question n'existaient pas de son temps, pas plus que des idées justes sur la stérilisation. » (*La Clinique ophtalmol.*, 25 août 1902.)

F. R.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1901-1902

M. Dupin-Dulau. Hystérie et maladies gynécologiques. — M. Marin. Des cellulites pelviennes consécutives aux hystérectomies abdominales (totales et supra-vaginales). — M. Peltier. Sur les indications et la technique du redressement des gibbosités pottiques. — M. Segalen. L'observation médicale chez les écrivains naturalistes. — M. Le Pape. Contribution à l'étude de la présence du bacille d'Eberth dans le sang des typhiques. — M. Monfort. Contribution à l'étude clinique du pemphigus des premières voies respiratoires et digestives. — M. Devy. Du lavage intra-oculaire par injection et aspiration simultanées après l'opération de la cataracte. — M. Gaillard. Des hémorragies spontanées du corps vitré. — M. Hélion. Kystes hydatiques du masséter. — M. Cruchet. Étude critique sur le tic convulsif et son traitement gymnastique. — M. Maginel. Du tétanos gynécologique. — Mme Maurel. Electrothérapie et radiographie à l'hospice général de Tours. — M. Eissen. Nouveau procédé opératoire pour la cure radicale de l'ongle incarné (procédé du professeur agrégé Princeteau). — M. Escaravage. Traitement des affections des voies lacrymales par l'ablation de la glande. — M. Choussaud. Prothèse par les injections de paraffine. — M. Athanassoff. Contribution à l'étude d'une variété de tubercules sous-cutanés douloureux dus à la présence de corps étrangers. — M. Dion. Contribution à l'étude de la désarticulation du genou. — M. Joussaume. Étude sur les calculs salivaires. — M. de Fornel. Contribution à l'étude de quelques variétés de glaucomes secondaires et de leurs phénomènes éloignés. — M. Rocher. Amputation haute dans la gangrène par artérite chronique.— M. Danelon. Les troubles du sommeil dans les névroses. — M. Pitons. De la dysménorrhée d'origine nasale. — M. Delalbre. Études expérimentales sur le sphygmoscope et la mécanique du pouls artériel. — M. Brun. De l'intervention chirurgicale dans le cancer du sein. — M. Petranoff. Contribution à l'étude des indications de la paracentèse du tympan. — M. Malet. Applications thérapeutiques de l'eau oxygénée. — M. Girard. De l'anxiété. — M. Robin. De la surdi-cécité et des moyens employés pour communiquer avec les personnes atteintes de surdi-cécité. — M. Tauzia. De la tuberculose herniaire. —M. Freysschinard. La tête limousine. — M. Sarrazin. Contribution à l'étude de la cryoscopie des urines. — M. Trivas. L'edrénaline et ses applications en oto-rhino-laryngologie. — M. Prepin. Contribution à l'étude de l'albuminurie orthostatique. — M. Railliard. Recherches sur la descendance des tabétiques. — M. Queyron. Contribution à l'étude des kystes synoviaux articulaires du dos du pied. — M. Dufougeré. La chlorose, ses rapports avec le mariage. Son traitement par le liquide orchitique. — M. Barotte. Contribution à l'étude du redressement progressif de la gibbosité pottique par l'exposé de quelques résultats. — M. Girard. Du décubitus acutus. Complication des interventions gynécologiques. — M. Giraud. Contribution à l'étude des valvules du col de la vessie. — M. Martinaud. Des torsions de l'épiploon. — M. Mourgues. Contribution à l'étude des fractures du carpe (étude anatomo-pathologique).

— M. Muratet. Contribution à l'étude des rapports numériques des divers éléments figurés du sang chez l'embryon et le fœtus humains jusqu'à la naissance. — M. Falières. Des granulations polaires du bacille diphtérique. — M. Letourneulx. De la folie systématisée progressive. — M. Gouraud. Traumatisme et tabès. — Colineaux. Des accidents d'intoxication par le naphtol camphré dans le traitement des tuberculoses chirurgicales. — M. Hillairet. Sur le dernier terme de la copulation chez les mammifères. — M. Peyrot. Recherches sur les ligaments antérieurs actifs et passifs et plus particulièrement sur le ligament de Bertin, de l'articulation coxo-fémorale. — M. Lafont. De la dégénérescence sarcomateuse des fibro-myomes de l'utérus. — M. Grieuank. De l'adénite tuberculeuse sus-épitrochléenne. — M. Gentilhe. Contribution à l'étude du rein unique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — *Bordeaux.* — Les prix pour l'année scolaire 1901-1902 ont été répartis de la manière suivante :

Prix Godard des jeunes docteurs de la Faculté de Bordeaux : M. J. Abadie.

Prix de la Société des amis de l'Université : partagé entre MM. Lemaire, Valentino, Castels et Guéré.

Prix des thèses : médaille d'or, M. Cruchet; médailles d'argent, MM. Le Couteur, Rocher et Trives; médailles de bronze, MM. Asselin, Brunet, Denier, Mathis, Ségalen et Vaillant; mentions honorables, MM. d'Aubert, de Peyrelongue, Colon, Dufougeré, Hilairet, Mallet et Del Pellegrino.

Écoles de médecine. — *Reims.* — Par arrêté en date du 25 octobre 1902, le concours qui devait s'ouvrir le 5 novembre 1902 devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est reporté au 5 janvier 1903.

Marine. — Par décret, en date du 22 octobre 1902, sont nommés dans le corps de santé de la marine, pour prendre rang du 1er septembre 1902 :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe sortant de l'école d'application Brunet, Denier et Auber de Peyrebrune, affectés au port de Toulon; — Le Couteur et Marin, affectés au port de Cherbourg; — Richard, Dorso et Varenne, affectés au port de Lorient; — Bideau et Ségalen, affectés au port de Brest.

— Les médecins de première classe du port de Toulon dont les noms suivent sont désignés pour embarquer dans la force navale de l'Atlantique, savoir : MM. Autric sur le *Jemmapes ;* Duranton, sur le *Valmy* ; Mourron, sur l'*Amiral-Tréhouart* ; en remplacement de MM. Séguin, Briend et Condé, qui termineront le 10 novembre prochain la période réglementaire d'embarquement.

Habitations à bon marché. — Par arrêté en date du 25 octobre 1902, M. le docteur Mangenot, membre du comité local des habitations à bon marché du département de la Seine, a été nommé membre du conseil supérieur des habitations à bon marché.

Médecine légale pratique. — Le cours de médecine légale pratique commencera à la Morgue, le mercredi 5 novembre 1902, à deux heures, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Les mercredis : M. le professeur Brouardel; les vendredis : M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; les lundis : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf).

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 8 novembre 1902, les mardis, jeudis et samedis.

Les jeudis à quatre heures : M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale ; les mardis à trois heures : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique; les samedis à trois heures : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine; 2° MM. les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique. Ces élèves seront inscrits au laboratoire, et après autorisation du doyen, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance des droits prescrits (50 à 150 francs par trimestre).

Conférences de médecine légale psychiatrique (premier trimestre scolaire). — M. le docteur Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, commencera la première série de ses conférences de médecine légale psychiatrique, le mercredi 12 novembre, à une heure et demie, et les continuera les vendredis et les mercredis suivants, à la même heure, 3, quai de l'Horloge (Infirmerie spéciale).

Ces conférences sont divisées en trois séries, chaque série ayant une durée de trois mois.

Des cartes d'admission sont délivrées au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de midi à trois heures, à MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants ayant passé leur quatrième examen de doctorat.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le professeur Cornil commencera son cours le vendredi 7 novembre, à cinq heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis, à deux heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (deuxième étage). — Objet du cours : Anatomie pathologique générale des glandes; anatomie pathologique spéciale de la muqueuse gastro-intestinale, du foie, du rein et des glandes sexuelles.

Cours de pathologie interne. — M. le professeur Hutinel commencera son cours le samedi 8 novembre, à trois heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Maladies de l'intestin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de technique opératoire, par Ch. Monod, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine, et J. Vanverts, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lille. 2 forts volumes gr. in-8°, avec 1907 figures dans le texte. — Prix : 40 francs. — Paris, Masson et Cie.

Glossaire médical, par L. Landouzy, professeur de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris, à l'hôpital Laënnec, et F. Jayle, chef de clinique de gynécologie de la Faculté de médecine de Paris à l'hôpital Broca. 1 vol. in-8° carré de XVI-663 pages, avec 426 gravures et 5 cartes. — Prix : broché, 16 francs ; cartonné, 18 francs. — Paris, C. Naud.

Traité des maladies de l'enfance, par Jules Comby, 4e édition revue et considérablement augmentée. 1 fort vol. in-8°. — Paris, Rueff.

La puériculture, hygiène et assistance, par le docteur G. Eustache, professeur à la Faculté de médecine de Lille, lauréat de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 de 312 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les obsessions et la psychasthénie, par le docteur Pierre Janet, professeur de physiologie au Collège de France. 1 fort vol. in-8° avec figures dans le texte. — Prix : 18 francs. — Paris, F. Alcan.

Raccourcis de médecine sociale et professionnelle, par le docteur Berthod. — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

Les mères de demain, l'éducation de la jeune fille d'après la physiologie, par Mme Augusta Moll-Weiss, avec une préface du docteur Maurice de Fleury. 1 vol. in-18. — Prix : 2 francs. — Paris, Vigot frères.

Thérapeutique. Nouvelle méthode pour l'étudier et la retenir facilement, par le docteur A. Astruc. 1 vol. relié toile. — Paris, Maloine.

Le lait et son industrie, par A. Touret, médecin-vétérinaire. 1 vol. in-18 avec 20 fig. dans le texte. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Comment on défend sa santé par l'hygiène, par le docteur A. Baratier, membre de la Société d'anthropologie, membre des Sociétés de médecine publique et d'hygiène, membre honoraire de la Société protectrice de l'enfance. Une brochure in-8° de 84 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 124. — SAMEDI 1er ET MARDI 4 NOVEMBRE 1902. 75e ANNÉE SAMEDI 1er ET MARDI 4 NOVEMBRE 1902. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

LE DIAGNOSTIC DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

Par MM. Albert Mathieu et J.-Ch. Roux.

Nous n'avons nullement l'intention d'envisager ici dans toute son étendue l'importante question du diagnostic de l'ulcère de l'estomac : il nous serait impossible, sans dépasser de beaucoup les limites de cet article, d'exposer toutes les notions nouvelles relatives à ce sujet. Nous voudrions seulement indiquer d'une façon rapide quelles sont les acquisitions les plus récentes sur ce point, et dans quelle mesure nos connaissances se sont modifiées depuis dix ou quinze ans.

Brinton, dans son *Traité sur les maladies de l'estomac*, donne de l'ulcère une description qui est restée classique et que l'on peut résumer en quelque lignes : douleur vive au creux épigastrique, apparaissant deux à dix minutes après le repas, retentissant dans le dos, augmentée par la pression.

Vomissements à peu près constants arrivant au maximum de la douleur.

Hématémèse et mélæna fréquents, mais échappant souvent à l'examen du malade et du médecin.

Enfin apparence chlorotique ou cachexie spéciale lorsque la durée de la maladie se prolonge.

Cette séméiologie classique est surtout celle de l'ulcère de l'estomac à évolution aiguë, et les recherches modernes basées sur l'examen direct du contenu de l'estomac après tubage avec ou sans repas d'épreuve antérieur l'ont complétée en quelques points : le type chimique de la sécrétion gastrique a été établi, et plusieurs auteurs ont essayé, par des réactions chimiques très sensibles, de déceler les hémorragies légères qui passaient autrefois inaperçues.

Ce fut un des résultats les plus utiles de l'exploration chimique de l'estomac, de réveler la fréquence d'une sécrétion riche en acide chlorhydrique chez les malades atteints d'ulcère de l'estomac. C'est ainsi que, sur 26 cas d'ulcère, M. Hayem observait dans 23 cas une sécrétion riche en acide chlorhydrique libre ou combiné et dans 3 cas seulement une sécrétion normale. L'hyperchlorhydrie de l'ulcère s'opposait ainsi à l'hypochlorhydrie dans le cancer. Toutefois nous verrons plus loin que dans certains cas de cancer l'hypochlorhydrie peut faire défaut, et des statistiques récentes ont indiqué que dans l'ulcère la sécrétion chlorhydrique n'atteint pas toujours une valeur très élevée. Ewald a observé sur 100 cas d'ulcère environ, dans 34 p. 100 des cas une hyperacidité notable, dans 57 p. 100 une acidité moyenne, dans 9 p. 100 une hypoacidité plus ou moins intense (1). Si donc l'hypochlorhydrie est relativement rare dans l'ulcère, la sécrétion présente souvent une valeur moyenne, et l'examen chimique ne donne plus dans ces cas que des indications sans grande valeur.

En réalité, le signe de probabilité le plus important d'une ulcération gastrique, c'est la présence de sang dans les matières vomies ou évacuées par l'intestin : mais si le sang est en petite quantité il ne peut pas être apprécié à l'œil nu et il faut alors avoir recours à une réaction qui en décèle la présence.

Il existe plusieurs procédés plus ou moins sensibles auxquels on peut avoir recours. Dans un travail récent, Boas et Kochmann ont employé la réaction du sang en présence de l'essence de térébenthine et la teinture de gaiac, réaction connue depuis longtemps, mais qui a été perfectionnée par Weber. Appliquée sur 257 malades, cette recherche des traces de sang dans les matières fécales et dans le contenu gastrique n'a donné des résultats positifs que lorsqu'il s'agissait d'un cancer ou d'un ulcère.

Sur 12 cas d'ulcères, Boas et Kochmann (2) ont décelé cinq fois des hémorragies latentes, ces résultats intéressants sont évidemment à contrôler ; d'excellents auteurs n'admettent pas ce procédé de recherche, et il convient de savoir, si malgré les objections théoriques, la réaction de Weber peut vraiment révéler des traces minimes de sang : si cela était, elle serait peut-être un des signes les meilleurs de l'ulcère de l'estomac.

Mais il est un type d'ulcère de l'estomac que les anciens auteurs n'avaient pas reconnu dont les signes ont été établi nettement par les recherches cliniques et surtout par les interventions opératoires. C'est une variété d'ulcère chronique de l'estomac qui s'observe fréquemment, mais dont les symptômes sont si différents des symptômes classiques

(1) *Semaine méd.*, 22 avril 1902.

(2) Boas et Kochmann. Wectere Beiträge zur Lehre von der occulten Magensblutungen. *Arch. f. Verdauugs Krankheiten*, 1902.

de l'ulcère, qu'ils ont été pendant longtemps rapportés aux causes les plus variées.

Reichmann a décrit, il y a environ vingt ans, un syndrome caractérisé par une sécrétion gastrique riche en acide chlorhydrique, par des douleurs tardives extrêmement violentes et par la présence, le matin à jeun dans l'estomac, d'une quantité de liquide plus ou moins considérable, plus ou moins riche en résidus alimentaires. Pendant longtemps ce syndrome prit le rang d'une maladie autonome, et on expliquait par une hypersécrétion chlorhydrique primitive, à la fois les douleurs tardives et intenses, et la présence du liquide le matin à jeun dans l'estomac. En réalité, comme M. Hayem (1) eut le mérite de l'établir, le syndrome de Reichmann, au moins dans sa forme intense lorsque le liquide résiduel est abondant et riche en débris alimentaires, relève d'un rétrécissement pylorique ou sous-pylorique.

Or l'ulcère en évolution ou la sténose consécutive à l'ulcère sont la cause la plus commune de ce rétrécissement du pylore, comme l'un de nous a pu s'en convaincre par l'autopsie de cinq malades atteints pendant leur vie de la forme grave du syndrome de Reichmann.

Depuis cette époque les examens anatomiques et les interventions opératoires n'ont fait que confirmer ces données : il nous paraît bien démontré que, chaque fois qu'on observe chez un malade une sécrétion riche en acide chlorhydrique, une stase abondante, et des violentes douleurs tardives, il s'agit, dans la très grande majorité des cas, d'un ulcère siégeant au pylore ou d'une sténose.

Mais un certain nombre de malades présentant le même syndrome atténué; on ne trouve le matin à jeun dans leur estomac qu'une quantité minime d'un liquide clair, dépourvu de résidus alimentaires appréciables. S'agit-il aussi dans ces cas d'un ulcère? Pour M. Soupault, la réponse n'est pas douteuse, à la suite d'interventions opératoires répétées, il est arrivé à cette conclusion que tous les cas de gastrosuccorrhée avec un liquide riche en acide chlorhydrique libre et des douleurs tardives intenses sont des ulcères juxtapyloriques. « Toutes les fois que nous avons pu faire des constatations anatomiques, soit à l'autopsie, soit au cours de laparotomies, nous avons retrouvé chez les gastro-succorrhéiques des ulcères plus ou moins étendus du pylore; nous en sommes encore à trouver un cas négatif, jusqu'à nouvel ordre nous considérons cette lésion comme constante et nécessaire (2). »

M. Soupault a même publié un certain nombre de faits où les douleurs tardives intenses et l'hyperchlorhydrie étant le seul symptôme, la stase le matin à jeun n'existant pas, l'opération permit de constater un ulcère juxta-pylorique. Ce sont là, semble-t-il, des faits de transition entre l'hyperchlorhydrie simple et le syndrome de Reichmann (3).

Chez tous ces malades, il s'agit d'un ulcère à évolution chronique présentant des récidives, plus ou moins rapprochées, et des améliorations parfois assez longues : ces paroxysmes paraissent tenir au spasme du pylore qui vient se surajouter aux lésions ulcéreuses.

Les faits ainsi apportés par M. Soupault présentent un intérêt considérable et permettent de supposer que l'ulcère de l'estomac, bien plus fréquent qu'on ne le croyait autrefois, constitue le substratum anatomique même de la forme légère et de la forme fruste du syndrome de Reichmann. Le syndrome de Reichmann ne serait donc plus qu'un des signes principaux de l'ulcère simple de l'estomac et plus particulièrement de l'ulcus juxta-pylorique.

L'avenir dira si cette loi est aussi absolue que le veut M. Soupault; mais, dès maintenant, on doit admettre que le syndrome de Reichmann, même dans ses formes légères, doit toujours, en pratique, être considéré comme symptomatique d'un ulcus juxta-pylorique ou d'une sténose consécutive à un ulcus. Inutile d'insister sur l'importance de cette donnée d'acquisition récente.

L'ulcère chronique de l'estomac subit souvent une transformation cancéreuse, et le diagnostic de cette complication grave de l'ulcère ne va pas toujours sans de grandes difficultés.

Il est difficile de savoir la proportion exacte de dégénérescence cancéreuse de l'ulcère chronique. Suivant les statistiques, on l'a signalé 9 fois sur 100 cas d'ulcère (Lebert), 6 fois sur 100 (Sonicksen), 14 fois sur 100 (Pignal). Peu importe d'ailleurs le chiffre exact, il faut savoir que cette grave éventualité s'observe souvent et y songer toujours en présence d'un malade atteint d'ulcère chronique et plus ou moins cachectique.

Ce diagnostic, d'ailleurs fort difficile, ne se base en général que sur des signes de présomption : l'amaigrissement, la déchéance physique rapide du malade constitue certainement le meilleur signe. La perte de l'appétit, le dégoût électif pour la viande surtout peuvent souvent signaler le début de cette aggravation. La modalité de l'hématémèse, d'après Hayem, devient aussi caractéristique; le malade, qui, pendant l'évolution de l'ulcère, n'avait que des hématémèses à sang rouge, rares et abondantes, présente, lorsque le cancer se développe, des hématémèses fréquentes, peu abondantes et noires. L'examen du suc gastrique donne peu de renseignements; Linossier a signalé la diminution progressive de l'acide chlorhydrique, à des examens chimiques répétés, à mesure que l'épithélioma progresse; mais la sécrétion peut rester riche en acide chlorhydrique pendant longtemps. D'autre part, d'après Hayem, il n'est pas très rare de voir l'acide chlorhydrique manquer dans l'ulcère chronique.

Ce diagnostic présente d'ailleurs de telles difficultés que, même sur la table d'autopsie, on peut hésiter encore, et l'examen microscopique ne vient trancher le débat qu'après des recherches souvent longues et minutieuses. Les différences sont en effet minimes entre un vaste ulcère chronique et un épithéliome débutant sur les bords d'un ulcère. On peut même se demander si une erreur de diagnostic n'a pas été commise souvent par des chirurgiens non avertis, et si les quelques cas de cancers de l'estomac, que l'on cite toujours parce que l'opération a été curatrice et qu'il n'y a pas eu de récidive, n'étaient pas en réalité des ulcères chroniques à bord calleux. C'est une question que s'est déjà posée M. Debove.

(1) Des sténoses incomplètes, pyloriques ou sous-pyloriques. Acad. de méd., 25 mai 1897.
(2) *Les dilatations de l'estomac*, Baillière, édit.
(3) Soc. méd. des hôpit., 12 juillet 1901.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(31 octobre 1902)

La longue et laborieuse discussion sur la réforme des concours diminue de singulière façon la durée de la partie vraiment scientifique des séances. Aussi bien cette fois,

n'avons-nous à enregistrer que quelques communications forcément écourtées.

Voici d'abord un malade présenté par M. Dufour. C'est un homme de vingt-cinq à vingt-six ans, exerçant la profession de pâtissier, à l'aspect émacié et frêle, qui depuis quelque temps a remarqué qu'il ne se rendait pas compte de la forme ni de la grosseur des objets tenus dans sa main droite. Mettez-lui un canif dans la paume de la main droite, et demandez-lui ce qu'il tient, il répondra sans certitude que c'est un objet allongé, mais ne saura rien dire de plus; au contraire, placé dans la main gauche, l'objet est immédiatement reconnu. Cet homme qui ne présente d'ailleurs pas de troubles moteurs du côté droit, et qui n'a que des troubles légers de la sensibilité, a perdu la perception dite stéréognostique. M. Dufour ayant constaté que son malade est en outre tuberculeux, pense qu'il existe chez lui une **plaque d'épaississement méningé** de même nature. C'est l'hypothèse probable pour expliquer le fait.

M. Chauffard, ayant rappelé la communication de M. Claude faite dans la précédente séance, apporte à son tour un fait qui en est comme la contre-partie, puisqu'il s'agit d'un cas de **tétanos traumatique traité par la méthode de Baccelli et terminé par la mort.** Il s'agit d'un homme de quarante ans, qui fut pris de tétanos grave à la suite d'une plaie contuse du cuir chevelu reçue en état d'ivresse et qui avait été souillée de terre. Les injections phéniquées furent pratiquées dès le début, concurremment avec les injections de sérum antitétanique, et cependant la mort survint vingt-neuf heures après.

M. Babinski présente une jeune fille de douze ans, qui fut atteinte il y a treize mois d'une **surdité complète** et chez laquelle se développèrent en même temps des phénomènes caractéristiques de méningite : raideur de la nuque, signe de Kernig. Ces phénomènes persistèrent pendant plus de trois mois, sans se modifier de façon sensible. La ponction lombaire donna issue à du liquide rempli de polynucléaires. On fit successivement plusieurs ponctions lombaires qui amenèrent chaque fois une très notable amélioration.

Actuellement la malade paraît tout à fait guérie, et sans qu'il reste de traces d'une altération organique du système nerveux.

M. Ménétrier présente, en son nom et en celui de son interne M. Gauckler, des pièces anatomiques. Il s'agit d'un cancer de l'estomac, du canal thoracique et des ganglions thoraciques des régions avoisinantes, avec altération par thrombose des veines jugulaires et un épanchement chyliforme de la plèvre et du péritoine.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(29 octobre 1902)

La courte communication faite dans l'une des dernières séances par M. Legueu, sur un cas d'**appendicite refroidie**, s'étant réveillée et devenue mortelle, a été le point de départ d'une nouvelle discussion entre les absentionnistes et les interventionnistes, ou, pour mieux dire, entre les opérateurs à chaud et les opérateurs à froid. Il est bien entendu, en effet, qu'aujourd'hui tous les chirurgiens sont d'accord sur ce fait qu'il faut opérer les malades atteints d'appendicite aiguë ou à répétition; ils ne diffèrent d'opinion que sur le moment où doit être pratiquée l'opération.

Le fait de M. Legueu avait soulevé des objections très justes, à notre avis, de la part de M. Reynier. Au cours de son argumentation, M. Reynier, opérateur à froid, rappelait aux opérateurs à chaud que leurs interventions hâtives n'étaient pas toujours suivies de succès. Il a même fait allusion à la mort récente d'une jeune artiste dont les journaux politiques ont raconté l'histoire... comme ils l'ont voulu. Tout le monde savait que, dans ce cas, c'était M. Segond qui avait été l'opérateur. Pour qui connaît M. Segond, on s'attendait à ce qu'il ne laissât pas sans réponse ou sans explication l'allusion de M. Reynier, et c'est pourquoi il a pris la parole, dans cette séance, et a défendu de nouveau, avec non moins d'énergie que d'éloquence, l'intervention précoce, hâtive, immédiate dans tous les cas d'appendicite aiguë. Mais laissons la parole à M. Segond : après avoir rappelé, en quelques mots, le fait de M. Legueu, la conclusion qu'il en a tirée en faveur de l'intervention immédiate, les critiques et les réflexions de M. Reynier, il arrive au fait qui lui est personnel et que M. Reynier a rappelé comme un fait malheureux à la charge des interventionnistes, alors que, comme va le démontrer M. Segond, ce cas, comme celui de M. Legueu, ne prouve qu'une chose, c'est qu'on est intervenu trop tard et que si l'on était intervenu plus tôt, on aurait eu toutes les chances de sauver cette malade vouée, de par son appendicite, à une mort prochaine et certaine.

Il s'agit d'une jeune femme qui, depuis le mois de janvier, était soignée pour des coliques hépatiques; elle fut envoyée à Châtel-Guyon, où on lui fit des massages, particulièrement dans la fosse iliaque droite. Au retour de ce voyage, un dimanche soir du mois d'août, elle fut prise d'une douleur brusque, épouvantable, dans la fosse iliaque droite, et en même temps, de vomissements incoercibles. Un médecin, appelé, continue à croire à une colique hépatique et prescrit des piqûres de morphine; la malade passe une nuit déplorable; la journée du lendemain lundi se passe de même dans les souffrances et les vomissements; le mardi, la malade appelle auprès d'elle le docteur Duchatelet, qui était de ses amis; celui-ci reconnaît immédiatement une appendicite, court chez M. Segond et revoit, avec lui, la malade le mardi, à sept heures. Ce fut à ce moment, c'est-à-dire vers la cinquantième heure, que M. Segond vit cette malade pour la première fois.

L'état paraissant désespéré, M. Segond demande M. Dieulafoy en consultation. Cette consultation a lieu une heure après et, d'un avis unanime, les trois consultants déclarent que la malade est perdue, qu'il ne lui reste plus qu'une seule chance de salut, l'opération. Celle-ci est pratiquée par M. Segond à dix heures du soir, d'urgence. M. Segond ouvre le ventre : pas trace de pus, pas l'ombre d'abcès, pas d'adhérences; les anses intestinales sont rouges; on arrive sur la région de l'appendice et que trouve-t-on? Une gangrène totale de l'appendice, avec perforation et issue de matières fécales dans la cavité abdominale. La nuit qui suivit fut assez bonne; les vomissements s'arrêtèrent, mais la septicémie péritonéale continua et la malade succomba le troisième jour.

Cette malade est morte, dit M. Segond, parce qu'elle a été opérée trop tard. Si elle avait été opérée la veille ou même seulement le mardi matin, elle eût très probablement guéri, et M. Segond croit pouvoir l'affirmer puisque, récemment, il a vu trois cas semblables à celui-ci et qui ont été guéris tous les trois parce qu'ils ont été opérés dès que le diagnostic

d'appendicite a été porté : ce fait plaide donc dans le même sens que celui de M. Legueu.

Alors que M. Reynier demandait des statistiques en masse et non des faits isolés, comme celui de M. Legueu, M. Segond pense au contraire que ces statistiques en masse ne portent avec elles aucun enseignement sérieux, parce que, dans ces statistiques de mortalité, on ne vise pas les appendicites non opérées, et l'on sait, d'après M. Chauvel, que la mortalité de ces cas non opérés s'élève à 30 p. 100.

Malgré tout, la question reste donc entière et encore à l'étude; il faut que chaque chirurgien donne sa statistique personnelle; ce n'est qu'ainsi qu'on pourra comparer les statistiques des interventionnistes avec celles des abstentionnistes. Quand, comme M. Segond, on est interventionniste toujours et quand même, alors on peut comparer les résultats des interventions précoces avec ceux des interventions tardives, et l'on peut affirmer que les premières sont constamment suivies de succès. Dans cette question de l'appendicite, ajoute M. Segond, si grave, si troublante, si dangereuse pour le chirurgien, l'heure est venue de s'entendre. Il y a encore un grand nombre de chirurgiens qui, en présence d'une appendicite aiguë — car M. Segond ne vise que celle-ci — attendent et temporisent. Beaucoup font ce que M. Reynier a appelé de l'expectation armée; qu'entend-il par là? C'est qu'il intervient quand le pus est formé. Mais M. Dieulafoy n'a-t il pas démontré qu'en dehors de la suppuration, il y a une affection appendiculaire toxique qui va porter le poison et le désordre partout dans l'économie? Ferez-vous de l'expectation armée dans ces cas? M. Segond résume ce chaud plaidoyer en faveur de l'intervention constante et précoce contre l'appendicite aiguë par ces mots : « Laisser refroidir une appendicite, c'est exposer les malades à la mort. »

Nous avons souvent entendu M. Dieulafoy formuler à l'Académie la même conclusion, car l'intervention précoce a pour elle ce rare bonheur d'être défendue par deux orateurs des plus brillants, Dieulafoy et Segond.

M. Moty avait eu la parole avant M. Segond et avait déclaré qu'il se ralliait, ou à peu près, aux conclusions de M. Legueu : toutefois il admet des catégories d'appendicites justiciables de l'intervention; une forme grave d'emblée, simulant souvent l'obstruction intestinale, marchant vite; cette forme, il faut l'opérer d'urgence. Tout le monde est à peu près d'accord sur ce point. Mais il existe une forme moins grave, devant laquelle l'indécision est permise. Dans ces cas, M. Moty, comme pour les contusions de l'abdomen, attache la plus grande importance au pouls. Il prescrit la diète et le repos absolu; si, lors de sa première visite, le pouls est, par exemple, à 98, il attend; si, deux ou trois heures après, le pouls reste stationnaire, il attend encore; mais s'il s'élève tant soit peu, il intervient d'urgence. Ce signe seul, sans l'adjonction d'aucun autre, suffit à M. Moty pour légitimer l'intervention.

M. Villar (de Bordeaux) lit un travail complet sur l'appendicite : il se déclare tout d'abord partisan convaincu de l'opinion défendue par M. Dieulafoy; il insiste sur la difficulté du diagnostic au début, dans beaucoup de cas, et sur l'importance d'un diagnostic précoce entraînant une intervention également précoce; il fait connaître les résultats de sa pratique personnelle, résultats qui peuvent ainsi se résumer : mortalité fréquente dans les cas d'abstention complète, mortalité effrayante dans les cas où on intervient trop tardivement, bénignité extrême de l'opération pratiquée de bonne heure.

En résumé, il y a des cas très graves d'emblée, dans lesquels il faut intervenir immédiatement; il y a des cas bénins, en apparence, dans lesquels on attend et qui deviennent ensuite très graves et rapidement mortels. M. Villar est donc devenu un interventionniste précoce et convaincu; il estime qu'il y a danger à attendre pour opérer à froid et, comme M. Dieulafoy, il pense qu'il faut se débarrasser au plus tôt du foyer appendiculaire.

La discussion ne s'en tiendra pas là; plusieurs orateurs se sont fait inscrire pour prendre la parole dans la prochaine séance.

M. Bazy a fait un rapport sur une observation de M. Riche; il s'agit d'un gros **calcul du rein droit** chez une femme de quarante et un ans, qui, depuis un an, avait des douleurs dans l'hypocondre droit; il n'y avait pas d'hématurie ni de sable dans les urines. En somme, douleurs et tumeur dans le flanc droit ressemblent assez à un vésicule biliaire lithiasique. Mais bientôt apparut du pus dans l'urine ; il n'y avait dès lors plus de doute; il s'agissait d'une pyélonéphrite droite. Pour confirmer ce diagnostic, M. Riche crut devoir pratiquer la séparation des urines, fit la néphrotomie et se trouva en présence d'une pyélonéphrite calculeuse; il put extraire un gros calcul; puis il referma le rein en plaçant, dans la plaie, un tube à drainage venant jusqu'au contact du rein suturé.

M. Bazy approuve la conduite suivie dans ce cas par M. Riche. Du moment qu'il s'agit de pyélonéphrite calculeuse et qu'on s'est bien assuré de la perméabilité de l'uretère, afin que le drainage puisse se faire naturellement par cette voie, on peut suturer le rein et le refermer.

Mais si M. Bazy loue M. Riche de cette partie de son opération, il critique la séparation des urines qui, dans le cas actuel, lui paraît avoir été absolument inutile, et M. Bazy ne manque pas la nouvelle occasion qui lui est offerte de critiquer l'emploi de ces méthodes d'exploration qui, suivant lui, ne sont pas le plus souvent nécessaires et ne doivent être employées qu'exceptionnellement, d'autant plus, ajoute M. Bazy, que les renseignements fournis par ces modes d'exploration n'ont pas toujours l'importance qu'on leur accorde. « Pour le rein, dit-il en terminant, la façon de donner vaut mieux que ce qu'il donne. »

M. Routier estime, avec M. Bazy, que dans la plupart de ces cas on peut faire le diagnostic sans le secours du séparateur des urines. Il cite l'exemple d'une femme chez laquelle il a fait la néphrolithotomie pour des calculs qu'elle portait depuis quinze ans, lorsqu'elle fut prise d'hématuries, d'urines troubles, de douleurs aiguës dans le rein droit. M. Routier put extraire trois gros calculs; le rein ouvert, il fit un grand lavage et referma. Les suites furent simples. Il est donc indiqué, dans ces cas, de suturer le rein.

C'est encore de reins qu'il s'agit dans la plupart des présentations faites à la fin de cette séance.

MM. Bazy et Routier présentent chacun un rein enlevé par la néphrectomie pour cause de **pyélonéphrite**.

M. Ricard, à lui seul, en présente deux qui offrent des altérations intéressantes; le premier, très réduit, a été enlevé sur une femme qui avait eu de l'hydronéphrose intermittente. Bientôt on sentit une grosse tumeur dans la région lombaire droite. A la suite d'une éjaculation purulente, cette tumeur s'affaissa. Il n'y avait donc pas de doute pos-

sible, il s'agissait d'une **pyonéphrose** du côté droit, la séparation des urines indiquait que ce rein ne donnait plus rien. M. Ricard fit la néphrectomie et l'on voit sur la pièce qu'il présente une coudure de l'uretère sur les vaisseaux de la partie inférieure du rein.

La seconde pièce mise par M. Ricard sous les yeux de ses collègues est un rein qui était atteint de **kystes hydatiques multiples et volumineux.** Cela constituait une tumeur énorme, dont l'ablation, par la laparotomie, fut difficile et laborieuse; il y avait des adhérences de tous les côtés et, en particulier, avec le diaphragme, ce qui nécessita une séparation, une dissection très malaisée. Quelques jours avant l'opération, ce malade avait présenté tous les caractères d'une colique néphrétique; on a pu constater, au cours de l'opération, un engagement des vésicules hydatiques dans l'uretère : malgré toutes les précautions qui furent prises, lavage au formol, etc., cet malade, après l'opération, présenta des phénomènes d'intoxication hydatique assez graves qui disparurent rapidement.

M. Quénu présente deux malades atteints de **fracture de** jambe et traités par les agrafes de Jacoël, dont il se loue beaucoup.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la colique néphrétique.

M. Albert Robin, dans une de ses récentes cliniques de la Pitié (1), résume ainsi le traitement de la colique néphrétique :

« Deux indications sont à remplir :

1° *Calmer la douleur.*

Le meilleur moyen de calmer la douleur est l'injection hypodermique de 1 centigramme de *morphine* ou de 1 milligramme d'*héroïne*, ou de 1 centigramme de *dionine*, quel'on pourra répéter, s'il est nécessaire.

Mais tout malade sujet aux crises néphrétiques doit avoir en sa possession un moyen immédiat de soulager ses souffrances, avant l'arrivée du médecin. Je conseille, en pareil cas, l'emploi de la potion suivante, que le graveleux pourra conserver chez lui, un temps indéfini, sans qu'elle subisse d'altération :

Bromure de potassium..........	6	grammes.
Eau de laurier-cerise............	10	—
Sirop d'éther....................	30	—
Chlorhydrate de morphine.......	5	centigr.
Hydrolat de valériane...........	120	grammes.

Prendre une cuillerée à soupe de cette potion toutes les demi-heures, jusqu'à disparition des phénomènes douloureux, sans dépasser quatre à cinq cuillerées. Le soulagement ne tardera pas à se faire sentir.

2° *Faciliter l'élimination des concrétions.*

Pour provoquer l'expulsion du calcul, vous donnerez des diurétiques. J'emploie surtout les plantes indigènes : les fleurs de reine des-prés, ou de fèves de marais.

Dès le début de la colique, vous faites prendre d'heure en heure une infusion de 2 grammes de *fleurs de reine-des-prés* ou de *fleurs de feves de marais* dans 150 grammes d'eau.

Vous pouvez conseiller les *feuilles de mûrier*, qui sont un diurétique assez puissant, soit 7 gr. 50 en infusion dans 500 gr. d'eau chaude, à prendre en l'espace de 3 ou 4 heures.

Certes, cette médication augmente quelquefois les douleurs en activant l'expulsion des calculs, mais elle réalise alors le traitement de la cause provocatrice de la colique. »

(1) *Bull. gén. de thér.*, 30 oct. 1901.

CORRESPONDANCE

M. le docteur E. Lecœuvre, de Sebourg (Nord), nous adresse l'intéressante observation qui suit :

« Le 31 octobre 1902.

Monsieur le directeur,

Je lis, dans le numéro 116 de votre journal, page 1142, que MM. Louis Rénon et Géraudel ont communiqué à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 10 octobre, l'observation d'un cas d'emphysème sous-cutané au cours d'une tuberculose pulmonaire, terminé par la guérison.

J'ai l'honneur de vous informer qu'en mai dernier, j'ai observé un cas à peu près semblable : un homme de quarante-cinq ans, atteint depuis deux ans environ de tuberculose pulmonaire à forme hémorragique, a été pris, à la suite d'un effort de toux, d'une douleur sus-claviculaire droite; puis un emphysème sous-cutané s'est montré d'abord au côté droit du cou et de la face et a envahi ensuite le côté gauche de la région cervicale et de la face. Pendant quelques jours la dyspnée a été assez prononcée et, au bout de deux semaines, l'emphysème était complètement guéri. Ce malade est mort quatre mois après, succombant aux progrès de sa pneumophymie, sans récidive de son emphysème sous-cutané.

Puisque nous en sommes aux emphysèmes sous-cutanés, je vais me permettre de vous en rapporter un autre cas, consécutif à un *pneumothorax pur*. Celui-ci était survenu chez un emphysémateux âgé de cinquante ans qui, à la suite d'un effort pour soulever un poids, a éprouvé, dans le côté droit de la poitrine, une douleur vive avec suffocation qui a nécessité le repos absolu. Quelques jours après, pendant un effort de toux, la fistule pulmonaire s'est réouverte et alors la dyspnée était tellement intense que, de concert avec M. le docteur Wins, ancien interne des hôpitaux de Paris, nous lui avons fait une ponction évacuatrice.

Immédiatement après cette intervention, le malade se trouvait mieux, mais au bout de deux heures, le poumon reprenant ses fonctions, se dilatant, l'air a de nouveau pénétré dans la plèvre, d'où réapparition du pneumothorax et, comme conséquence, complication d'emphysème sous-cutané envahissant toute la poitrine, le cou et la face.

A l'aide de quelques mouchetures et d'un léger massage fait plusieurs fois par jour, ce malade a très bien guéri et de son emphysème sous-cutané dû à la ponction et de son pneumothorax certainement consécutif à la rupture de vésicules pulmonaires emphysémateuses.

Cette observation date de dix ans et le malade, qui fait l'objet de cette communication, se porte bien et exerce encore sa profession d'agriculteur.

Agréez, etc.

E. LECŒUVRE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 10 AU 15 NOVEMBRE 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 10 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Walther et Gosset; — (2e série) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Legueu; — (2e partie) : MM. Landouzy, Gaucher et Teissier; — M. Broca (André), suppléant.

MARDI 11 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie, *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Berger et Hartmann; — (2e sé-

rie) : MM. Pozzi, Thiéry et Faure ; — 5e (2e partie) : MM. Raymond, Achard et Dupré.

MERCREDI 12 NOVEMBRE, à une heure. — 1re (oral), *Salle Pasteur* : MM. Kirmisson, Gosset et Cunéo.

2e (nouveau régime), *Salle Richet* : MM. Gautier, Richet et Rémy.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Potocki ; — M. Broca (André), suppléant.

JEUDI 13 NOVEMBRE, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste), *Salle Pasteur* : MM. Rémy, Thiéry et Langlois.

3e (2e partie, nouveau régime), *Salle Béclard* : MM. Chantemesse, Chassevant et Méry.

3e (1re partie, oral), *Salle Richet* : MM. Le Dentu, Budin et Hartmann.

4e, *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz ; — M. Guiart, suppléant.

VENDREDI 14 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (2e partie), *Necker* (1re série) : MM. Hayem, Gaucher et Bezançon ; (2e série) : MM. Landouzy, Dejerine et Widal ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Cunéo, suppléant.

SAMEDI 15 NOVEMBRE, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste), *Salle Richet* : MM. Cornil, Rémy et Langlois.

1er (oral), *Salle Velpeau* : MM. Pozzi, Hartmann et Thiéry.

3e (1re partie, oral), *Salle Pasteur* : MM. Le Dentu, Berger et Potocki ; — (2e partie, oral, nouveau régime), *Salle Thouret* : MM. Proust, Hutinel et Thiroloix ; — M. Launois, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin ; — M. Desgrez, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. 1. Chalier, Rendu, Bérard, Ballivet, Pierre Hornus, Baron, Gignoux, Condomine, Mlle Trufinet, MM. Bouchut.

11. Delachanal, Gardère, Laugier, Farsat, Crémieu, Collard, Fabre, Paul Arnaud, Béringer, Bourgeois.

21. Igonet, Bernard, Rhenter, Ponson, Lemoyne, Handy, Courjon, Salin, Orsat, Guichard.

31. Collenet, Fontanel, Dehelly, Burle, Rebatel, Mossé, Musy, Pénard, Lassonnery, Rochaix.

41. Truchet, Fulcrant, Bergoend, Vuillemot, Jeutol, Porte, Chaltot, Rimaud, Frédérici, Delater.

51. Walmann, Péju, Gay, Ponsoye, Lemonon, Chazal.

Guerre. — M. Labougle, médecin-major de deuxième classe ua 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie.

M. Alix, médecin-major de deuxième classe au 16e d'infanterie, est désigné pour le 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

— Par décision ministérielle du 31 octobre 1902 :

M. Pech, médecin-major de deuxième classe au 7e du génie, est désigné pour les troupes de l'armée de terre détachées au Tonkin et en Annam.

M. Caujole, médecin-major de deuxième classe à la 1re compagnie de tirailleurs sahariens, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

Marine. — M. le médecin de première classe Taddei dit Torella, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Saint-Louis* (escadre de la Méditerranée).

M. le médecin principal Aubert, en service au port de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur le *Charlemagne* (escadre de la Méditerranée).

Une commission extraparlementaire est instituée au ministère des Finances pour l'étude des questions relatives au régime des alcools, vins et spiritueux. Parmi les membres de cette commission, nous relevons les noms de MM. les docteurs Brouardel, Hanriot, Laborde, Lancereaux, Lannelongue, Motet, Prunier, Richet, Daremberg, Dron, Léon Labbé.

Les chirurgiens des hôpitaux de province, réunis en assemblée générale, le mardi 21 octobre 1902, à la Faculté de médecine, ont prié M. le ministre de l'Intérieur :

1° De vouloir bien notifier aux préfets et aux commissions administratives des hospices de France, des colonies et des pays de protectorat, la délibération du Conseil supérieur de l'Assistance publique en date du 12 juin 1902 ;

2° D'inviter lesdites administrations à mettre leur règlement en concordance avec cette délibération.

En second lieu, la réunion s'est associée à la campagne que poursuivent les sociétés de défense professionnelle et les syndicats médicaux en vue d'obtenir la revision de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-troisième semaine, 808 décès, au lieu de 772 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 840.

La fièvre typhoïde a causé 8 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (11) ; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est à peu près stationnaire (57, au lieu de 48 pendant la semaine précédente et de la moyenne 64).

La scarlatine a causé 2 décès, chiffre identique à la moyenne. La coqueluche a causé 5 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (4). La diphtérie a causé 7 décès, comme pendant la semaine précédente (la moyenne est 6) ; la Maison-Blanche (2 décès) et les Quinze-Vingts (3) sont les plus atteints ; le nombre des cas nouveaux est stationnaire (73, au lieu de 75 et de la moyenne 48).

La variole et la rougeole n'ont causé aucun décès ; le nombre des cas de variole signalés par les médecins est de 3, au lieu de 5 pendant la semaine précédente et de la moyenne (18). La rougeole est toujours rare en octobre.

La diarrhée infantile a causé 47 décès de 0 à 1 an, au lieu de 41 pendant la semaine précédente (la moyenne est 41).

En outre, 19 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 117 décès, au lieu de 112 pendant la semaine précédente : 117 est la moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 13 décès (au lieu de la moyenne 9) ; bronchite chronique, 10 (au lieu de la moyenne 21) ; pneumonie, 31 (au lieu de la moyenne 28) ; les autres maladies de l'appareil respiratoire, 63 (au lieu de la la moyenne 59), dont 27 sont dus à la congestion pulmonaire et 28 à la broncho-pneumonie. En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 180 décès ; la méningite tuberculeuse, 19 ; la méningite simple, 9 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 11 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 44 ; les maladies organiques du cœur, 64 ; le cancer a fait périr 36 personnes ; la hernie et l'obstruction ntestinale ont causé 4 décès ; la cirrhose du foie, 12 ; la néphrite, 23 ; enfin, 33 vieillards sont morts de débilité sénile.

Leçons sur la syphilis. — M. le docteur G. Thibierge commencera une série de leçons sur la syphilis, le dimanche 9 novembre 1902, à dix heures, à l'hôpital Broca, et les continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

Cette série comprendra huit leçons sur la syphilis primaire et secondaire.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 125. — JEUDI 6 NOVEMBRE 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 6 NOVEMBRE 1902. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DÉPLACEMENT VERS LA DROITE ET INVERSION DU CŒUR

SOUS L'INFLUENCE DES ÉPANCHEMENTS PLEURAUX GAUCHES A ÉVOLUTION SURAIGUE

Par le docteur Evariste Lafforgue, médecin-major de deuxième classe.

La possibilité du refoulement complet du cœur en dehors du bord droit du sternum et surtout son inversion sous l'influence d'un processus rapide et brusque a été généralement mis en doute. Les expériences de M. le professeur Pitres sont en effet défavorables à cette dextrocardie acquise, en ce qu'elles montrent que la pointe du cœur peut ne pas dépasser le sternum quand on pousse une injection dans la plèvre gauche.

Garel et Vinay qui viennent de publier une observation de dextrocardie avec inversion complète de l'organe, dextrocardie acquise et sous la dépendance d'un processus inflammatoire chronique, admettent la réalité de l'ectopie acquise pour ce cas; mais ils la différencient très nettement des inversions aiguës sur l'existence desquelles ils semblent, avec les autres auteurs, conserver des doutes.

« Où est, disent-ils, l'identité de ce processus brusque, rapide, mécanique, par refoulement avec le processus par attraction, lent, continu progressif, tout à fait chronique? » (*Gaz. des hôpit.*, août 1902.)

Or, dans deux cas de plaies pénétrantes de poitrine, dans lesquels il s'est produit un épanchement hémorragique intra-pleural du côté gauche, nous avons pu constater :

Dans un cas, le refoulement du cœur jusqu'au delà du bord droit du sternum, la pointe se trouvant en contact avec la droite de l'appendice xyphoïde, et dans l'autre cas l'inversion véritable du cœur ayant dépassé de beaucoup le bord droit du sternum.

Dans ce dernier cas, le cœur avait exécuté un mouvement de rotation autour de son pédicule, lequel avait subi, de ce fait, une torsion incomplète d'une amplitude de 35 à 40 degrés;

Dans le premier cas, l'inversion était incomplète; elle était arrêtée à mi-chemin de son évolution, pour ainsi dire; dans le second, elle était complète.

Dans les deux cas, nous avons pu constater les symptômes cliniques de la malformation et en faire le diagnostic pendant la vie. Nous en avons pu vérifier l'exactitude par l'examen nécropsique. Nous remarquerons que dans les deux cas la survie a été considérable (trois semaines chez l'un de nos blessés, et deux mois pour le second), et cela en dépit de la quantité considérable de liquide épanché, 3 litres et 5 litres et demi. La mort a été le résultat des lésions pulmonaires d'une part, et d'une syncope toute fortuite dans le second cas, syncope qui nous a empêché de pratiquer, par une ponction aspiratrice, l'évacuation du contenu pleural. Cette évacuation eût certainement amené la rétrocession des accidents fonctionnels respiratoires tout en laissant persister l'ectopie du cœur; car cet organe était maintenu dans sa nouvelle position par des adhérences dont nous avons constaté, de visu, l'existence.

Examinons d'abord les faits eux-mêmes.

Observation I. — Le nommé Ahmed ben Salah, indigène de la tribu du Djebel Chechar (cercle de Khenchela), âgé de trente-cinq ans, a été blessé le 23 décembre 1900 par un coup de couteau. Perte de connaissance immédiate et hémorragie très peu abondante. La plaie était située exactement au niveau du quatrième espace intercostal et sur le bord externe de l'omoplate gauche. Elle avait environ un centimètre à un centimètre et demi de longueur; de forme linéaire et dirigée parallèlement au rebord costal.

Le couteau dont s'est servi le meurtrier est un couteau arabe à lame forte et effilée, ayant 2 centimètres de largeur à sa base et 18 centimètres de longueur. La largeur de la lame répondant aux dimensions de l'orifice cutané de la blessure se trouve à 6 centimètres de la pointe. Il est donc probable que l'arme a pénétré jusque dans le poumon. Le coup a été porté d'arrière en avant et un peu de haut en bas et à peine de dedans en dehors.

Le blessé a été pansé par des coreligionaires, et est resté dans sa famille. Aucune hémorragie ne s'est faite à l'extérieur, même dans les premiers moments qui ont suivi le retour à la connaissance.

Cependant le blessé dit avoir ressenti, pendant les deux ou trois premiers jours, des sensations de vertige et d'obnubilation cérébrale. Il ne pouvait se soulever un peu sans voir tous les objets vaciller et tourner autour de lui. Il lui semblait que sa tête se vidait. Il retombait aussitôt et ces sensations se dissipaient. Il était très pâle, très affaibli.

Il est resté dans cet état pendant un mois. La plaie s'est cicatrisée peu à peu, sans qu'il se soit produit de suppuration profonde. Seule, les lésions superficielles, cutanées, ont donné lieu à une sécrétion purulente, d'intensité très modé-

rée. Il n'y a pas eu non plus de mouvement fébrile nettement accusé.

Pendant toute cette période, le sujet a ressenti des troubles dyspnéiques, de faible intensité, les tout premiers jours, mais qui se sont peu à peu aggravés. La respiration était très pénible. Les mouvements thoraciques étaient augmentés de fréquence (20 à 25 par minute), et le blessé était obligé de prendre, dans le décubitus une attitude toute particulière qui a varié suivant la période de l'évolution des accidents. Au début il restait dans le décubitus, horizontal, puis dans le décubitus latéral gauche, en s'inclinant un peu sur le dos. Plus tard il a adopté le décubitus latéral gauche plus complet. Enfin, dans les derniers temps il était obligé de prendre la position génu-pectorale, le sommet du thorax un peu surélevé par rapport à la base.

Le blessé nous est envoyé le 27 janvier 1901 afin d'être examiné au point de vue médico-légal. Il est dans l'état suivant :

Amaigrissement assez considérable. Face et téguments d'une pâleur mate; les muqueuses sont très décolorées. Le sujet, transporté à dos de mulet, est très essoufflé. Il éprouve une grande oppression quand il prononce quelques mots. Le moindre mouvement ayant une répercussion sur la poitrine augmente l'angoisse respiratoire qui existe même au repos.

Immobile et debout, le blessé incline fortement le buste en avant et se penche un peu vers la gauche. Il appuie ses mains sur les genoux et respire la bouche ouverte. Il existe de 18 à 20 mouvements respiratoires par minute. Le type de la respiration est mal caractérisé.

Le diaphragme est refoulé notablement, ainsi que les côtes; les clavicules sont tirées en haut par un effort puissant des muscles accessoires de la respiration.

Parfois les mouvements thoraciques s'arrêtent un certain temps; à d'autres moments leur amplitude et leur énergie sont considérablement diminuées.

Cet arrêt et cet affaiblissement tenaient d'une part à la fatigue des muscles intrinsèques de la respiration, et d'autre part, à la non-participation momentanée des muscles accessoires à la dilatation de la cage thoracique.

Le malade ayant été dépouillé de ses vêtements, nous avons constaté une cicatrice déprimée, bleuâtre, irrégulière, de 1 centimètre et demi de long environ sur 1 centimètre de large, à contours gaufrés témoignant de l'existence d'un processus suppuratif au niveau de la plaie lors de sa cicatrisation.

Cette cicatrice plonge dans la profondeur à travers l'espace intercostal par un pédicule fibreux dont on perçoit la consistance spéciale sur une étendue de 1 centimètre environ. Cette corde fibreuse se rétrécit en allant vers la profondeur.

La cage thoracique est fortement bombée, surtout à gauche. La voussure est particulièrement apparente à la région latérale. Elle va en diminuant vers la droite du sternum. Le sommet de la cage thoracique est le siège d'une dilatation analogue à celle des thorax globuleux des emphysémateux.

Le soulèvement de la paroi par la pointe du cœur, que l'on observe à l'état normal, fait ici défaut.

La mensuration de la poitrine pratiquée au-dessous de la ligne mamelonnaire donne les chiffres suivants :

Circonférence totale	87^{cm}
Côté gauche	44^{cm}5
Côté droit	42^{cm}5

L'examen objectif de la poitrine donne les résultats suivants :

Percussion. — Du côté gauche et en avant matité hydrique absolue dans les creux sus et sous-claviculaires et descendant jusqu'à la base du thorax. Espace de Traube disparu complètement sous la matité. Au niveau de la ligne axillaire, matité complète sur toute la hauteur du poumon.

En arrière la matité est complète jusqu'au niveau du centre de l'omoplate. A 2 centimètres environ au-dessus de la pointe de cet os, la tonalité devient moins basse. Un peu au-dessous de l'épine il n'y a plus que de la submatité, comme dans la fosse sus-épineuse.

A droite et en avant, existe dans les creux sus et sous-claviculaires une exagération très nette de la sonorité. Cette sonorité s'arrête brusquement suivant une courbe à concavité formée en bas et à gauche. Cette courbe va du deuxième espace intercostal droit à 2 centimètres du bord sternal jusqu'à 6 centimètres en dehors de ce même bord sur le cinquième espace intercostal droit.

La matité limitée par cette courbe se confond en bas avec la matité hépatique et à gauche avec la matité du médiastin et de la plèvre.

En dehors de cette zone de matité se trouve une zone de sonorité exagérée continuant la zone sonore sus et sous-claviculaire, jusqu'au niveau du bord supérieur du foie.

En déprimant un peu fortement la paroi thoracique au niveau de l'union de la matité hépatique et de la matité présternale, vers le cinquième espace intercostal droit, on peut sentir par moments un choc peu violent semblable à celui qui soulève la paroi thoracique sous l'impulsion du choc cardiaque. Ce choc cardiaque fait défaut à sa place habituelle.

A la palpation, on note, du côté gauche et en avant, l'absence complète des vibrations thoraciques sur toute la hauteur du poumon. En arrière elles font complètement défaut jusqu'à la région moyenne de l'omoplate, et sont très diminuées dans la région du sommet du thorax.

A droite et en avant, abolition des vibrations dans la zone de matité; vibrations très nettement perçues et même exagérées sur tous les autres points. En arrière, les vibrations sont très nettes dans toute la hauteur du poumon.

A l'auscultation on constate : à gauche et en avant l'absence totale de tout bruit respiratoire, quel que soit le point examiné. En arrière on n'entend aucun bruit sur toute la hauteur du poumon, et même au sommet le silence respiratoire est absolu.

La voix est jetonnée; il existe de l'égophonie très manifeste en avant comme en arrière.

A droite, on entend le murmure vésiculaire dans les parties du poumon correspondant aux zones de sonorité. L'inspiration est plus rude qu'à l'état normal. Elle est presque soufflante. L'expiration est normale, parfois prolongée. En arrière les bruits respiratoires sont normaux, mais d'un rythme plus précipité que normalement.

Il existe un retentissement exagéré de la voix, surtout dans la région claviculaire et dans la fosse sus-épineuse.

Il n'existe pas de bruits anormaux.

Cœur. — La matité de la région précordiale se confond avec la matité de la plèvre gauche d'une part, et, d'un autre côté, elle se prolonge à droite du sternum suivant la ligne courbe que nous avons indiquée précédemment.

La palpation fait percevoir le choc cardiaque dans le quatrième espace intercostal droit.

A l'auscultation on n'entend aucun bruit cardiaque dans toute la région précordiale normale. Mais un peu au-dessous de la fourchette sternale, on commence à percevoir les bruits du cœur profondément modifiés. Un caractère que l'on trouve dans tous les foyers d'auscultation est d'être lointains, sourds et voilés. Leur rythme est irrégulier et l'on constate de fréquentes intermittences, plus ou moins longues et très irrégulières.

Au niveau de l'articulation du deuxième cartilage costal avec le sternum, le premier bruit est transformé en souffle, le second bruit est normal; parfois cependant il semble être dédoublé.

Le bruit de souffle se propage suivant deux directions : à droite, et le long du deuxième espace intercostal où il conserve toute son intensité, et le long du sternum, direction suivant laquelle il décroît insensiblement en allant de haut en bas.

Son maximum d'intensité se trouve être à 1 centimètre en dedans du bord droit du sternum.

Dans le quatrième espace intercostal droit, au point où la palpation permet de sentir le soulèvement de la paroi thoracique, on entend les bruits du cœur très sourds. Le premier bruit est prolongé et plus sourd que le second. Il donne la sensation d'un frémissement. Il semble qu'il est transmis à travers une enveloppe molle et comme ouatée. La fin de ce premier bruit est soufflée. Le second bruit est nettement frappé.

Au niveau de l'appendice xyphoïde, on constate l'existence des mêmes bruits ayant les mêmes caractères.

L'examen du pouls fait percevoir, en dehors d'irrégularités très nombreuses (intermittences variables comme fréquence et comme durée, pulsations de force inégale, etc.), sous la dépendance d'une perturbation fonctionnelle dynamique de l'organe, les principaux caractères du pouls dans le rétrécissement aortique. Il est en particulier petit et dur, non dépressible. La tension artérielle est très considérable.

Comme troubles fonctionnels, en dehors des troubles dyspnéiques précédemment décrits, nous devons signaler encore la tendance aux syncopes, l'existence parfois de douleurs rétro-sternales, de sensation de vertiges, d'une toux sèche et quinteuse.

Enfin, dans les premiers instants de son séjour à l'hôpital, le malade a présenté un hoquet spasmodique dû aux contractions convulsives du diaphragme, hoquet très douloureux qui a eu pour effet d'exacerber les phénomènes asphyxiques.

Il existait ainsi quelques symptômes objectifs d'asphyxie imminente : face pâle, lèvres violacées, extrémités froides et d'une pâleur mate.

En présence de ces phénomènes, le diagnostic porté fut : hémothorax traumatique, ayant subi la transformation séreuse et remplissant la totalité de la cavité pleurale gauche ; dextrocardie congénitale avec rétrécissement aortique et insuffisance partielle de la valvule mitrale.

Le blessé se trouvait dans un état de fatigue très prononcée et en imminence de syncope. La thoracentèse, dont l'indication était fort nettement posée par les troubles dyspnéiques, dut être renvoyée au lendemain. Le blessé, d'ailleurs, refusait énergiquement toute intervention, se prétendant guéri.

Il lui fut fait, en raison de la faiblesse des contractions cardiaques, une injection de sulfate de spartéine, dont l'effet ne tarda pas à se faire sentir.

Le blessé, qui s'était mis dans la position genu-pectorale, s'endormit, le pouls relevé, le cœur se contractant plus énergiquement et plus régulièrement, la respiration elle-même étant moins haletante et moins irrégulière.

Le blessé est resté dans cet état et sans changement d'attitude jusque vers trois heures du matin. L'état des fonctions cardiaques et pulmonaires était encore amélioré à minuit, comme nous l'avons constaté. Vers trois heures, il s'est réveillé, l'infirmier de visite a constaté que le pouls n'était pas modifié depuis ma visite, et il ne crut pas devoir faire l'injection de caféine que j'avais conditionnellement prescrite.

Un quart d'heure après, le blessé, qui s'était mis assis dans son lit, le dos soutenu par des oreillers, a projeté brusquement le tronc en avant, soulevé ses bras, puis a poussé un cri assez faible, fait une grande inspiration, et enfin s'est affaissé en arrière, les bras retombant le long du corps, la tête ballante.

Appelé immédiatement, nous avons constaté qu'il avait succombé.

Autopsie. — L'ouverture de la cavité thoracique permet de constater que le cœur est déplacé et inverti par refoulement dû à l'épanchement pleural gauche.

La cavité pleurale du côté gauche est remplie d'un liquide séro-fibrineux hématique, de coloration rosée, qui distend les parois thoraciques depuis l'angle costo-diaphragmatique jusqu'à la clavicule, la dilatation de la cavité allant en diminuant de bas en haut. Il existe à peu près 5 litres de liquide. La quantité la plus considérable est située en avant. En arrière, dans la région de l'omoplate, est une collection de sang coagulé appliquée contre la paroi interne du thorax, sur une étendue de 7 ou 8 centimètres de diamètre. Une partie de ce caillot est en voie d'organisation fibrineuse. Des travées fibrino-conjonctives sont en formation, qui réunissent les deux feuillets pleuraux.

Des adhérences fibrineuses commençaient aussi à s'organiser au sommet de la cavité pleurale, où le liquide épanché se réduisait à une lame de faible épaisseur.

Le poumon est refoulé en haut, dans l'angle costo-vertébral. Il est comprimé, condensé et réduit à une masse irrégulièrement globuleuse de 7 à 8 centimètres de diamètre. Il est absolument vide d'air. La section du tissu pulmonaire donne la sensation d'un corps dur et résistant ; il ne laisse suinter aucune sorte de liquide. Les vaisseaux sont exsangues.

Le poumon droit fait hernie hors de la cage thoracique, surtout vers son sommet. Il existe à sa surface des nodosités ayant les dimensions d'un pois et remplies d'air. Par places, la périphérie du poumon est marbrée de taches irrégulières plus ou moins grandes, petits foyers hémorragiques qui augmentent de grandeur et de nombre en allant vers la base. Le lobe inférieur est même en entier transformé en une masse violacée infiltrée de sang brunâtre. Les dilatations ampullaires superficielles y sont très rares.

Sur une coupe, on trouve des lésions périphériques d'emphysème aigu, surtout prononcés dans la partie supérieure du poumon. A la base, il y a surtout une large hémorragie asphyxique infiltrant la totalité de l'organe.

Le cœur, au moment où la cavité thoracique a été ouverte, se trouvait fortement déplacé vers la droite. En même temps qu'il avait été refoulé, il avait subi un mouvement de torsion autour de son pédicule, mouvement d'une amplitude de 45 à 50 degrés. Il avait déprimé le médiastin, surtout dans sa portion inférieure. La pointe se trouvait au niveau du quatrième espace intercostal droit, et à environ 3 ou 4 centimètres du bord droit du sternum. Le médiastin est comprimé par lui sur une longueur de 4 ou 5 centimètres environ.

La torsion du pédicule a eu pour résultat d'attirer la partie supérieure droite en bas et à gauche et de faire subir au médiastin lui-même un léger mouvement corrélatif en spire.

Cette disposition avait eu pour conséquence la diminution du calibre de l'aorte à son émergence des cavités cardiaques. La lumière de ce vaisseau était réduite d'au moins un tiers, et peut-être, sur le vivant, de la moitié.

Des adhérences fibrineuses existaient déjà entre le péricarde et le tissu conjonctif circonvoisin. Quelques-unes commençaient déjà à s'organiser en tissu fibreux plus résistant, disposition qui aurait entraîné certainement, si le blessé eût survécu, la fixation et l'immobilisation du cœur dans la situation qu'il avait prise accidentellement.

Le cœur est très augmenté de volume ; mais son poids est à peu près normal : 320 grammes. Ses cavités sont très dilatées, surtout les ventricules, dont les parois sont sensiblement amincies. La dilatation du ventricule gauche a même déterminé une insuffisance fonctionnelle de la valvule

mitrale, dont les bords étirés ne viennent plus au contact, surtout à leur centre.

Les cavités droites sont remplies d'un sang noirâtre, à moitié coagulé. Leur dilatation et l'amincissement des parois sont moins accusés qu'à gauche.

D'une façon générale, les parois du cœur présentent un commencement de dégénérescence. Les faisceaux musculaires ont par place une teinte plus pâle, un peu jaunâtre. Il existe dans les interstices interfasciculaires une infiltration de tissu adipeux assez abondant et hors de rapport avec l'âge du sujet.

Il n'existe pas de lésions de l'aorte ni des autres vaisseaux.

Quand l'épanchement pleural a été évacué, le cœur a effectué un léger mouvement de retrait vers la gauche et le pédicule s'est un peu détordu. Ces deux modifications ont eu d'ailleurs une faible amplitude. La pointe est venue au contact du bord droit du sternum, en même temps que l'organe tout entier tournait autour de son axe, d'un angle d'environ 15 degrés.

Le cœur était maintenu par des exsudats fibrineux, qui, malgré leur friabilité, étaient assez résistants pour s'opposer au retour du cœur dans la région normalement occupée par lui. Leur destruction n'a d'ailleurs pas, non plus, amené ce retour du cœur à sa place.

La nouvelle attitude des organes, acquise sous l'influence des accidents antérieurs, avait suffisamment modifié leur disposition réciproque pour que leur nouvelle adaptation se fût déjà stabilisée. Il était cependant nettement visible qu'il s'agissait là d'un changement de situation réalisé récemment, les plicatures et les déformations du pédicule l'attestaient par leurs caractères nettement aigus. (*A suivre.*)

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(4 NOVEMBRE 1902)

L'Académie se presse d'en finir avec les rapports de prix afin d'être prête pour la séance d'inauguration qu'elle doit tenir, à la fin de ce mois, dans son nouveau palais où, en ce moment, on place les bustes, on accroche les tableaux, on prépare l'ameublement et on emménage la bibliothèque.

Une seule communication importante à signaler : la fin du rapport de M. Proust sur **l'épidémie de choléra en Égypte.**

M. Proust compare, entre elles, les diverses épidémies de choléra qui ont régné en Egypte en 1865, 1883, 1889 et 1902.

Il fait observer qu'il n'y a rien eu en Egypte entre 1865 et 1883. En 1882, survient l'occupation anglaise qui supprime les mesures de préservation employées jusque-là et, dès l'année suivante, apparaît le choléra. Il y aurait donc lieu de rétablir le système défensif de la mer Rouge.

M. Proust termine son intéressant rapport par les conclusions suivantes :

« Il existe entre ces épidémies de grandes analogies et quelques différences. Toutes ont été importées : trois vraisemblablement de La Mecque, la seconde directement de l'Inde. La première, l'épidémie de 1865, a été le point de départ d'une invasion de choléra en Europe et même en Amérique. Grâce aux mesures prises, l'Europe a pu être préservée de la seconde et de la troisième, c'est-à-dire des épidémies de 1883 et de 1895. Quant à l'épidémie actuelle, elle n'est pas terminée, et nous ne pouvons prédire ce qui adviendra, tout en espérant que le gouvernement anglo-égyptien pourra l'éteindre.

Toutes ces épidémies ont menacé ou menacent encore la Méditerranée et l'Europe, qui a donc intérêt à maintenir le système défensif installé dans la mer Rouge, en insistant sur ce point que les mailles du filet protecteur soient assez serrées et assez surveillées pour ne pouvoir être traversées par aucun pèlerin avant qu'il ait subi au campement de Djebel Tor l'assainissement réglementaire et de façon à éviter la contrebande.

Au conseil sanitaire d'Alexandrie appartient la charge d'assurer cette protection. Malheureusement ce conseil ne semble plus posséder l'indépendance qui lui est nécessaire pour remplir la tâche importante dont il est chargé. Dans la situation politique actuelle, la protection de l'Égypte dépend beaucoup du bon vouloir de l'autorité anglaise : or, il y a lieu de distinguer ici deux intérêts qui, sans être absolument différents, peuvent se trouver opposés l'un à l'autre sous la pression du commerce et de la navigation. Le premier intérêt ne vise que le côté local anglo-égyptien, s'occupe d'assurer une bonne hygiène de l'Égypte ; à ce point de vue, des progrès sérieux ont été réalisés; l'autre, plus général, européen, américain, mondial même, a pour but de barrer la route au choléra et à la peste sur le canal de Suez.

Ces deux intérêts différents doivent être représentés par deux organes différents, par deux conseils distincts : l'un anglo-égyptien, s'occupant exclusivement de l'hygiène de l'Égypte, et dans l'organisation duquel l'Europe, tout en s'y intéressant, n'a pas à intervenir; l'autre, maritime et quarantenaire, représentant les intérêts de toutes les puissances, doit être réglé par ces puissances elle-mêmes. Il doit être international; il doit avoir son indépendance vis-à-vis du gouvernement anglo-égyptien, qui y exercera évidemment sa grande influence, mais qui n'y sera représenté que comme tous les autres gouvernements. Sans doute, c'est encore un peu l'état actuel, mais il faut insister sur ce point : ce conseil international ne doit pas être absorbé par le conseil local, par la direction anglo-égyptienne de l'hygiène, comme il y a tendance à le faire. La protection de l'Europe est à ce prix.

Quant à nous, notre rôle désintéressé et exclusivement humanitaire consiste à employer tous nos efforts dans la mesure d'action qui nous reste, à essayer de prévenir de nouvelles invasions de choléra en Europe. »

M. Troisier lit le rapport de la commission des épidémies. Il arrive à la même conclusion que M. Proust : une épidémie connue à temps, avec l'organisation actuelle, doit être une épidémie vaincue. Or ces renseignements si précieux sont le plus souvent communiqués de la façon la plus défectueuse. Le médecin des épidémies, dans les départements, devrait être informé de chaque cas infectieux en même temps que le maire et le sous-préfet : actuellement il n'est prévenu que par un rapport administratif mensuel! Dans ces conditions, son action est forcément bien peu efficace.

Il faudrait même que la déclaration des cas contagieux fût obligatoire, non pour le médecin traitant, à qui des considérations de secret professionnel rendent sa mission très délicate, mais pour la famille du malade, comme le sont les naissances et les décès. Il y a déjà longtemps que notre regretté collègue M. Ferrand avait soutenu cette thèse devant l'Académie. Les instituteurs devraient de même être astreints à déclarer les cas suspects survenant dans leur école, et les médecins militaires les cas observés à la caserne, que connaît seule, actuellement, l'administration militaire.

Nous signalerons, parmi les présentations, un volume de

MM. Antheaume sur les **bouilleurs de cru**, offert à l'Académie par M. Joffroy, qui fait remarquer avec raison que cette question des bouilleurs de cru est de celles qui doivent préoccuper non seulement les moralistes, les économistes et les financiers, mais aussi les hygiénistes et les médecins.

La situation actuelle créée par le privilège des bouilleurs de cru choque à la fois le bon sens, la morale et l'hygiène, et se résume dans ces mots : l'inégalité devant l'impôt.

L'œuvre de MM. Antheaume est une œuvre courageuse, qui mérite l'attention de tous et l'appui de ceux que ne retient pas un inté êt électoral (1).

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[XV[e] CONGRÈS, 20-25 OCTOBRE 1902 (2)]

MALADIES DU FOIE

M. Tédenat (de Montpellier) a observé, opéré et guéri quatre **grands abcès du foie consécutifs à la grippe**. Les premiers signes de l'affection hépatique se sont montrés en général du vingt-cinquième au trentième jour après le début de la grippe. Ils ont évolué sans beaucoup de fièvre et sans réaction péritonéale appréciable; les symptômes présentés par les malades ont surtout été des troubles gastro-intestinaux. La contenance de ces abcès hépatiques variait de 1 litre à 1 litre et demi ; toujours le pus a été trouvé stérile. M. Tédenat a toujours ouvert ces abcès en un seul temps.

M. Braquehaye (de Tunis) rapporte une observation de **péricolécystite** guérie par laparotomie et simples ruptures des adhérences. C'est une observation à peu près analogue que publie M. Paul Delbet.

Le même auteur, dans un cas d **ictère chronique**, pensant à une obstruction du cholédoque, ne trouva qu'une tuméfaction de la base du pancréas. Il crut à un cancer, mais depuis deux ans sa malade est en bonne santé. Ce qui prouve qu'il s'agissait d'une pancréatite chronique.

M. Maire (de Vichy), à propos d'un cas de **cholécystite calculeuse** qu'il opéra, pose des conclusions suivantes :

La lithiase biliaire datant de moins de deux ans guérit médicalement par la cure de Vichy;

La lithiase biliaire datant de plus de deux ans est presque toujours améliorée par la cure thermale renouvelée pendant un certain nombre d'années;

La lithiase biliaire est souvent justiciable de la chirurgie dans les cas suivants : 1° crise unique durant plus de vingt-quatre heures ; 2° crises à répétition, non influencées par la cure thermale; 3° ictère persistant depuis trois mois ou plus ; 4° crise accompagnée de fièvre vespérale; 5° fistule biliaire ancienne.

M. Barnsby (de Tours) communique une observation de **cholécystite calculeuse suppurée**. Il s'agissait d'une femme qu'il fut appelé à opérer *in extremis*, avec un état général des plus graves. Cette malade présentait une tumeur volumineuse, sensible à la palpation, nettement fluctuante, occupant la fosse iliaque droite, descendant au-dessous de l'épine iliaque, séparée du foie par une zone de sonorité et n'accompagnant pas cet organe dans ses déplacements. Elle n'avait jamais eu aucun symptôme fonctionnel du côté des voies biliaires, et, en revanche, avait présenté tout le cortège des troubles gastro-intestinaux. Le diagnostic posé fut « abcès péri-appendiculaire », avec réserve en faveur de la cholécystite suppurée par suite d'une douleur très vive, provoquée à la palpation, sous la face inférieure du foie.

L'opération montra qu'il s'agissait d'une vésicule biliaire surdistendue, adhérente au cæcum en bas et au côlon ascendant en dedans. Elle montra de plus que l'angle colique, doublé d'une anse grêle, adhérait à la partie supérieure de la vésicule (ce qui expliquait la zone de sonorité sous-hépatique).

M. Barnsby retira 700 grammes de pus et 294 petits calculs polyédriques, puis il réséqua tout le fond de la vésicule et il termina par une cholécystostomie, en marsupialisant la partie supérieure restant à la partie la plus élevée de l'incision abdominale. Convalescence très rapide, guérison parfaite, avec fistulette insignifiante.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : 1° elle montre la difficulté de diagnostic entre certaines cholécystites suppurées et les suppurations péri-appendiculaires. En l'absence de signes fonctionnels du côté foie, de matité sous-hépatique, de mobilité avec le foie, la douleur sous-hépatique à la palpation reste un bon symptôme de présomption;

2° Le second point intéressant réside dans les rapports anormaux de cette vésicule : adhérence de l'angle colique à la partie supérieure, abaissement du fond jusqu'au cæcum.

M. Mauclaire tente d'esquisser un chapitre de la **pathologie de l'arrière-cavité des épiploons.**

Les lésions du pancréas donnent lieu à des épanchements sanguins ou à des collections suppurées de l'arrière-cavité des épiploons. Les hématomes sont consécutifs à des traumatismes ou bien ils sont spontanés et ils compliquent la nécrose hémorragique ou graisseuse du pancréas, les ulcéres perforés, etc.

L'auteur rapporte l'observation d'un hématome consécutif à un néoplasme de la tête du pancréas ayant ulcéré un vaisseau péripancréatique. La tumeur, sus-ombilicale, était apparue par poussées en l'espace de plusieurs mois et s'accompagnait d'ictère temporaire chez une femme de quarante-cinq ans. Cette tumeur était fluctuante, avec crépitation sanguine très nette à la palpation. M. Mauclaire pensa avoir affaire à un kyste pancréatique compliqué de péritonite. Le ventre ouvert, il arriva sur la collection à travers l'épiploon gastro-colique. L'évacuation d'au moins deux cuvettes de liquide noirâtre formé de sang coagulé fut suivie de tamponnement et de marsupialisation. La malade, déjà très affaiblie, succomba peu de temps après l'intervention.

D'autre part, M. Mauclaire a drainé plusieurs fois l'arrière-cavité des épiploons au cours des péritonites généralisées, soit directement en avant à travers l'épiploon gastro-colique, soit en bas en effondrant le mésocôlon transverse. Il a drainé également cette cavité en haut, à travers l'épiploon gastro-hépatique, après avoir suturé les faces antérieure et postérieure de l'estomac et la queue du pancréas, ces organes ayant été perforés par une balle.

D'autres auteurs ont pratiqué le drainage postérieur, soit lombaire, soit transpleural. On a même combiné le drainage antérieur et le drainage postérieur en transfixant ainsi de part en part le malade. Chacun de ces procédés a ses indications, mais un des meilleurs, de l'avis de M. Mauclaire, c'est le drainage lombaire, tout contre le bord externe de l'extrémité supérieure du rein gauche, afin d'éviter les nombreux vaisseaux et nerfs qui tapissent le fond de l'arrière-cavité.

TÉTANOS

Nous avons déjà donné presque *in extenso* le rapport très documenté de M. Vallas (1). Voici quelques réflexions que la lecture de ce rapport a suggérées à certains membres du Congrès.

M. Championnière n'a aucune répugnance à employer les injections intra-cérébrales de tétanos dans les cas graves;

(1) In-8°. — Paris 1902, C. Naud, édit.

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 123, p. 1209.

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 118, p. 1157.

mais il se déclare nettement opposé à l'exérèse des parties infectées.

Il est par contre très convaincu de l'efficacité des injections préventives de sérum.

Il y a quelques années, un cas de tétanos interne, consécutif à un accouchement suspect fait au dehors, ayant éclaté dans son service, M. Lucas-Championnière vit survenir, quelque temps après, dans la même salle, deux autres cas de tétanos abdominal : l'un d'eux, foudroyant, se termina par la mort avant qu'on eût le temps d'instituer le traitement; le second fut traité par les injections cérébrales de sérum antitétanique, mais succomba néanmoins rapidement; à la suite de ces faits, et sur les conseils de M. Roux, M. Lucas-Championnière vaccina préventivement avec le sérum antitétanique tous les malades et tout le personnel de son service; ces vaccinations furent employées systématiquement pendant une période de quatre mois chez tous les nouveaux blessés ou opérés : grâce à ces mesures, l'épidémie tétanique commençante fut enrayée.

M. Girard (de Berne) ne croit pas qu'il faille rejeter d'une manière absolue les injections intra-cérébrales. Elles ont donné des succès indubitables. D'autre part, il est indéniable que cette méthode offre quelques dangers. Outre les complications signalées dans le rapport de M. Vallas, M. Girard relève celle qui consiste dans la lésion cérébrale, lorsque le sérum n'est pas injecté dans la cavité ventriculaire. A l'autopsie d'un de ses malades, on retrouva le sérum injecté collectionné dans le tissu cérébral. Dans un autre cas, à l'autopsie, on trouva un véritable foyer de ramollissement consécutif à l'injection.

Cependant, l'injection intra-cérébrale paraît agir dans des cas où les injections intra-veineuses et sous-cutanées n'avaient pu enrayer l'aggravation progressive et l'orateur a vu un cas où cet effet fut nettement marqué.

M. Reynier estime que M. Vallas a été trop affirmatif sur la valeur des injections préventives de sérum antitétanique. Sans doute ces injections ont donné de bons résultats dans le tétanos expérimental; mais en clinique, nous ne nous trouvons pas dans les conditions réalisées par les expérimentateurs. Ces derniers, en même temps qu'ils provoquent l'infection tétanique, pratiquent une injection antitétanique; le sérum gagne de vitesse la toxine, en sorte que celle-ci se trouve neutralisée dès qu'elle passe dans le sang et avant qu'elle n'ait pu agir sur le système nerveux. En clinique, au contraire, que se passe-t-il? Lorsque nous faisons une injection soi-disant préventive à un blessé, celui-ci est déjà en puissance d'infection; la toxine est déjà dans le sang et peut-être au contact des centres nerveux : notre sérum vient donc trop tard. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant d'assister à un échec, et il faut s'attendre à voir s'accroître de plus en plus le nombre de ces échecs. La véritable sérothérapie préventive doit être faite — son nom l'indique — avant toute plaie, avant toute infection. C'est celle qu'on pratique, par exemple, sur tous les malades susceptibles d'être opérés, dans un service d'hôpital où viennent de se produire un ou plusieurs cas de tétanos.

L'action du sérum se montre alors vraiment efficace, en ce sens qu'on ne voit plus se produire de nouveaux cas d'infection tétanique. Cependant, M. Reynier a observé un cas qui l'a troublé : ayant, pendant une épidémie de tétanos survenue dans son service, fait une injection sous-cutanée préventive à un malade qu'il allait opérer de hernie, il vit néanmoins éclater chez ce malade, au quatorzième jour, et en l'absence de toute suppuration de la plaie, un tétanos particulièrement grave qui entraîna rapidement la mort. Il est vrai qu'on peut admettre qu'on a eu affaire ici, comme le pensait déjà M. Maunoury, pour deux de ses cas, à un sérum mal préparé ou ayant perdu ses propriétés immunisantes.

M. Tailhefer (de Béziers) cite un cas de mort subite à la suite d'une injection sous arachnoïdienne lombaire de 5 centimètres cubes de sérum antitétanique.

M. Tavel (de Berne) fait quelques remarques importantes, qui résultent de ses recherches personnelles.

Il y a sérum et sérum : des chevaux immunisés qui avaient résisté à de fortes doses de toxine pure ont succombé après une injection de 1 centimètre cube de culture de tétanos complète. Partant de ce point, M. Tavel a immunisé des chevaux avec des cultures complètes : depuis lors, l'agglutination des bacilles a été très forte, tandis qu'elle était faible avec la toxine seule, et les résultats expérimentaux se sont montrés beaucoup meilleurs.

D'autre part, il faut faire une distinction entre le tétanos médullaire (par trauma externe) et le traitement splanchnique (à point de départ viscéral), le premier étant guérissable, le second nullement influencé par le sérum. Une distinction s'impose aussi avec le tétanos toxique et le tétanos infectieux ; le tétanos expérimental est généralement toxique, celui de l'homme infectieux. Il faut donc, dans l'expérimentation, pour se rapprocher des conditions observées chez l'homme, faire du tétanos infectieux.

M. Tavel a réussi à guérir des lapins après l'apparition des symptômes du tétanos, et alors que les lapins témoins succombaient régulièrement, grâce à des injections de fortes doses (50 centimètres cubes) de sérum très actif. *A priori*, la guérison doit donc être également possible chez l'homme.

La durée du stade d'incubation dépend, toutes choses égales d'ailleurs, de la distance qui sépare le point d'inoculation des centres nerveux : une injection dans la cuisse sera suivie d'un stade d'incubation plus long que l'injection dans le dos ou dans la région cervicale. L'injection intracérébrale de toxine donnera le stade d'incubation le plus court.

Ce fait que le point de départ des phénomènes toxiques est la moelle allongée nous donne une base pour un traitement logique du tétanos. Nous avons deux indications importantes :

1° L'immunisation aussi rapide que possible des centres non encore atteints par une injection intra-ventriculaire qui enverra le sérum par le trou de Monro jusque dans le quatrième ventricule. Cette injection, faite avec le foret et dans la corne antérieure du ventricule, est absolument innocente, facile et fait si peu de mal qu'un enfant préfère cette injection à l'injection sous-cutanée (10 centimètres cubes dans un ou dans chacun des ventricules).

2° La neutralisation des toxines circulant dans l'organisme par une injection intra-veineuse sous-cutanée, ou intra-rachidienne, de 50 centimètres cubes de sérum au moins.

M. Tavel a traité ainsi, depuis ses dernières publications, 4 cas de tétanos : 1 splanchnique, très avancé, a succombé ; les trois autres, médullaires, ont guéri. *(A suivre.)*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La lutte contre la tuberculose à la Conférence de Berlin. — La Conférence internationale qui vient de se tenir à Berlin a été l'occasion de fort brillantes discussions, mais il ne semble pas jusqu'ici qu'elle ait fait avancer d'un pas la lutte contre la tuberculose. Elle démontre une fois de plus le peu d'utilité des congrès trop rapprochés.

Nomination. — M. le professeur Phocas (de Lille) est nommé professeur de clinique chirurgicale à Athènes.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Soubd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 126. — SAMEDI 8 NOVEMBRE 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 8 NOVEMBRE 1902. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Gastropathies et entéropathies d'origine statique.

Par M. le docteur Gaston LYON,

Ancien chef de clinique médicale à la Faculté, assistant de consultation des hôpitaux.

I

Les viciations du chimisme, les altérations des éléments anatomiques ne constituent pas les seules causes des gastropathies et des entéropathies. Il en est d'autres, non moins importantes, bien que parfois méconnues, qui sont les modifications dans la statique abdominale, les déplacements des différents organes abdominaux : estomac et intestin, parfois aussi foie et rein.

L'origine statique de certains troubles digestifs peut échapper au praticien pour plusieurs raisons :

Par ce que son attention peut être détournée de l'appareil digestif, par tout un ensemble de troubles à distance, de phénomènes nerveux notamment;

Parce que les troubles de la statique entraînant à la longue des modifications du chimisme stomacal, des lésions de gastrite (par suite de l'obstacle à l'évacuation des aliments), il peut considérer la gastrite comme primitive et méconnaître sa cause première;

Parce qu'enfin le diagnostic des ptoses, sans être très difficile, exige néanmoins la connaissance précise des différents moyens d'exploration de l'abdomen et une pratique suffisante de leur application...

Un diagnostic exact est cependant la condition *sine qua non* d'une thérapeutique rationnelle, et, partant, efficace. On voit, trop souvent encore, des médecins instruits, traiter des malades atteints de ptoses, comme des dyspeptiques vulgaires, instituer les traitements médicamenteux les plus divers, sans autre résultat que l'aggravation des troubles digestifs et nerveux, alors qu'il suffirait de prescrire le port d'une ceinture pour voir disparaître, avec une rapidité surprenante, des désordres dont le début remonte à plusieurs années.

L'étude des gastroptoses et de l'entéroptose ne saurait être dissociée; en effet la gastroptose et l'entéroptose sont intimement liées l'une à l'autre, contrairement à l'opinion de Glénard qui considère l'entéroptose comme étant habituellement primitive. Nous croyons au contraire que l'abaissement de l'estomac est, le plus souvent, le désordre statique primitif et qu'il tient sous sa dépendance le déplacement de la masse intestinale. La notion du prolapsus primitif de l'intestin, en particulier du coude droit du côlon, introduite par Glénard, ne nous paraît pas correspondre à la réalité des faits, tout au moins dans la majorité des cas.

Il est, d'autre part, des cas où les ptoses gastrique et intestinale se produisent simultanément, étant dues à la même cause générale : atonie congénitale des ligaments suspenseurs, atonie par maladie cachectisante, déplacements par relâchement du plancher pelvien, etc.

II

Historique. — Il est probable que les troubles provoqués par les ptoses ont été constatés depuis longtemps; une cause très importante de ptose, la compression exercée par le corset, ou pour mieux dire par les bandelettes qui le remplaçaient, a même été signalée dans l'antiquité. Toutefois l'étude précise des ptoses est de date toute récente; certains procédés nouveaux d'exploration, tels que l'insufflation, n'ont pas peu contribué à la faciliter.

En ce qui concerne l'influence du corset, sans remonter jusqu'à Galien qui cependant avait signalé les déformations produites par les bandes que les jeunes filles et les femmes enroulaient et serraient autour de la poitrine, rappelons qu'à l'époque de Catherine de Médicis, quand le corset fut introduit d'Italie en France, les conséquences des compressions exercées par ce corset qui était alors une véritable cuirasse, n'avaient pas échappé aux médecins contemporains, notamment à Riolan, médecin de Marie de Médicis, et à Ambroise Paré. Ce dernier a relaté l'histoire d'une dame de la cour tombée dans le marasme à la suite de « vomissements répétés des aliments » dus à la pression de l'estomac par un corset appuyant tellement sur les fausses côtes qu'il les trouva à l'ouverture du cadavre « chevauchant les unes sur les autres ».

Cruveilhier (1849) a parfaitement décrit la déformation gastrique due au corset, la production de la biloculation de l'estomac, etc.

Toutefois, ce n'est qu'à une époque toute récente, que les ptoses ont pris, dans le cadre nosologique, la part légitime qui leur revient, grâce aux progrès accomplis dans l'étude

anatomo-topographique, dans la technique du diagnostic.

Le mémoire publié en 1880 par Kussmaul sur le déplacement de l'estomac et ses signes a fait autorité et constitua une base solide pour les recherches ultérieures.

Peu de temps après, Meinert, à son tour, consacrait un important travail au même sujet.

Cinq ans plus tard, en 1885, M. Frantz Glénard publiait son premier travail sur l'entéroptose, travail qui a été suivi de nombreuses publications dont la dernière en date, le *Traité des ptoses viscérales*, date de 1899. M. Glénard a mis en lumière une série de faits inconnus jusqu'à lui ou tout au moins ignorés de la majorité des praticiens; il a insisté sur la multiplicité, la gravité, des troubles digestifs et nerveux qui sont la conséquence des ptoses; il a étudié de la façon la plus ingénieuse les moyens d'exploration propres à mettre sur la voie du diagnostic; toutefois, par une tendance bien naturelle chez quiconque se passionne pour un sujet d'étude, il a notablement exagéré l'importance des ptoses auxquelles il a voulu rattacher presque toute la pathologie gastrique, erreur semblable à celle de ceux qui ont attribué aux viciations du chimisme une importance exclusive.

D'autre part M. Glénard, en envisageant l'entéroptose comme une affection primitive, a méconnu l'importance de la dislocation de l'estomac qui paraît accompagner le plus souvent l'entéroptose et en être la cause; enfin, il a cru pouvoir attribuer à ces troubles une séméiologie fonctionnelle qui est plus ou moins contestable, alors qu'en réalité l'entéroptose peut être reconnue par les signes physiques seuls. Il lui restera, du moins, l'honneur d'avoir définitivement établi et vulgarisé le rôle de la diminution de tension abdominale dans la pathogénie d'accidents qui paraissaient difficilement explicables; de nous avoir appris à rechercher et à constater les contractures de l'intestin (déjà signalées par Potain dans la colite chronique) et étudiées plus tard par Fleiner (1853) comme une cause d'une variété de constipation : la constipation spasmodique; enfin d'avoir montré l'influence toute-puissante du traitement mécanique par le décubitus prolongé et l'emploi de la sangle.

Il serait injuste de passer sous silence le nom de Frerichs qui, en vulgarisant la méthode de l'insufflation, nous a donné un moyen précieux de diagnostic, celui qui permet de démontrer, plus nettement que les autres méthodes, l'existence de la ptose; ceux d'Ewald (1890), de Féréol (1887-88), de Trastour (1889), de Monteuus (1894), qui ont contribué à faire connaître la doctrine nouvelle de l'entéroptose. Citons encore les travaux de G. Kelling, de Meltzing, de Schwerdt, sur la pression abdominale et ses rapports avec l'entéroptose, les travaux d'Einhorn sur la gastrodiaphanoscopie, les études anatomo-pathologiques de Hertz, d'intéressantes leçons de M. le professeur Hayem sur l'influence néfaste du corset, la thèse de Chapotot sur le même sujet, etc.

On trouvera des études d'ensemble sur la question dans les traités généraux des maladies de l'estomac et de l'intestin de Bouveret, Boas, Riegel, Rosenheim, Nothnagel, Fleiner, Mathieu, etc.

III

Situation, moyens de fixité de l'estomac et de l'intestin. — Pour la clarté de la description il est nécessaire de rappeler brièvement quels sont la situation normale et les moyens de fixité de l'estomac et de l'intestin.

L'estomac est situé dans l'hypocondre gauche et dans l'épigastre; à droite, il dépasse la ligne médiane jusqu'aux limites de l'hypocondre droit.

Il n'a pas une direction horizontale, mais une *direction presque complètement verticale*, ainsi que Luschka l'a démontré et que les recherches de Betz, de Henle, de Tillaux, de Doyen, de Jonnesco, etc., l'ont confirmé. Toutefois, si son grand axe se rapproche beaucoup plus de la verticale que de l'horizontale, particulièrement chez l'enfant et chez la femme, il n'est pas tout à fait vertical, du moins à l'état normal, comme on l'a prétendu. La preuve c'est que le *cardia* correspond à la partie latérale gauche de la dixième vertèbre dorsale et répond en avant aux sixième et septième cartilages costaux, tandis que le *pylore* siège à droite du bord inférieur du corps de la première vertèbre lombaire et répond en avant aux septième et huitième cartilages costaux droits. Il est caché par le foie et se trouve sous le col de la vésicule biliaire.

D'autre part l'axe de l'estomac ne coïncide nullement avec la ligne passant par le centre de ces deux orifices; le corps de l'estomac se trouve au contraire rejeté en entier à gauche de cette ligne. La direction du grand axe de l'estomac étant légèrement oblique de haut en bas et de gauche à droite, il en résulte que le fond de l'estomac ne correspond pas à l'orifice pylorique, mais à la petite tubérosité.

La *petite courbure*, cachée sous le lobe gauche du foie, est inaccessible à la palpation; elle décrit une courbe à concavité tournée à droite, en haut, en arrière.

La *grande courbure* subit des déplacements, suivant que l'estomac est à l'état de vacuité, ou rempli par les aliments; mais normalement, même après le repas, elle reste un peu au-dessous de l'ombilic.

En descendant de la grosse tubérosité, elle décrit une courbe d'abord presque verticale et se trouve cachée sous les côtes gauches, puis elle est oblique à droite et en bas. Sur ce trajet elle présente une dépression très accentuée chez les femmes qui portent un corset serré. A partir du point le plus déclive elle remonte à droite, à la rencontre du pylore, en décrivant une courbe à concavité supérieure qui limite la petite tubérosité; c'est dans cette petite tubérosité que se rassemblent les liquides et les aliments; c'est elle qui se développe lorsque l'estomac se dilate.

La grande courbure n'est en rapport avec la paroi abdominale que dans sa portion ascendante, à partir de la neuvième ou dixième côte jusqu'au niveau du foie. En somme l'estomac se trouve, à jeun, en contact avec la paroi abdominale antérieure au niveau d'une surface triangulaire limitée en haut et à gauche par le rebord des fausses côtes, en haut et à droite par le bord oblique du foie, et, en bas, par la ligne horizontale passant par le cartilage de la neuvième côte des deux côtés. A gauche la grande courbure confine à la rate; elle repose sur le côlon transverse.

La *grosse tubérosité*, point le plus caché de l'organe, siège au niveau du bord supérieur de la cinquième côte; elle est entièrement cachée par les côtes et recouverte par le poumon.

Le point le plus fixe de l'estomac est le cardia et la grosse tubérosité; le pylore est moins fixe. Relié aux corps vertébraux par l'intermédiaire du duodénum, il a pour principal moyen de fixité le ligament gastro-hépatique, qui s'étend du cardia au pylore et qui est adhérent au sillon transverse du foie. L'estomac, déplacé, doit forcément entraîner le foie et réciproquement. Le pylore, malgré ses moyens de fixité, est susceptible, à l'état normal, de déplacements assez étendus, subordonnés surtout à l'état de son contenu. Il se trouverait

sur la ligne médiane, à l'état de vacuité, et pourrait se porter jusqu'à 7 centimètres vers la droite, lorsque l'estomac est distendu (Braune).

La grande courbure est la partie la plus mobile de l'estomac; elle se déplace en s'insinuant entre les deux feuillets du grand épiploon.

En ce qui concerne l'intestin, celui-ci est relevé de distance en distance à la façon de baldaquins (Glénard). En ces points il subit des flexions angulaires plus ou moins prononcées; ce sont les angles de soutènement fixés par les replis du péritoine, à la paroi postérieure de l'abdomen. Il y a des détroits, des orifices physiologiques qui sont les suivants :

Orifice gastro-duodénal (au niveau de la partie horizontale du duodénum); duodéno-jéjunal; colique sous-costal droit (intermédiaire aux côlons ascendant et transverse); colique sous-costal gauche; colique sous-pylorique; sigmoïdo-rectal. La traction exercée sur une anse a pour effet de rendre moins perméables les orifices auxquels elle correspond.

Les recherches de Mauclaire et de Mouchet (Soc. anat., 31 juillet 1896) sur les *moyens de fixité de l'intestin*, et particulièrenent du côlon transverse, ne confirment pas toutes les déductions de Glénard. Ces auteurs ont constaté que, 95 fois sur 100, l'angle droit du côlon se trouve au-dessous du foie, au niveau de la vésicule biliaire, répondant en avant tantôt au cartilage de la dixième côte, tantôt à l'extrémité antérieure de la onzième. Il n'aurait pas de ligaments réels et serait beaucoup plus mobile que l'angle gauche. Le ligament pyloro-colique de Glénard n'existe pas.

De l'angle droit à l'angle gauche, le *côlon transverse* suit une direction très variable suivant les cas; il est très rarement transversal (2 fois seulement sur 100, Mauclaire et Mouchet). Ces derniers l'ont trouvé 26 fois au niveau de l'ombilic, 40 fois au-dessus, 34 fois au-dessous. Chez les femmes, il est 2 fois plus souvent que chez l'homme au-dessous de l'ombilic.

La partie gauche du côlon transverse est parallèle à la grande courbure, derrière laquelle elle vient se placer.

L'angle gauche du côlon est maintenu fixé par le ligament phrénico-colique, qui l'accole contre la paroi latérale gauche de l'abdomen et la partie inférieure de la face interne de la rate, au-devant de l'extrémité supérieure du rein. Il correspond à peu près, avec une égale fréquence, à la huitième, à la neuvième, à la dixième et à la onzième côte.

Le *côlon ascendant* se porte de la fosse iliaque droite, en haut au-devant du rein droit, jusqu'au-dessous du foie. Il peut être ascendant, oblique ou en S iliaque (Fromont. Th. de Lille, 1890).

Le côlon descendant descend à peu près verticalement du coude gauche jusque dans la fosse iliaque gauche. Il est situé très profondément contre la paroi postérieure de l'abdomen (Fromont).

L'*S iliaque* se porte de gauche à droite jusqu'à la fosse iliaque droite, en décrivant une courbe à concavité supérieure, puis se porte en arrière et en dedans, en dessinant une courbe à concavité inférieure, pour se terminer au niveau de la partie moyenne de la troisième vertèbre sacrée, où il se continue avec le rectum.

Point important, les angles ou coudes du côlon échappent presque toujours à l'exploration; cependant, il serait d'un intérêt majeur, pour le diagnostic de l'entéroptose, de pouvoir en déterminer la situation exacte.

L'*intestin grêle*, encadré complètement par le côlon, a pour moyen de fixité le mésentère, dont la laxité lui permet des déplacements étendus. L'intestin grêle joue un rôle considérable en tant que moyen de soutènement de l'estomac; par ses gaz, il maintient la tension abdominale à son degré normal. Celle-ci diminue-t-elle, il en résulte un déséquilibre dans la statique abdominale, qui est le point de départ d'accidents dyspeptiques, de troubles nerveux.

IV

Conséqnences anatomiques des ptoses. — On a distingué, en ce qui concerne l'estomac, la dislocation verticale et la gastroptose vraie ou totale. Cette distinction n'est pas admissible, car l'estomac ne pourrait s'abaisser dans sa totalité que si le cardia lui-même était susceptible de se déplacer. En réalité, gastroptose est synonyme de dislocation partielle de l'organe ou dislocation verticale.

Ce qui caractérise essentiellement la DISLOCATION VERTICALE, c'est la direction anormale de la petite courbure. Le cardia reste à sa place, au niveau de la onzième vertèbre dorsale, la grosse tubérosité n'est pas abaissée, mais la partie inférieure de l'estomac, le pylore, la région pylorique, sont repoussés en bas et à gauche; il en résulte que le grand axe tend à devenir de plus en plus parallèle à la colonne vertébrale.

La petite courbure est entraînée à gauche; sa concavité normale n'existe plus; elle devient verticale dans la plus grande partie de son trajet, horizontale ensuite sur un parcours très limité, mais à un niveau inférieur à son niveau normal.

La grande courbure est plus ou moins abaissée; elle peut atteindre ou dépasser l'ombilic. Quant au pylore, abaissé, ainsi qu'il a été dit, et ramené à gauche, il peut être parfois situé très bas.

En somme, l'axe de l'estomac est devenu vertical, la totalité ou la presque totalité de l'organe sont contenues dans l'hypocondre gauche et la moitié gauche de la colonne vertébrale. La limite supérieure n'a pas varié, mais le pylore étant abaissé, l'organe est devenu plus long, ce qui ne veut pas dire dilaté. Il est vrai que dans certains cas, par suite de la surcharge alimentaire, de l'obstacle à l'évacuation du chyme, l'estomac peut se laisser distendre, mais la dislocation consiste en un simple changement de forme et non de dimension. Si l'estomac est devenu plus long, il a perdu en largeur ce qu'il a gagné en hauteur, comme le fait remarquer avec raison M. Bouveret. Effectivement, son diamètre transverse a diminué, à tel point, parfois, que l'estomac ressemble à un segment du gros intestin. Il est même possible que l'estomac soit rétracté dans certains cas.

Il est aisé de comprendre pourquoi la dislocation verticale ou ptose partielle peut se compliquer de dilatation. Pendant le mouvement de translation qui porte la région pylorique en bas et à gauche, le duodénum ne suit qu'imparfaitement ce mouvement; le point le plus fixe, en effet, n'est pas le pylore lui-même, mais un point situé plus loin, sur la portion horizontale du duodénum; c'est ce point que M. Glénard appelle l'orifice gastro-duodénal. Cette région restant fixe, si la dislocation verticale est très prononcée, les aliments ont tendance à séjourner et à s'accumuler dans la région sous-pylorique qui devient la partie la plus déclive de l'estomac.

« De là une traction exercée sur le duodénum, laquelle a pour conséquence de rendre moins perméable encore l'ori-

fice gastro-duodénal. Il en résulte une évacuation de plus en plus difficile du contenu stomacal dans l'intestin. C'est très probablement de cette façon que certaines dislocations verticales finissent par se compliquer d'abord de rétention, puis d'ectasie gastrique » (Bouveret. *Traité des maladies de l'estomac*, p. 354, 1893).

La poche sous-pylorique peut descendre très bas dans l'abdomen, parfois jusqu'au pubis. On comprend qu'à ce degré elle puisse exercer une traction sur la totalité de l'organe et abaisser l'estomac; ainsi se trouverait réalisée la gastroptose totale. C'est là toutefois une éventualité rare.

Ce n'est pas tout; l'estomac abaissé entraîne à son tour le prolapsus du côlon transverse, de l'intestin grêle, du rein droit, du foie; la splanchnoptose totale se trouve ainsi réalisée. Si donc la dislocation verticale peut exister seule, elle peut, lorsqu'elle est très prononcée, entraîner à son tour l'entéroptose, surtout si la paroi abdominale est relâchée à son tour, soit par asthénie générale, soit plutôt par le fait de grossesses antérieures. M. Glénard admet cette splanchnoptose d'origine gastrique; mais il paraît avoir méconnu l'importance et la fréquence de cette cause, en faisant une part trop large aux entéroptoses primitives. En tous cas, ceci démontre que les déplacements des différents organes abdominaux sont solidaires les uns des autres et qu'il est impossible de les décrire séparément.

Les modifications de forme de l'estomac qui viennent d'être décrites ne sont pas les seules; il en est une, due manifestement à l'influence du corset, qui accompagne habituellement la dislocation verticale; c'est la biloculation de l'estomac.

Cet organe présente à sa partie moyenne un étranglement qui ne contribue pas peu à entraver le brassement des aliments et leur évacuation.

Nous sommes conduits à rechercher les conséquences anatomiques du port d'un corset trop serré. Le corset immobilise et déforme; il peut nuire, simplement en immobilisant une région qui, normalement, est soumise à des variations de forme et de volume en rapport avec les mouvements respiratoires et les actes digestifs; mais, le plus souvent, il détermine une déformation du squelette osseux du thorax, d'où *refoulement en bas* de tous les organes compris dans la région sous-diaphragmatique.

C'est qu'en effet les résistances du thorax ne sont pas égales sur toute sa circonférence. En arrière, la colonne vertébrale s'oppose à toute compression; latéralement, au contraire, le thorax est très flexible, prêt à céder à la moindre pression; en avant, il présente une issue aux organes qui sont refoulés par la compression latérale. Il y a lieu, d'autre part, de faire remarquer que la compression exercée par le corset n'est pas une compression linéaire; elle est plus ou moins étendue en hauteur. Les résultats de la constriction varient donc suivant le mode d'application du corset et aussi suivant la conformation du thorax. M. le professeur Hayem (*Traité de médecine et de thérapeutique*, t. IV, p. 534, 1897) rattache à trois variétés les déformations qui peuvent se produire sous l'influence du corset :

a. *La constriction sus-hépatique ou sous-mammaire*, la plus commune. Le thorax est carré ou rond, parfois élargi à sa base par évasement des dernières côtes, l'angle xiphoïdien est plus modifié. On constate un enfoncement qui s'étend de la cinquième à la huitième ou neuvième côte. L'enfoncement des côtes à la partie antérieure et inférieure des deux moitiés de la cage thoracique, lorsqu'il existe, diminue le diamètre antéro-postérieur et produit une excavation qui donne à la région une forme en bateau. Enfin, il y a un déjettement des dernières côtes en dehors. Les femmes ainsi déformées ont une taille courte, carrée et disgracieuse;

b. *Constriction hépatique.* — L'anneau constricteur siège en plein sur le foie. Le thorax est long, plus effilé par en bas; l'angle xiphoïdien est aigu. La cage thoracique n'est guère déformée; on constate seulement un peu d'évasement de la base. La taille est fine et élégante, mais le ventre est déformé;

c. *Constriction sous-hépatique.* — Cette variété, sur laquelle M. Hayem a appelé spécialement l'attention, est caractérisée par ce fait que la constriction se fait au niveau des dernières côtes et du bord inférieur du foie ou même au défaut de la taille.

Les côtes sont refoulées en dedans, la poitrine est normale, mais effilée; l'angle xiphoïdien est aigu. La taille est longue, remarquablement fine (taille de guêpe), et le ventre est déformé.

Chacune de ces variétés de constriction entraîne des conséquences différentes :

La variété sus-hépatique détermine la production de l'entéroptose, car la compression s'exerçant sur la face convexe du foie a pour effet de repousser par en bas le foie et tous les organes abdominaux. Le foie ptosé déborde les fausses côtes et parfois se mobilise; il est creusé de dépressions à sa face supérieure. L'estomac prend la position verticale et le côlon transverse, qui suit le contour de l'estomac, prend une forme en V; le rein droit est chassé de sa loge;

La variété hépatique a pour caractéristique l'aplatissement du foie, qui s'allonge et se creuse de sillons; le pylore et la première portion du duodénum sont comprimés entre le foie et la colonne vertébrale, ce qui entraîne la dilatation de l'antre pylorique. L'estomac, resserré entre le foie, la rate, la paroi abdominale et la colonne vertébrale, prend la forme biloculaire. Le plus ordinairement, il n'y a pas de néphroptose (M. Hayem);

La variété sous-hépatique entraîne le refoulement par en haut des viscères abdominaux, d'où toute une série de troubles (étouffements, battements de cœur, etc.). La portion transverse prend la forme en V, et la constipation résulte de l'obstacle au cours des matières.

En somme, dans la variété sus-hépatique, il y a ptose et refoulement des organes;

Dans la variété hépatique, constriction des organes, qui sont allongés, comme passés à la filière, mais non nécessairement ptosés;

Dans la variété sous-hépatique, il y a refoulement intra-thoracique des organes.

Il est fréquent de trouver à l'autopsie des femmes qui présentent ces déformations des brides de péritonite chronique, allant de la face inférieure du foie ou de la vésicule biliaire au pylore, au duodénum, à l'angle droit du côlon. Cette péri-hépatite augmente la gêne d'évacuation.

En ce qui concerne les conséquences anatomiques de l'ENTÉROPTOSE, les descriptions des anatomo-pathologistes manquent de précision. On signale communément le prolapsus de l'intestin grêle; l'abaissement du côlon transverse, situé au-dessous de l'ombilic, l'exagération de la coudure au niveau de ses angles; le déplacement concomitant du rein droit, le prolapsus inconstant des organes génitaux; l'abaissement du foie qui porte souvent l'empreinte des côtes.

V

Étiologie. — Contrairement à l'opinion de M. Glénard qui considère que le déplacement du côlon est le fait initial dans le plus grand nombre des cas, l'étude des causes montre que la dislocation de l'estomac est habituellement l'origine de tous les déplacements des organes abdominaux. C'est l'abaissement de la grande courbure qui entraîne l'abaissement du côlon transverse, lequel prend la forme en U (voir plus haut). L'étude des causes est donc surtout celle des influences qui provoquent le déplacement de l'estomac.

Il est possible cependant que l'on puisse invoquer, en dehors du déplacement de l'estomac, d'autres influences susceptibles d'expliquer l'entéroptose primitive, telle que l'admet M. Glénard.

Les ptoses sont *communes aux deux sexes*, mais incomparablement plus fréquentes chez la *femme*, ce qu'explique suffisamment l'influence prépondérante du port du corset et celle de la grossesse.

Pour les mêmes raisons les ptoses s'observent uniquement à partir de la *puberté*.

Si, chez la femme, en raison de son genre de vie, de sa sobriété habituelle, l'estomac est moins exposé aux irritations d'origine alimentaire, à l'influence nocive du tabac et de l'alcool, etc., par contre les causes mécaniques de déplacement prennent chez elle une importance extrême.

Causes communes aux deux sexes. — 1° Les *maladies aiguës graves ou de longue durée* entraînent un amaigrissement prononcé, susceptible de faire disparaître les moyens de soutènement, les coussinets graisseux interposés entre les organes et par suite de modifier la statique abdominale ; elles déterminent de plus une atonie des tissus qui ajoute son influence à la précédente.

2° La *dyspepsie nerveuse grave* paraît agir d'une façon sensiblement analogue ; les dyspeptiques nerveux gravement atteints maigrissent considérablement, parce qu'ils s'alimentent d'une façon insuffisante et aussi sous l'influence de l'intervention directe du système nerveux (amaigrissement d'origine trophique) ; il en résulte la rétraction de l'intestin, la disparition des gaz qui sont l'un des facteurs de la tension abdominale. On conçoit que ces influences puissent agir sur la statique abdominale.

Il est probable que l'entéroptose traumatique admise par M. Glénard se confond avec la précédente. On sait que les traumatismes, chez les sujets prédisposés, peuvent déterminer nombre de troubles nerveux d'origine hystéro-neurasthénique et notamment l'atonie des organes digestifs.

3° Aux causes générales précitées faut-il ajouter des *ptoses d'origine congénitale*, par suite d'une faiblesse congénitale des tissus fibreux et musculaire lisse ? Cette faiblesse congénitale a souvent été invoquée chez les neuro-arthritiques pour expliquer la fréquence des hernies, des varices, etc. C'est là une hypothèse qui n'a rien d'invraisemblable *a priori*, mais dont il est impossible de démontrer le bien fondé, à l'aide de preuves précises.

Telles seraient les causes générales des ptoses, communes aux deux sexes. Les causes locales sont plus fréquentes. Avant tout, il convient de mentionner le relâchement de la paroi abdominale et les compressions et déformations de la taille.

4° Le *relâchement de la paroi abdominale* s'observe surtout à la suite de la grossesse, ainsi que nous le verrons plus loin, mais peut être dû également, dans les deux sexes, à d'autres influences, notamment à l'amaigrissement survenant à la suite de maladies graves. Il peut se produire encore à la suite de résorption de grands épanchements du péritoine (par cirrhose, kystes ovariques, etc.).

5° Si la compression de la taille par le corset est exclusive à la femme, par contre certaines *déformations thoraciques* pouvant s'observer dans les deux sexes, sont susceptibles de déterminer des ptoses ou tout au moins de les favoriser si d'autres causes interviennent : signalons les vices de développement du thorax par rachitisme, le thorax aplati des tuberculeux, les déviations de la colonne vertébrale amenant un rétrécissement de la ceinture osseuse abdominale. Ces malformations, en exerçant une compression sur le foie et indirectement sur l'estomac, amènent des modifications dans la statique de cet organe.

6° Certaines *hypertrophies ou tumeurs du lobe gauche du foie* peuvent déplacer le pylore et modifier par suite la direction de l'estomac.

Nous avons indiqué que la *dislocation de l'estomac* avait pour conséquence le prolapsus du côlon transverse. La dilatation de l'estomac pourrait entraîner la même conséquence, surtout les *dilatations d'origine mécanique*, par sténose.

Rosenheim a signalé un cas d'entéroptose consécutive à une très grande dilatation de l'estomac, produite elle-même par une sténose cicatricielle du pylore. L'abaissement de la grande courbure entraîne le prolapsus du côlon transverse et exerce une traction continue sur l'épiploon gastro-hépatique, ce qui amène l'abaissement du foie et du rein droit ; ajoutons à cela l'influence de l'amaigrissement et de la rétraction de l'intestin grêle, déjà signalée comme conséquence des ptoses liées aux dyspepsies nerveuses.

Nous avons mentionné également l'*entéroptose primitive*, admise par M. Glénard. Cet auteur considère la chute du coude droit du côlon comme le point de départ des prolapsus viscéraux ; le côlon transverse abaissé exerce une traction sur la région pylorique, celle-ci sur l'épiploon gastro-hépatique, d'où les abaissements de l'estomac et du foie. D'autre part, l'entraînement du coude droit du côlon détermine un tiraillement du péritoine pariétal, d'où le déplacement du rein droit en bas et en dedans. Quant aux causes du prolapsus du côlon, ce seraient les traumatismes ou les efforts violents, la compression de la taille, la constipation prolongée. Cette dernière cause seule paraît admissible ; on conçoit que l'accumulation des matières dans le côlon transverse, notamment au niveau de l'angle gauche, puisse attirer en bas et en dedans l'orifice colique droit, moins solidement fixé.

Causes spéciales a la femme. — Bien que réduites à deux, ces causes sont de beaucoup les plus fréquentes :

1° Le *corset* immobilise et déforme, et peut être nuisible simplement en immobilisant une région qui normalement est soumise à des variations de forme et de volume, en rapport avec les mouvements respiratoires et les actes digestifs ; mais, le plus souvent, il détermine une déformation du squelette osseux d'où le refoulement en bas de tous les organes compris dans la région sous-diaphragmatique, ce que nous avons signalé plus haut.

2° Pendant la *grossesse* il se produit une ampliation de la paroi abdominale, qui, cessant brusquement après l'accouchement, favorise le relâchement de tous les viscères abdo-

minaux. D'ailleurs, à l'influence de la grossesse se combine souvent celle de la compression exercée par le corset.

Les ptoses d'origine puerpérale succèdent ordinairement à plusieurs grossesses, bien qu'une seule puisse les provoquer.

Dans certains cas, le relâchement de la paroi abdominale est extrêmement prononcé; il se forme une vaste poche abdominale où retombent les intestins et même la grande courbure de l'estomac. Le foie et le rein droit sont abaissés. Enfin, l'effondrement du plancher pelvien peut intervenir également et déterminer le prolapsus des organes du petit bassin. A ces deux grandes causes, peut-être convient-il d'en ajouter une troisième, plus rare, c'est l'*intervention chirurgicale sur les organes utérins*, susceptible d'entraîner les ptoses par différents mécanismes : relâchement du plancher pelvien, de la paroi abdominale, asthénie nerveuse.

Nous venons d'énumérer les différentes causes qui peuvent déterminer les ptoses et qui toutes déterminent des troubles de la statique. Mais ces troubles mécaniques ne restent pas isolés; ils ont pour conséquence inévitable des *troubles dans les phénomènes chimiques de la digestion*.

En effet, les obstacles à l'évacuation de l'estomac déterminent une stase alimentaire qui a pour conséquence des modifications dans le chimisme gastrique. Il se produit une gastrite hyperpeptique avec hypersécrétion, dont la constatation peut même détourner l'attention du médecin de l'origine première des accidents, c'est-à-dire des troubles statiques.

VI

Signes physiques. — Ces signes doivent être étudiés en premier lieu, car eux seuls donnent la clef du diagnostic, les troubles fonctionnels soit locaux, soit généraux, n'ayant qu'une valeur relative. Les résultats de l'exploration méthodique de l'abdomen sont si nets, qu'ils équivalent, suivant l'expression de M. Glénard, à une sorte d'autopsie faite sur le vivant.

Inspection. — a. *Du thorax.* — Cette inspection suivant les cas révèle les signes extérieurs de la compression de la taille (dépression costale, évasement de l'orifice inférieur du thorax, angle xiphoïdien plus aigu; dépression sterno-ombilicale plus marquée si l'estomac est abaissé en même temps que disloqué).

b. *De l'abdomen.* — L'abdomen doit être examiné quand le malade est dans le décubitus horizontal et quand il est debout.

Dans le décubitus horizontal, le ventre est en général étalé, s'affalant sur les côtés; il oscille et ballotte à la moindre secousse, « donnant l'impression d'un contenant devenu beaucoup trop grand pour le contenu » (Bouveret).

Toutefois, le relâchement de la paroi abdominale n'est pas toujours aussi apparent; souvent, chez les sujets très amaigris, le ventre est plutôt rétracté, creusé en bateau, avec saillie exagérée des os de la cavité thoracique et iliaque.

Lorsque le malade est debout et qu'on l'observe de profil on constate nettement que le ventre est déprimé de l'épigastre à l'ombilic et globuleux dans la région sous-ombilicale; que parfois même il forme comme une besace.

Quand le malade s'assied, la proéminence s'accentue. Il n'est pas rare de constater une hernie ombilicale, signe de laxité de la paroi.

L'ombilic se présente souvent comme s'il était tiré en arrière et en bas, dans la direction du promontoire.

Chez les sujets très maigres, on peut voir les mouvements péristaltiques de l'estomac, parfois même le relief de la petite courbure (mais celui-ci surtout après insufflation). On peut voir encore dans le flanc droit le cæcum formant un ovoïde saillant, bien limité.

Si nous ajoutons que la peau présente souvent des vergetures, qu'elle offre parfois l'aspect d'une membrane flétrie, considérablement ridée, nous en aurons fini avec l'énumération des signes fournis par l'inspection.

Palpation. — La palpation méthodique constitue le moyen de diagnostic par excellence.

On doit procéder à une palpation d'ensemble qui renseigne sur l'*état de la sensibilité des organes abdominaux*, sur le *degré de tension abdomiuale*, etc.

On détermine parfois une douleur à deux travers de doigt à partir et au-dessus de l'ombilic (côlon transverse) et à l'extrémité de la neuvième côte droite (foie), dans le flanc droit (cæcum). La douleur du creux épigastrique n'est pas toujours due à l'estomac; Glénard admet qu'elle est souvent due au foie.

Le degré de dépressibilité de la paroi renseigne sur la tension abdominale (ainsi que la percussion). Parfois on croit palper un ventre en caoutchouc, les intestins sont bosselés, saillants.

Un autre élément d'appréciation de la tension réside dans l'étude de la ligne blanche : on peut parfois, dans le décubitus dorsal, pénétrer entre les droits et « entrer dans le ventre », pour palper les organes. Dans ce cas, si l'on conseille au malade de se redresser, on voit se former un énorme boudin vertical, par la poussée de l'intestin entre les bords contigus des droits.

La palpation permet encore de constater la *transmission à l'épigastre des battements aortiques* : M. Glénard en fait un signe de l'entéroptose; la rétraction et le prolapsus du côlon tranverse rendraient plus apparente la pulsation de l'aorte. Remarquons toutefois que ces battements s'observent chez des hommes et des femmes amaigris, atteints d'hystérie ou de neurasthénie, mais exempts d'entéroptose.

La palpation permet de constater le bruit de *clapotage* qu'il nous suffit de constater et qui n'est pas plus un signe de dilatation qu'un signe de dislocation verticale ou de gastroptose, car il existe indifféremment dans ces diverses affections.

Il existe d'autre part des *bruits gastriques rythmés par la respiration*, bruits de glouglou, isochrones aux mouvements respiratoires, indépendants de la volonté. On entend deux bruits : l'un plus court, au moment de l'inspiration, l'autre plus long, au moment de l'expiration. Strümpell en faisait un signe de dilatation; mais Clozier, Chapotot, Bouveret les ont rapportés à leur véritable cause qui est la biloculation de l'estomac déterminée par la compression du corset. Les mouvements respiratoires du diaphragme et de la paroi abdominale font circuler les liquides gastriques dans les deux poches communiquant par un orifice rétréci, que forme l'estomac biloculaire. Il en résulte une collision de gaz et de liquides produisant un gargouillement rythmé par la respiration. Ce bruit cesse par la suppression de la constriction de la taille et surtout par le décubitus horizontal, même si la taille est serrée par le corset; il cesse également par la suppression des mouvements respiratoires, par la compression énergique de la région hypogastrique dirigée de bas en haut.

La palpation méthodique de l'intestin comporte l'exploration systématique des diverses parties du côlon (transverse, cæcum, S iliaque, coudes du côlon) et de l'intestin grêle (iléon, duodénum), au point de vue de la sensibilité à la pression, du calibre, du contenu, de la tension, de la situation et du mode de fixation (Glénard).

A l'état normal il est impossible de délimiter exactement la situation et le volume du côlon transverse. Dans le cas de ptose, on perçoit la *corde colique*; la main rencontre un peu au-dessus de l'ombilic une petite masse donnant la sensation d'une corde aplatie, large de 1 centimètre et demi au plus et épaisse d'un centimètre environ, dont la direction est transversale et qui s'étend à 6 ou 10 centimètres de chaque côté de la ligne blanche. Cette corde est facilement repoussée vers en haut, mais elle résiste aux efforts de traction par en bas ; après une excursion de 2 centimètres et quand on atteint le niveau de l'ombilic, elle échappe au doigt qui voulait l'abaisser encore, glisse sous lui et regagne sa position primitive.

Une pression exercée sur la fosse iliaque droite, au commencement du côlon ascendant, produit des bruits de gargouillement dans la « corde transverse » ; dans quelques cas favorables on peut suivre la continuité du cordon rétracté jusqu'au cæcum ou jusqu'au côlon descendant.

En somme, la corde transverse est constituée par le côlon transverse à la fois rétracté, vide de gaz et abaissé. Ewald nie la valeur de ce signe et déclare que la sensation d'un cordon transversal est donnée par le pancréas ou la troisième portion du duodénum. Il semble bien que l'interprétation de M. Glénard soit la bonne, mais il convient de remarquer que l'on ne perçoit pas la corde colique dans tous les cas. M. Roux, dans deux laparotomies, a pu voir et toucher dans le ventre ouvert la corde transverse qu'il avait palpée et diagnostiquée.

La palpation du cæcum donne la sensation d'une sorte de *boudin*, déjeté en dedans, large de 4 à 5 centimètres, sensible à la pression et qui est le siège de gargouillements. Parfois on y perçoit des masses fécales, reconnaissables à leur consistance mollasse et que le doigt peut mobiliser.

Ces différents caractères indiquent que le cæcum est dilaté, ce qui est en effet son état habituel, au début de l'entéroptose; mais, plus tard, il peut être au contraire rétracté avec le côlon transverse et donner, lui aussi, la sensation de corde.

On peut percevoir parfois sa continuation avec la corde colique.

Glénard indique pour la recherche du cæcum le procédé du glissement, consistant à faire glisser la main de dedans en dehors, de façon à faire accrocher le cæcum par les doigts qui en sentent le relief.

On peut également percevoir la rétraction de l'S iliaque : « Si, comprimant avec l'extrémité des doigts juxtaposés le flanc gauche sur une ligne parallèle à l'arcade de Fallope, on fait glisser cette ligne de compression, parallèlement à elle-même, soit de bas en haut, soit de haut en bas, sur une largeur de 4 à 6 centimètres, on peut, dans certains cas, sentir et faire rouler un cordon dur et étroit, donnant par son volume et sa consistance une sensation analogue à celle que donne dans le creux poplité le tendon du muscle tendineux en relâchement » (Glénard). Ce cordon est le *cordon sigmoïdal* formé par l'S iliaque rétracté, mais où l'on peut aussi percevoir des masses stercorales.

Aucun signe physique ne révèle la rétraction et le prolapsus de l'intestin grêle ; on sait seulement que, dans de rares autopsies, en même temps que le prolapsus du côlon, on a trouvé les anses de l'*intestin grêle*, rétractées et entraînées vers le petit bassin.

Pour palper le *rein* on peut utiliser le procédé minutieusement décrit de M. Glénard.

La main gauche largement ouverte est enfoncée sous la région lombaire droite, entre la douzième côte et la crête iliaque ; le pouce est ramené en avant de façon à saisir le flanc à pleine main, comme si on voulait pincer entre le pouce et les deux premiers doigts le rein descendant. La main droite est appliquée sur la région médiane et comprime la paroi abdominale, de façon à empêcher que l'organe exploré ne se dérobe et ne se porte en dedans vers la colonne vertébrale. Vient-on à faire respirer le malade, lentement et profondément, on sent le rein abaissé, s'engager, à la fin d'une inspiration, entre les deux branches de la pince formée par la main gauche.

Le prolapsus du rein droit est la règle dans l'entéroptose; la localisation presque exclusive à droite indique suffisamment l'influence exercée sur l'abaissement du rein par la compression de la taille ; d'ailleurs sur 148 cas de néphroptose M. Glénard en a trouvé 131 chez la femme et 17 seulement chez l'homme. Trois fois seulement, la néphroptose existait à gauche, 18 fois elle était double, 11 fois seulement elle existait à droite.

Le *foie* est également abaissé. Pour reconnaître son bord antérieur, il faut se placer à droite du malade, placé dans le décubitus dorsal. Les bras passant par-dessus le thorax, on enfonce légèrement l'extrémité des doigts des deux mains réunies en ligne, à quelque distance au-dessous des fausses côtes, en déprimant la paroi abdominale. On remonte ainsi en cherchant à accrocher, avec l'extrémité des doigts légèrement infléchis en crochet, toute saillie sous-jacente à la paroi; pendant ce temps le malade doit faire des mouvements respiratoires assez amples.

Le procédé du pouce de M. Glénard est un peu différent : la main gauche embrasse le flanc droit; les quatre derniers doigts sont appliqués en arrière, sur la région lombaire qu'ils soulèvent, le pouce étant immédiatement au-dessous du rebord costal postérieur. Le pouce gauche reste libre, mobile et va jouer le rôle décisif dans la palpation. Quant à la main droite elle est posée sur le flanc droit, au-dessous de la limite présumée du foie, la paume sur la ligne médiane, le bord cubital tourné vers les côtes, le grand axe de cette main étant transversal ou bien obliquement dirigé en bas et en dehors. Pendant que la main gauche soulève la région lombaire, la droite repousse la paroi abdominale et, pendant un mouvement d'inspiration, le pouce gauche, appliqué sur le flanc droit et au-dessus de la main droite « en affût », cherche à sentir le foie qui s'abaisse sous l'influence de la contraction du diaphragme. Lorsque la face inférieure du foie vient au contact du doigt, le pouce gauche se porte d'arrière en avant, arrive au bord antérieur, franchit ce bord et le « fait sauter » pour passer sur la face antérieure du foie.

Il peut être utile d'explorer les *organes pelviens*, dont le prolapsus coïncide parfois, ainsi qu'il a été dit, avec celui des organes digestifs.

Percussion. — La percussion révèle parfois une diminution de la sonorité intestinale, surtout marquée dans la région hypogastrique et la fosse iliaque, indice de la rétraction

de l'intestin; mais on peut constater aussi une sonorité exagérée au niveau du cæcum dilaté. La diminution de la sonorité indique toujours l'ancienneté et la gravité de la ptose; elle fait défaut chez les femmes non amaigries, entéroptosiques à la suite de grossesses. La percussion donne surtout des renseignements intéressants quand elle est combinée à l'insufflation. Elle permet alors de constater la situation de l'estomac.

Insufflation. — L'insufflation de l'estomac a été appliquée au diagnostic de la gastroptose par Ewald, par Roux (de Lausanne), etc. Avant eux, on ne demandait au ballonnement artificiel de l'estomac que des notions sur la capacité de cet organe et la situation de sa grande courbure; c'est dans ce but que Fenwick, Frerichs et Mannkopf avaient proposé ce procédé d'exploration. Or « c'est la situation de la petite courbure qu'il importe surtout de connaître, car elle permettra de ne pas confondre, comme on l'a fait jusqu'ici, la dilatation avec la gastroptose » (Ewald).

On a abandonné le procédé d'insufflation au moyen des poudres effervescentes (acide tartrique et bicarbonate de soude) pour adopter le procédé de Runeberg : insufflation d'air par une sonde introduite dans l'estomac, au moyen d'une poire de Richardson ou simplement de la pompe du thermocautère.

Roux (de Lausanne) considère l'insufflation directe par la bouche comme le procédé de choix.

Après l'insufflation, l'estomac se dessine à la vue, chez les sujets très amaigris; ses contours peuvent être appréciés par la main qui le palpe, ses dimensions par la main qui le percute.

On constate que la voussure épigastrique, habituelle après l'insufflation, est remplacée ici par une dépression, que la *petite courbure est abaissée* et rapprochée de l'ombilic; que la grande courbure s'éloigne de ce point; que le pylore est très rapproché de la ligne médiane et se trouve, soit au voisinage de l'ombilic, soit même au-dessous (von Ziemmsen l'a trouvé, dans un cas, à peu de distance du promontoire); que le grand axe de l'estomac est vertical, que le diamètre transverse est rétréci; enfin, quand à la dislocation verticale s'ajoute la ptose de l'organe, que la limite supérieure normale de l'estomac n'est plus au niveau du troisième espace sur la ligne para-sternale, ni à la hauteur de la sixième côte, sur la ligne mamelonnaire..., mais que le tympanisme stomacal remonte moins haut.

Auscultation. — L'auscultation donne quelques renseignements dans les cas où l'estomac est biloculaire; elle permet de constater le bruit de glouglou rythmique que nous avons déjà signalé.

Gastro-diaphanoscopie. — L'éclairage de la cavité gastrique imaginé par Einhorn en 1889 a été appliqué au diagnostic de la gastroptose par Heryng et Reichmann, par Meltzing, etc. Le malade étant placé dans une chambre obscure et son estomac étant rempli d'eau, on y introduit une sonde œsophagienne à l'extrémité de laquelle est placée une petite lampe électrique. Lorsque le courant passe, la cavité gastrique éclairée apparaît sous forme d'une zone lumineuse rouge clair; toutefois, ses contours sont assez indécis et les résultats que donne la gastro-diaphanoscopie, dont l'emploi n'est pas toujours possible, ne sont pas aussi précis que ceux obtenus au moyen de l'insufflation.

Exploration par la sonde. — Dans les cas où à la dislocation s'ajoute la rétention par suite de la formation d'une poche sous-pylorique, la sonde introduite le matin à jeun ramène un liquide résiduel contenant des débris alimentaires; l'analyse du contenu stomacal, après le repas de l'épreuve, démontre l'existence d'une excitation sécrétoire intense (hyperpepsie avec fermentation). (*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(5 novembre 1902)

De toutes les questions qui, plus ou moins périodiquement, sont remises en discussion, il en est peu qui attirent et retiennent l'attention autant que l'**appendicite**. On savait qu'elle était portée à l'ordre du jour de cette séance et la salle était pleine, aussi bien la partie réservée aux membres que celle qu'occupe le public. La lutte se poursuit entre interventionnistes et temporisateurs; quand doit-on intervenir? C'est toujours la même question qui est posée et qui n'est pas encore tranchée dans le même sens par tous les chirurgiens.

M. Routier fait observer avec raison que cette divergence entre les chirurgiens, au sujet du traitement de l'appendicite aiguë, apporte un grand trouble dans l'esprit des praticiens. Depuis les dernières discussions qui ont eu lieu dans les congrès ou ailleurs, les médecins semblent avoir peu à peu accepté cette notion qu'en présence d'une appendicite aiguë le chirurgien doit s'abstenir et qu'il faut recourir au traitement médical. Celui-ci arrête-t-il l'appendicite dans sa marche ou empêche-t-il les récidives? M. Routier ne le croit pas. De gré ou de force il a eu recours, lui aussi, à ce traitement médical et il s'en est trouvé peu satisfait. Il reste convaincu, comme lors de la discussion de 1899, qu'il faut opérer le plus tôt possible les cas d'appendicite aiguë. Prenant, comme exemples, quatre cas superposables, M. Routier a eu, sur ces quatre cas, deux guérisons et deux morts. Les deux morts sont survenues dans les cas où on s'est abstenu de toute intervention et les deux guérisons dans les deux cas qui ont été opérés. En juillet dernier, M. Routier a été appelé, en province, auprès d'une jeune femme qui était à sa troisième crise d'appendicite. Il conseilla l'opération. Un médecin des hôpitaux fut appelé après lui et déconseilla l'opération. On s'abstint et depuis juillet cette jeune femme a eu encore quatre autres crises d'appendicite et se trouve actuellement dans un état assez précaire. Or, M. Routier est convaincu qu'elle serait bien guérie si elle avait été opérée en juillet. Il espère qu'il se passera pour l'appendicite ce qui s'est passé pour les contusions graves de l'abdomen. Dans ce dernier cas, aucun chirurgien n'hésite plus à intervenir et les succès se multiplient. Il est convaincu que la mortalité par l'appendicite baisserait de même très notablement si tous les chirurgiens étaient d'accord pour opérer de suite tout cas d'appendicite aiguë. L'intervention tardive est trop souvent inefficace, mais elle est inefficace parce qu'elle est tardive; telle est la proposition que défend M. Routier en s'appuyant sur un certain nombre d'exemples.

Les chirurgiens temporisateurs disent : attendons et intervenons aussitôt qu'apparaissent les symptômes de la suppuration. Mais ce diagnostic de la suppuration est-il donc si facile? répond à cela M. Routier, et c'est sur ce point qu'il tient surtout à insister. Il se reconnaît, quant à lui, incapable de toujours faire ce diagnostic. Les difficultés de l'examen sont augmentées par la défense musculaire; en réalité, dit M. Routier, la palpation ne donne rien de bien exact.

Il y a des cas dans lesquels le ventre est sonore avec un abcès et d'autres dans lesquels il est mat, sans abcès. En outre, chaque fois qu'on intervient, on trouve toujours des lésions plus avancées que celles qu'on s'attendait à trouver.

En somme, le départ à faire entre les cas bénins devant

rester bénins et les cas graves ou devant le devenir est vraiment très difficile et c'est ce qui a décidé M. Routier à rester interventionniste.

Le 29 mars, un enfant de neuf ans est atteint d'appendicite aiguë. M. Routier le voit le 4 juin, conseille l'opération qui est refusée. Le 8, l'enfant allait beaucoup mieux; le 12, il succombait.

M. Routier termine en faisant connaître la statistique de son service du 1er mars 1901 au 1er mai 1902. La voici : 49 cas opérés à froid, 49 guérisons; 17 cas aigus opérés dès le début, 17 guérisons; 19 cas avec abcès, 17 guérisons et 2 morts. Sur un total de 107 opérations pour appendicites, 100 guéris et 7 morts.

Cette statistique est très encourageante et elle plaide en faveur de l'intervention précoce aussi bien qu'en faveur de l'opération à froid, si bien qu'on serait tenté de résumer ainsi l'opinion de M. Routier : opérez tout de suite ou à froid. Mais ce n'est pas là vraiment son opinion puisqu'il n'opère à froid que quand il ne peut faire autrement. M. Routier convaincu que la mortalité par appendicite tient surtout à ce qu'on intervient trop tard, reste comme M. Dieulafoy, comme M. Segond, partisan convaincu de l'opération précoce et hâtive.

M. Gérard Marchant, avec une franchise et une loyauté qui ne nous étonnent pas de sa part, nous apporte un fait malheureux à propos duquel il n'hésite pas à incriminer sa temporisation et ses hésitations. Voici le fait :

Le 20 mars 1902, un enfant de sept ans présente des symptômes d'appendicite, avec diffusion de la douleur à gauche, pouls à 120, température à 39 degrés, vomissements; le 21 et le 22, la situation reste la même; M. Marchant est appelé le 23 et trouve l'enfant avec ballonnement du ventre, pâleur de la face, sensibilité généralisée avec douleur exquise au point de Mac Burney; son diagnostic est : appendicite insidieuse; il propose d'opérer l'enfant le soir et prévient ses internes de se tenir prêts à l'assister. Le soir, l'enfant allait mieux; on attend; le lendemain, lundi, le mieux se maintient et s'affirme; on attend encore; même état le mardi matin; M. Marchant trouve l'enfant tellement mieux qu'il annonce qu'il ne reviendra que le lendemain. Mais dans la journée, le ventre se ballonne de nouveau; et dans la nuit du mardi au mercredi, l'état s'aggrave avec une telle rapidité qu'on fait venir M. Brun pour opérer; le pouls était devenu petit, incomptable, le facies grippé; M. Brun déclare qu'il est appelé trop tard et se refuse à opérer; des injections de sérum et de caféine font vivre cet enfant encore trois jours et il meurt de péritonite généralisée. M. Marchant avoue avoir éprouvé, comme chirurgien, une angoisse extrême à l'occasion de ce fait malheureux : « J'ai eu tort, dit-il, de n'avoir pas opéré cet enfant, sa mort m'est imputable. » M. Marchant est sévère pour lui-même. Qui oserait le blâmer de son hésitation devant une amélioration marquée de l'état de l'enfant ? Combien d'entre nous n'eussent pas agi autrement? En présence d'un fait semblable, d'une appendicite aiguë sérieuse, encore à son début, vous n'êtes pas en mesure, nous dit M. Marchant, de donner un seul signe qui permette de prévoir si la marche de cette appendicite sera favorable ou défavorable; dès lors vous ne devez plus hésiter à intervenir aussitôt que possible. M. Marchant, très douloureusement impressionné par ce fait dramatique qu'il nous a rapporté, se presse peut-être un peu trop d'en tirer cette conclusion. Il ne faut pas oublier qu'il n'a été appelé auprès de cet enfant que le troisième jour et, qu'au dire des interventionnistes immédiats, c'était peut-être déjà trop tard pour intervenir avec chance de succès. M. Marchant adjure ses collègues de faire connaître les cas semblables au sien qu'il leur a été donné d'observer et nous, nous adjurons les interventionnistes immédiats de faire connaître aussi les insuccès qu'ils ont pu avoir.

M. Quénu professe un certain éclectisme : toutefois il aurait plutôt tendance à opérer de bonne heure dans les cas où le diagnostic d'appendicite aiguë est certain. Mais il fait remarquer combien est souvent difficile le diagnostic des cas légers. Or peut-on se contenter d'un diagnostic de probabilité pour ouvrir le ventre? Il y a bien des cas dans lesquels l'erreur est facile, témoin l'exemple de cette jeune femme qui avait des crises ressemblant absolument à des crises d'appendicite, alors qu'il ne s'agissait que d'une hernie crurale donnant lieu à des crises douloureuses chez une femme nerveuse. La cure radicale de cette hernie a fait disparaître les accidents. M. Quénu s'élève donc contre cette prétendue facilité du diagnostic de l'appendicite, surtout dans les cas légers. Aussi veut-il limiter la discussion aux cas moyens d'appendicite aiguë; dans ces cas, quand le chirurgien est appelé le premier ou le second jour, il peut attendre à condition d'exercer une surveillance très rigoureuse et se tenir prêt à intervenir au moindre symptôme d'aggravation : plus grande fréquence du pouls, etc.

M. Quénu a déjà appelé l'attention sur l'importance d'un signe particulier, la diffusion de la douleur au point de vue du diagnostic de gangrène de l'appendice. Ainsi le vendredi 6 juin, il est appelé pour opérer un enfant souffrant depuis plusieurs jours d'une appendicite aiguë avec diffusion de la douleur, cet enfant était dans un état des plus graves. M. Quénu diagnostique une appendicite gangréneuse; il opère cet enfant immédiatement et trouve, en effet, une gangrène totale de l'appendice. Cet enfant a guéri, non sans peine. M. Quénu insiste sur l'utilité dans ces cas de bien drainer et de faire de l'aspiration par les drains. Il attribue, en grande partie, à cette précaution le salut de cet enfant.

En résumé, étant donné un cas moyen d'appendicite aiguë, essayez le traitement médical; si celui-ci ne donne pas une prompte amélioration, si on constate la continuation des symptômes, n'hésitez plus à intervenir. Telle est la formule proposée par M. Quénu. Toutefois M. Quénu ajoute n'avoir perdu aucun des malades qu'il a opérés tout de suite. Si bien que s'il ne prend pas franchement position parmi les interventionnistes immédiats, il ne les désapprouve pas.

M. Kirmisson, dans une discussion très serrée, basée sur des faits précis et nombreux, arrive, comme tous ses collègues des hôpitaux d'enfants, à une conclusion ferme en faveur de la temporisation et de l'opération à froid. Il ne s'agit pas, dit-il, d'un combat entre interventionnistes et abstentionnistes, car il n'y a pas parmi nous d'abstentionnistes, mais bien d'un combat entre radicaux et opportunistes. Les radicaux nous disent : Opérez toujours et tout de suite; les opportunistes nous conseillent de ne prendre le bistouri qu'en présence d'une indication.

Le cas cité par M. Segond ne prouve rien, selon M. Kirmisson; il s'agit d'une erreur de diagnostic, et voilà tout. Il n'en est pas de même des cas de MM. Legueu et G. Marchant; ces faits posent la question d'une façon très précise. Des enfants atteints d'appendicite aiguë sont traités médicalement, sont améliorés, puis leur état s'aggrave, on intervient trop tard, et ils meurent. Mais n'y a-t-il pas aussi des cas où l'opération faite d'emblée est aussi suivie de mort? Aussi ne faut-il pas s'attarder à ces cas isolés. Ce sont des statistiques totales qu'il nous faut, dit M. Kirmisson. Il y a deux méthodes en présence; quelle est celle qui donne le plus de succès? voilà ce qu'il faut savoir. C'est pourquoi M. Kirmisson engage ses collègues des deux camps à faire connaître leur statistique globale, et il donne lui-même l'exemple :

Dans les années 1898 et 1899, M. Kirmisson a eu, dans son service, 37 cas d'appendicite aiguë; 19 de ces petits malades ont été soumis au traitement médical, 19 ont guéri; 8 ont été opérés à froid, 8 guérisons; 10 ont été opérés à chaud, 8 sont morts, 2 ont guéri.

Voyons la statistique de 1901 : 50 cas; 16 traités médicalement, 16 guérisons; 28 opérés à chaud, 16 morts; 8 opérés à froid, 8 guérisons; 20 péritonites diffuses, 15 morts et 5 guérisons.

Qu'est-ce que cela prouve? Qu'il est possible de guérir l'appendicite aiguë par un traitement médical. Cela prouve encore deux choses : 1° la bénignité de l'opération à froid; 2° l'énorme gravité de la péritonite diffuse. C'est là, comme le dit fort bien M. Kirmisson, le nœud de la question. Que seraient devenus tous ces malades guéris par le traitement médical s'ils avaient été opérés dès le début de leur affection? Qui oserait affirmer qu'ils seraient tous également guéris?

Il y a donc, et cela est incontestable, un traitement médical de l'appendicite; c'est un chirurgien qui dit cela en réponse à un médecin qui a si souvent préconisé la formule opposée : Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite.

Au point de vue de la gravité de l'appendicite chez les enfants, M. Kirmisson professe qu'il faut tenir grandement compte de l'âge des enfants : chez les petits enfants d'un à cinq ans, l'appendicite est excessivement grave. Un second facteur de gravité chez l'enfant, c'est l'intervention intempestive des purgatifs. Tous ces malheureux enfants morts de péritonite diffuse avaient été purgés et repurgés. M. Kirmisson attache la plus grande importance à cette fâcheuse administration des purgatifs, et il s'élève, avec force, contre cette déplorable coutume encore trop répandue.

L'efficacité du traitement médical d'une part et, d'autre part, la bénignité de l'opération à froid, ont rendu M. Kirmisson opportuniste. Il est bien entendu qu'en présence de signes de la formation d'un abcès ou d'une péritonite, il prend aussitôt le bistouri.

Mais est-il vraiment utile de le prendre dès le début et n'y a-t-il pas même un certain danger à agir ainsi? C'est ce que se demande M. Kirmisson. On ouvre la cavité abdominale, on arrive sur un bloc d'empâtement dans la fosse iliaque, on trouve un épiploon adhérent, des anses intestinales agglutinées; on ne voit pas l'appendice; il faut le chercher; c'est une dissection difficile, périlleuse qu'il faut faire; en infectant ainsi ses mains ne devient-on pas soi-même l'agent de diffusion de l'élément septique, et la péritonite qui menace le malade ne sera-t-elle pas de votre fait? Question grave, troublante, que pose là M. Kirmisson, et il prévoit lui-même cette objection qu'on ne manquera pas de lui faire : Mais alors opérez dès le début. D'accord, mais à ce moment surgissent les difficultés de diagnostic, et puis il est bien rare que le chirurgien soit appelé dès le premier ou le second jour. Ce sont toutes ces raisons, basées sur des faits et sur le raisonnement, qui ont décidé M. Kirmisson à rester opportuniste. Presque tous les chirurgiens d'enfants se sont ralliés à cette ligne de conduite, et pour ne citer que deux des chirurgiens les plus compétents dans la question, Roux et Jalaguier se sont arrêtés depuis longtemps déjà à cette manière de faire.

Au point de vue du manuel opératoire, dans les cas d'abcès, M. Kirmisson ne s'applique pas autrement à rechercher et à enlever l'appendice. Dans les cas de péritonite diffuse, il est, selon lui, de toute nécessité de l'enlever. Depuis longtemps déjà, il ne fait plus de lavages, il étanche, assèche et draine.

Enfin, en terminant, il engage ses collègues à faire connaître leurs statistiques intégrales, ce sera le meilleur moyen de s'éclairer.

La discussion se poursuivra dans la prochaine séance. Elle prend, comme on le voit, une réelle importance. Radicaux et opportunistes viendront tour à tour plaider pour ou contre l'intervention immédiate; ils apporteront des faits; mais il est, dans cette question, une troisième classe de gens dont il serait bien utile aussi de connaître l'opinion, nous voulons parler des médecins. Il a été, croyons-nous, plusieurs fois question de réunir dans une même séance la Société de chirurgie et la Société médicale des hôpitaux. Ne serait-ce pas le moment et ne serait-il pas vraiment intéressant de verser dans ce débat les nombreux cas d'appendicite que les chirurgiens n'ont pas vus et que les médecins seuls ont soignés et souvent guéris. Nous entendons bien, dans une enceinte, M. Dieulafoy préconiser l'opération hâtive immédiate et M. Kirmisson, dans une autre enceinte, vanter les bons effets du traitement médical ; mais quel plaisir n'aurions-nous pas à

Voir se mettre d'accord ces deux Messieurs ensemble !

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — M. Scheffler, médecin-major de deuxième classe au 16e d'infanterie, désigné pour le 146e de même arme (n'a pas rejoint), est maintenu au 16e d'infanterie.

Marine. — M. le médecin principal Mercié, du port de Rochefort, est désigné pour embarquer sur le *Suffren* à Brest, en remplacement de M. le docteur Borius.

Exposition de Marseille 1903. — Un comité vient de se former pour l'organisation d'une exposition internationale, maritime et coloniale d'hygiène, de sécurité maritime, de pêche et des beaux-arts. Cette exposition se tiendrait dans le vaste local de l'Alhambra; son ouverture est fixée au 1er janvier 1903; sa durée sera d'un mois.

Cours de clinique chirurgicale infantile. — M. le docteur Kirmisson commencera son cours le samedi 8 novembre 1902 à l'hôpital Trousseau, à dix heures, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Conférences de radiologie médicale. — Le docteur A. Béclère commencera le dimanche 9 novembre, à dix heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Antoine, une nouvelle série de huit conférences sur les premières notions de radiologie, indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades (affections thoraciques).

Exercices pratiques de radiographie. — Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire du docteur Béclère, l'après-midi, en semaine, pendant toute l'année. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances.

Clinique Apostoli. — MM. Laquerrière et Delherm commenceront vers le milieu de novembre une série de douze conférences *pratiques* sur l'électricité médicale.

Ces conférences seront accompagnées de présentations de malades.

I et II. Électrophysique et appareils. — III. Effets physiques et physiologiques des courants sur les êtres vivants. — IV et V. Gynécologie. — VI et VII. Tube digestif. — VIII et IX. Électrodiagnostic. Maladies nerveuses. — X. Maladies de la nutrition. — XI. Maladies de peau. — XII. Applications diverses.

S'adresser, 15, rue Montmartre.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Brille (d'Hesdin), Frébault (de Paris) et J. Morère (de Palaiseau).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

A PROPOS DE LA BOTRYOMYCOSE

RÉPONSE A M. X. DELORE (1)

Par M. SAVARIAUD, chirurgien des hôpitaux de Paris.

La communication de M. Delore n'a pas été sans causer un agréable étonnement à ceux qui ne partagent pas ses opinions en matière de ce qu'on appelle, à tort suivant moi, « la botryomycose humaine. »

On s'attendait à des arguments nouveaux. Au lieu de cela, M. Delore nous apporte deux observations cliniques sans examen histo-bactériologique. Pourquoi cet examen n'est-il pas détaillé, puisque tout le débat a trait à la structure et à l'origine de la prétendue botryomycose? Au lieu de figures représentant l'aspect bien connu de ces tumeurs, ne valait-il pas mieux quelque dessin bien exact de coupe histologique?

Parmi les deux observations de M. Delore, il y en a une qui a trait à une tumeur du bord rouge de la lèvre ; c'est là un choix bien malheureux pour la théorie qu'il défend. J'y reviendrai tout à l'heure.

M. Delore nous cite également l'opinion d'un savant vétérinaire allemand dont le travail, je l'avoue, m'avait échappé, et qui conclut, comme bien d'autres avant lui, que botryocoque et staphylocoque, tout en étant très voisins, offrent quelques différences. Et quand cela serait, s'ensuivrait-il que les petites tumeurs cutanées, que M. Poncet avait désignées avant 1896 sous le nom très imagé et très juste de *tumeurs frambœsiformes*, soient provoquées par le parasite du *champignon de castration du cheval*, et à plus forte raison qu'elles soient constituées par des glandes sudoripares? Non seulement j'en doute, mais je le nie. Voici encore une fois mes raisons :

1° On n'a jamais signalé (pas plus M. Poncet ou ses élèves que les autres) que les malades porteurs de tumeurs champignonneuses ou frambœsiformes aient vécu au contact des chevaux. Même certains auteurs font remarquer le contraire.

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 122, p. 1197.

2° Les nombreuses cavités dont ces tumeurs sont creusées et qui les font ressembler à des angiomes [Bodin (1)] ne sont pas formées de glandes sudoripares. Nous attendons toujours la preuve de cette allégation. J'ai dit ailleurs que les photographies de M. Dor n'étaient pas concluantes. Du moment que ces photographies, à tort ou à raison, ne forçaient pas la conviction de leurs contradicteurs, les auteurs lyonnais n'avaient qu'à apporter leurs préparations histologiques et à les soumettre aux membres compétents de la Société anatomique, faire en somme ce que mon ami Deguy et moi avions fait dans notre premier cas, où ce contrôle était d'autant plus important qu'il s'agissait d'une tumeur de la lèvre, en un point normalement privé de glandes sudoripares.

Est-il utile de rappeler que M. le professeur Cornil nous donna complètement raison, et qu'il fut bien avéré que les prétendues glandes sudoripares n'étaient que des vaisseaux de nouvelle formation? Or précisément, comme pour faire ressortir la force de cet argument et comme pour montrer que mon fait n'était pas isolé, voici que M. Delore publie une observation semblable. Ne dois-je point être reconnaissant à M. Delore de me fournir des armes contre lui-même?

Et remarquez, je vous prie, que la tumeur de M. Delore est tombée spontanément. Pensez-vous que les choses se passeraient ainsi si cette tumeur avait été constituée par des glandes sudoripares, c'est-à-dire par des glandes, non seulement intra-dermiques, mais sous-cutanées, et qui logiquement devraient rester enchâssées dans le derme ou se développer sous la peau?

3° Enfin, si les tumeurs frambœsiformes étaient produites par un micro-organisme spécial, « le botryocoque » du cheval, on devrait trouver ce microbe à l'état isolé au centre des tumeurs. Or, s'il y a des micro-organismes dans cette région, ils sont infiniment plus nombreux dans la partie superficielle, et là on trouve non seulement le microcoque litigieux (botryocoque ou staphylocoque), mais encore plusieurs bacilles qui habitent normalement à la surface de la peau. Comment dès lors peut-on conclure que la tumeur est due à un microbe spécifique,... surtout étant donné les résultats plus que douteux des inoculations?

De toute cette discussion, il résulte pour moi que, si

(1) BODIN. *Arch. de dermat. et syphil.*, mai 1902. — Ceux que la question intéresse consulteront avec beaucoup d'intérêt ce court mais très substantiel et consciencieux travail, que je regrette de n'avoir pas connu plus tôt pour le citer comme il convient dans mon article avec Deguy sur la botryomycose.

M. Poncet et ses élèves ont eu raison d'attirer l'attention sur une variété de tumeurs qui ont bien, au point de vue clinique, une physionomie particulière, ils ont eu tort d'en faire, au point de vue anatomo-bactériologique, quelque chose de tout à fait spécial, une maladie nouvelle, n'ayant d'analogue que dans la pathologie équine.

RÉPONSE DE M. X. DELORE

Dans mon article de la *Gazette des hôpitaux* du 28 octobre dernier, je me suis placé uniquement sur le terrain clinique. J'ai répété une fois de plus, avec deux nouvelles observations, à l'appui de mon opinion : que les tumeurs framboesiformes décrites, depuis plusieurs années, par MM. Poncet et Dor, sous le nom de : *botryomycomes*, présentaient un syndrome clinique très particulier, qui en faisait une affection à part et qu'il importait de connaître cette nouvelle variété de tumeurs.

J'ai le plaisir de trouver M. Savariaud du même avis.

Quant à savoir si la botryomycose équine et humaine sont deux maladies identiques, et si elles sont le fait d'un agent pathogène bien déterminé, *spécifique*, en un mot, j'ai décliné à cet égard toute compétence.

J'ai dû me contenter de rappeler les opinions de MM. Poncet et Dor et d'autres observateurs qui se sont occupés de la question.

Aussi ne saurais-je mieux faire que de laisser encore, sur ce point en litige, la parole à M. Dor.

X. DELORE.

RÉPONSE DE M. L. DOR

Depuis notre première publication au Congrès de chirurgie de 1897 sur la botryomycose humaine, ont paru de nombreuses observations et publications, les unes confirmant nos recherches, les autres les battant en brèche, et nous n'avons pas été surpris de trouver récemment parmi nos contradicteurs MM. Savariaud et Deguy. Certaines particularités anatomiques et bactériologiques sont en effet sujettes encore à discussion, alors que le côté clinique est complètement élucidé.

On nous reproche : 1° d'avoir trouvé et décrit dans nos premières publications un champignon spécial qui vaudrait à la maladie le nom de botryomycose.

2° On nous fait observer que le point de départ des lésions ne serait pas, ainsi que nous l'avons indiqué, les glandes sudoripares, que l'interprétation de nos préparations est sujette à caution et que les photographies qui ont été reproduites dans notre travail des *Archives de médecine*, 1900, ne sont pas démonstratives.

La réponse à ces deux ordres d'objections est simple :

Depuis nos premiers travaux, à la suite entre autres d'observations de botryomycose équine typique, nous avons les premiers reconnu que les grains jaunes, que l'on avait considérés comme caractéristiques du parasite, ne l'étaient pas et qu'ils étaient simplement le fait de modifications ou d'altérations des tissus. Cette opinion est devenue d'autant plus acceptable pour nous, que nous avons observé des cas plus nombreux de botryomycose chez le cheval considérés comme caractéristiques.

Quant à savoir si l'agent pathogène est un staphylocoque d'une espèce particulière, nous sommes loin d'être aussi affirmatifs d'autant mieux que les études les plus récentes sont à ce point de vue contradictoires, et il nous semble, malgré la thèse de Gohinet (Paris 1902) et malgré les assertions de MM. Savariaud et Deguy, que la question reste encore en suspens, ainsi que M. Delore l'avait du reste très bien indiqué dans son article.

En ce qui concerne le siège initial de la lésion, nous ne pouvons que maintenir ce que nous avons dit déjà, car nos préparations continuent, comme par le passé, d'en faire foi, que la maladie débute dans les glandes sudoripares. La grande vascularité de ces tumeurs, que nous avons été des premiers à reconnaître cliniquement par des hémorragies répétées et parfois abondantes dont elles sont le siège, trouve anatomiquement son explication dans l'abondance des vaisseaux que révèlent immédiatement les coupes histologiques.

Aujourd'hui non moins que par le passé, nous restons convaincu de n'avoir pas confondu glandes sudoripares et vaisseaux sanguins.

Une dernière remarque en terminant : la structure de nos tumeurs framboesiformes, pédiculées, rappelle de tous points celle des tumeurs botryomycosiques du cheval et nous répéterons : s'il existe une botryomycose équine, elle a son pendant chez l'homme dans les lésions que nous avons décrites, d'où le nom de botryomycose humaine que nous lui donnons.

L. DOR.

DÉPLACEMENT VERS LA DROITE ET INVERSION DU CŒUR

SOUS L'INFLUENCE DES ÉPANCHEMENTS PLEURAUX GAUCHES A ÉVOLUTION SURAIGUE (1)

Par le docteur Evariste Lafforgue, médecin-major de deuxième classe.

Il est deux points, dans l'observation qui précède, sur lesquels il nous semble bon de retenir l'attention ; c'est, d'une part, le diagnostic anatomique et étiologique des lésions du cœur et des poumons et, en second lieu, le mécanisme pathogénique de l'inversion cardiaque.

Le diagnostic anatomique était facile à faire du vivant du malade, et toute erreur dans ce sens était impossible.

Les signes objectifs observés dans les deux poumons ne laissaient aucun doute sur l'existence d'un épanchement pleurétique gauche. Ces signes permettaient même d'affirmer la répartition exacte de cette collection liquide dans certains points de la cavité pleurale, et de délimiter les endroits où elle était le plus abondante (en avant et en bas) et ceux où elle était réduite à une mince couche séparant à peine les deux feuillets séreux (la moitié supérieure de la région postérieure). Seules, les adhérences formées par des exsudats fibrineux dans la région scapulaire ne pouvaient être prévues ; elles ne se manifestaient par aucun signe clinique bien appréciable. Mais, en somme, c'était là une lacune de faible importance.

Le refoulement, l'atrophie du poumon gauche, étaient la conséquence obligée et fatale de ces lésions, et cette altération pouvait d'ailleurs être déduite de l'absence de toute manifestation physiologique ou morbide de l'activité fonctionnelle soit normale, soit troublée, de cet organe.

Le diagnostic étiologique de ces lésions pleuro-pulmonaires ne présentait pas plus d'incertitude que le diagnostic anatomique lui-même.

Les caractères de la cicatrice consécutive à la blessure

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 125, p. 1225.

préscapulaire étaient tels que l'on pouvait affirmer, connaissant l'instrument qui l'avait produite, que ce dernier avait pénétré presque perpendiculairement à la paroi thoracique et à une profondeur de 6 ou 7 centimètres. Plèvre et poumon avaient été intéressés par conséquent. Comme il ne s'était pas fait d'hémorragie externe, il était certain qu'il y avait eu épanchement de sang intra-pleural : hémothorax gauche.

L'intervalle de temps écoulé entre la date de la blessure et le jour de notre examen conduisait à déduire la transformation séro-fibrineuse de l'épanchement sanguin.

Ainsi donc, diagnostics étiologique et pathogénique étaient tous deux extrêmement aisés en ce qui concerne la lésion pleuro-pulmonaire.

Il n'en était pas de même pour les modifications pathologiques survenues du côté du cœur.

Ici encore, on pouvait affirmer d'une façon catégorique et certaine la nature et le siège des lésions et leur degré. Mais leur origine, le mécanisme suivant lequel elles s'étaient effectuées, n'étaient pas d'une aussi claire évidence; et il était facile d'en donner une interprétation erronée, comme il nous est arrivé de le faire.

Les symptômes objectifs : examen de la matité, choc de la pointe du cœur et auscultation, permettront d'affirmer : 1° la présence de la pointe du cœur dans le quatrième espace intercostal droit, la base de l'organe se trouvant aux deuxièmes espaces intercostaux ; le cœur était donc déplacé ; 2° il existait en outre des signes très nets de rétrécissement aortique bien caractérisé et de l'insuffisance mitrale peu intense.

Quelle était la cause de cet état anormal ? S'agissait-il d'une malformation congénitale ou bien d'un déplacement accidentel du cœur sous l'influence des lésions pleurales du côté gauche ?

Pour nous rallier à la première de ces interprétations et nous éloigner de la deuxième, nous avons pris en considération les raisons suivantes. Si l'on admettait que le cœur avait été refoulé par l'épanchement intra-pleural, il fallait admettre que les organes de la région médiastinale avaient été refoulés en bas ou en dehors et que l'obstacle qu'ils opposaient à la marche du cœur vers la droite avait été surmonté, ce qui eût nécessité un effort trop considérable. En outre, on n'avait pas de raison pour considérer les lésions aortiques et mitrales comme accidentelles. On devait toujours admettre, à défaut de toute autre étiologie, l'origine congénitale pour ces lésions.

En tous cas, le diagnostic de dextrocardie par malformation congénitale était plus admissible que celui d'inversion acquise.

Par quel mécanisme a pu se produire ce refoulement du cœur, origine et cause de toutes les altérations cardiaques ?

Le récit du blessé prouve que les lésions, tant pleurales que cardiaques, ne se sont pas effectuées d'une façon absolument soudaine, quoique leur évolution ait été nettement aiguë. La dyspnée, en particulier, a été, dans les premiers temps, de moyenne intensité, et a été la conséquence de l'hémothorax exclusivement. Cet hémothorax a dû être, à en juger par le peu de dyspnée produite, d'abondance modérée. Mais à mesure que le liquide sanguin s'est transformé en épanchement séro-fibrineux, il s'est fait un travail inflammatoire du côté de la plèvre, et, conséquemment, un exsudat séro-fibrineux s'est ajouté au liquide hématique, augmentant progressivement la distension du thorax, le refoulement et la rétraction du poumon, et entraînant le déplacement du cœur vers la droite.

L'épanchement pleural était prédominant dans la région costo-diaphragmatique antérieure. L'effort mécanique exercé par lui sur le cœur a donc eu son maximum d'action au niveau de la pointe de cet organe. C'est par là que son déplacement a dû débuter. Son refoulement vers le bord gauche du sternum a dû être rapide et très facile. Rien ne s'opposait à ce mouvement, et la dilatation de la cavité thoracique droite due à l'amplitude excessive des mouvements respiratoires, a dû produire une sorte d'aspiration qui a ajouté son action au mouvement de refoulement imprimé par la pression de l'épanchement pleural.

Comme l'épanchement était en partie sous-jacent au cœur, le blessé restant couché, la poussée déterminée par lui devait agir non pas en ligne droite transversale, mais bien suivant une direction oblique d'arrière en avant et de gauche à droite. Mais le cœur est en outre fixé par sa base à un pédicule à peu près immobile. L'impulsion donnée par le liquide intra-pleural devait alors avoir pour effet un double mouvement : translation de gauche à droite ; et rotation autour de l'axe longitudinal de l'organe ou torsion du pédicule.

Dans ce double mouvement, le cœur est venu se buter contre les organes rétrosternaux et il a dû être arrêté là un certain temps. Ce n'est que par une augmentation sensible de la poussée pleurale que la pointe du cœur a pu se placer en avant de ces organes, et les refouler eux-mêmes vers la droite, puis les a dépassés même vers la même direction, en formant une espèce de dépression que nous avons trouvée à l'autopsie.

Le déplacement du cœur se trouve ainsi nettement expliqué.

Les mêmes faits permettent de comprendre l'existence du rétrécissement fonctionnel de l'orifice aortique et les symptômes objectifs par lesquels il se manifestait cliniquement. Le mouvement de torsion du pédicule a eu pour résultat de produire à l'émergence de l'aorte une coudure de ce vaisseau. Fixée dans le tissu conjonctif qui lui forme une gaine protectrice, l'aorte a suivi seulement par sa paroi antéro-externe le mouvement de rotation du cœur, sa paroi postérieure et externe restant à peu près immobile. Par suite, les deux parois se sont rapprochées l'une de l'autre et ont produit une sténose purement mécanique, immédiatement au-dessus de l'émergence cardiaque du vaisseau. La lumière en a été diminuée et il s'est produit les mêmes phénomènes physiologiques et des manifestations symptomatiques semblables à celles que l'on aurait observées avec un rétrécissement organique réel de l'orifice cardiaque lui-même.

Les lésions intrinsèques du cœur trouvent une interprétation très plausible dans les lésions précédentes auxquelles il convient d'ajouter encore la répercussion des troubles pulmonaires.

La sténose aortique a, d'une part, eu comme conséquence d'augmenter la pression de l'ondée sanguine venant du cœur, en s'opposant à son libre écoulement; d'où distension progressive et dilatation de la cavité cardiaque correspondante. En second lieu, l'augmentation de la tension de l'air dans le poumon, par le fait de la dyspnée, a exercé sur les capillaires pulmonaires une action de même ordre, et entraîné une élévation corrélative de la tension intravasculaire. La diminution de l'aire vasculaire de la petite circulation due à la suppression fonctionnelle du poumon gauche a

provoqué, de son côté, une augmentation de la tension vasculaire de ce système vasculaire. Par suite, le cœur droit a eu à surmonter une résistance de beaucoup supérieure à celle qu'il a normalement à combattre. De toute part, conséquemment, le cœur a eu à fournir un effort anormalement accru ; il n'a pas tardé à devenir insuffisant à sa tâche. Ses cavités se sont dilatées ; ses parois n'ont pas eu le temps de s'hypertrophier suffisamment pour résister à cette poussée en arrière et la dilatation du cœur s'est faite.

Ainsi s'expliquent l'augmentation de la capacité des cavités cardiaques et la dégénérescence commençante des fibres musculaires soumises à un surmenage suraigu. Ainsi s'expliquent encore l'altération de la valvule mitrale et le commencement d'insuffisance constaté à son niveau.

En somme, notre observation démontre la possibilité du refoulement du cœur vers la droite du sternum, sous l'influence de la poussée produite par un épanchement pleurétique gauche de son inversion à peu près complète et la production d'une dextrocardie accidentelle compatible avec l'existence.

Il n'est pas douteux en effet que si nous avions eu le temps de faire la thoracentèse, les accidents mortels auraient pu être prévenus, et la survie obtenue. La présence des adhérences fibrineuses montre que le cœur aurait été immobilisé dans sa nouvelle position, et même après l'évacuation du liquide. On aurait alors pu voir plus tard chez ce malade une dextrocardie définitive ayant une origine traumatique.

Obs. II (résumée). — Le 23 mai 1901, nous est amené un indigène ayant, trois jours auparavant, reçu trois coups de couteau, dont l'un avait pénétré dans la région chondro-costale gauche du troisième espace intercostal au huitième. Hémorragie légère, s'arrêtant par la production d'une syncope. Les plaies sont suturées par des indigènes avec des fils ordinaires, très sales, puis pansées avec un linge imbibé d'huile bouillante. Les trois premiers jours, le blessé a ressenti un malaise général avec sensation de faiblesse et de lassitude extrême et de fréquentes somnolences. Légère dyspnée sans oppression véritable.

Le jour de son entrée à l'hôpital on constate que les régions superficielles des plaies suppurent ; mais les plans profonds de la plaie thoracique sont cicatrisés ou du moins si intimement accolés que l'on ne peut introduire un stylet au delà du plan osseux, ni le faire pénétrer dans sa cavité pleurale.

L'exploration du thorax donne les signes suivants : matité de la région antérieure et latérale gauche jusqu'au deuxième espace intercostal. En arrière, matité jusqu'à l'épine de l'omoplate, submatité dans la fosse sous-épineuse, abolition des vibrations dans la zone mate, diminution dans la zone submate, exagération au sommet. Abolition du murmure vasculaire à la base, en arrière et en avant sur tout le thorax ; souffle dans les régions scapulaire et sous-scapulaire. Respiration rude au sommet. Voix jetonnée en avant, sauf dans le creux sus-claviculaire où existe de la bronchophonie. En arrière, égophonie à la base, bronchophonie et retentissement exagéré dans les fosses sous et sus-épineuse.

A droite, on constate une légère exagération de la sonorité dans la région claviculaire, vibrations un peu exagérées ; respiration rude et soufflante. En arrière, la base est normale ; le sommet présente les mêmes signes que la région claviculaire, mais moins intenses.

Cœur. — La pointe du cœur n'est perceptible au palper en aucun point. Le foyer du maximum des bruits est au niveau de l'appendice xyphoïde. Matité cardiaque confondue avec celle de la plèvre. A droite, elle est limitée depuis la deuxième côte droite (2 centimètres à droite du sternum) jusqu'à l'appendice xyphoïde par une ligne concave vers la gauche.

On n'entend rien dans la région précordiale normale. On n'entend les bruits qu'à droite du sternum : ils sont sourds, lointains, voilés. Parfois, ils sont accompagnés de frottements très nets à la région moyenne du cœur. Les foyers des maxima sont : l'appendice xyphoïde, à gauche de la fourchette sternale, à 2 centimètres à droite du deuxième espace intercostal et dans le cinquième espace intercostal un peu à droite du bord sternal.

Les symptômes de l'épanchement indiquaient que le liquide épanché était seulement en faible quantité. Aussi n'a-t-il pas été pratiqué de ponction.

Les fils sont enlevés. Lavage et nettoyage des plaies. Pansement antiseptique.

Les jours suivants augmentation graduelle de l'épanchement dont l'évacuation est rendue nécessaire et pratiquée le 28 mai. La ponction ne donnant pas de résultats, on pratique une ouverture du thorax au bistouri. L'incision est faite au niveau même de la blessure. Issue de trois litres de liquide hématique, rosé, avec flocons fibrineux et aseptique.

Les phénomènes morbides pulmonaires et cardiaques rétrocèdent. La plaie opératoire se rétrécit très rapidement. La cicatrisation était près d'être obtenue, lorsqu'au cours d'une visite faite au blessé par sa famille, les indigènes défont le pansement et le souillent en y ajoutant des substances à eux, beurre, etc. L'infection de la cavité pleurale est le résultat immédiat de cette manœuvre. Une pleurésie purulente se déclare le jour même, 7 juin, qui aboutit à la mort le 16 juin.

A l'autopsie on trouve les lésions de la pleurésie purulente à gauche. Le poumon gauche est refoulé dans l'angle costo-vertébral supérieur, réduit à une masse globuleuse de la grosseur du poing. Poumon droit : lésions d'emphysème superficiel et hémorragies interstitielles asphyxiques à la base.

Le cœur se trouve dans la situation constatée pendant la vie. La pointe est au niveau de l'appendice xyphoïde. Le bord gauche est sur le même plan que la ligne chondrosternale gauche qu'elle déborde un peu en dehors dans la partie supérieure. Le bord droit part de l'articulation chondro-costale droite de la troisième côte et suit la ligne formée par les articulations analogues pour aboutir à deux centimètres en dehors de l'extrémité inférieure du sternum. La base atteint le bord de la clavicule gauche, passe sous le sternum en s'inclinant en bas. Elle est bombée et sinueuse, et bien plus large que normalement. La face antérieure est fortement bombée, et le cœur très augmenté de volume tend à revêtir la forme globuleuse.

En ouvrant le péricarde on fait écouler 500 grammes environ d'un pus crémeux, épais, de même nature que le pus intra-pleural. Les deux feuillets de la séreuse sont tapissés d'un enduit fibrino-purulent jaune blanchâtre, parsemé de villosités dont quelques-unes établissent des adhérences assez molles entre les deux feuillets péricardiques. Cet exsudat existe surtout en avant et du côté gauche. En arrière, épaississement et congestion de la séreuse.

Dégénérescence diffuse du muscle cardiaque, cavités un peu dilatées, parois amincies. Aucune lésion valvulaire.

Le cœur a été déplacé exactement dans le sens latéral. La base est dans son état normal. Pas de torsion du pédicule.

Cette seconde observation permet de voir la première phase du déplacement du cœur vers la droite, et son refoulement dans le sens latéral exclusivement. La raison de ce fait réside dans la quantité même de l'épanchement et dans son siège. Inférieur à celui du premier blessé, cet épanche-

ment était localisé à la gauche du cœur, dont l'augmentation de volume dû à la péricardite avait empêché le liquide de séjourner en arrière de lui. Le cœur ne subissait donc de son fait aucune poussée antéro-postérieure, poussée nécessaire pour amener la torsion de l'organe autour de son pédicule.

Ces deux faits démontrent donc la possibilité de la dextrocardie acquise; ils montrent que cette dextrocardie, même lorsqu'elle s'effectue rapidement, — je ne dis pas soudainement comme dans les faits expérimentaux bien différents de ces cas, — est compatible avec l'existence, puisque la mort est survenue du fait de lésions ou de troubles indépendants de la modification survenue dans la situation et l'état du cœur.

Il est certain que ces faits sont rares. En effet, sur douze cas de plaies pénétrantes de poitrine du côté gauche, que nous avons observées en Algérie, et qui ont été suivies d'hémothorax simple ou d'hémothorax transformé en épanchement séreux, nous n'en avons pas constaté d'autres que les deux précédents.

Il est nécessaire, pour que le déplacement se produise, que le cœur soit très mobile dans la cavité thoracique, que le péricarde ne soit pas rattaché aux tissus ou organes voisins par aucune espèce d'adhérence, ce qui est relativement rare.

L'abondance de l'épanchement — condition nécessaire à la production de la dextrocardie — atteint rarement aussi le degré que nous avons observé dans les deux faits dont nous venons de rapporter l'histoire, surtout dans le premier cas.

Enfin il est des cas — les plus fréquents d'ailleurs — dans lesquels la lésion du poumon lui-même est trop grave pour permettre une survie assez longue pour rendre possible la réalisation de la dextrocardie.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(7 novembre 1902)

M. Jacquet continue avec succès le cours de ses recherches et de ses observations sur la **pelade**. Cette fois, en collaboration avec M. Gaumerais, il rapporte l'observation d'une malade — qu'il présente d'ailleurs à la Société — atteinte à la fois de maladie de Basedow et de pelade. D'abord apparurent chez cette femme des névralgies du côté gauche, puis survint du même côté une pelade en aires qui récidiva à plusieurs reprises. Après l'ablation de la dent de sagesse inférieure gauche, les névralgies et la pelade disparurent simultanément. C'est alors que l'on constata les signes du début du goitre exophtalmique. Ce qu'il faut retenir de ce fait, c'est l'association de la pelade et de la maladie de Basedow et la systématisation de l'une et de l'autre du même côté.

MM Vaquez et Ribierre, à propos de la récente communication de MM. Weil et Clerc, reviennent sur **la question des lymphocythémies aleucémiques**. Ils démontrent comment il est des cas d'adénopathie subaiguë ou chronique, de natures diverses, où le sang ne présente pas d'altérations quantitatives, en ce sens que les globules blancs et rouges conservent leur rapport normal, mais où cependant on peut rencontrer une modification qualitative extrêmement importante, caractérisée par une inversion presque totale de la formule leucocytaire, les lymphocytes formant jusqu'à 60 ou 80 pour 100 de la totalité des éléments blancs. Parfois l'adénopathie, lésion apparente, semble minime. Cependant, dans ces cas, la gravité de la maladie est extrême et se termine rapidement par la mort. C'est à ces cas que MM. Vaquez et Ribierre réservent le nom de lymphocythémie aleucémique, alors que MM. Weil et Clerc se demandent si on ne pourrait pas ranger les cas de cet ordre dans l'adénie de Trousseau. Or il semble, après lecture des observations disparates et très incomplètes de ce dernier auteur, que l'adénie ne correspond plus à aucune catégorie bien déterminée d'altérations des ganglions ou du sang et qu'il n'y a aucun intérêt à le faire revivre. Pinkus range cette entité morbide sous le nom de pseudo-leucémie, qui a déjà servi à caractériser d'autres faits. Il paraît donc plus rationnel de conserver la dénomination de lymphocythémie aleucémique qui se rapproche de la classification d'Ehrlich, ne préjuge rien de la nature de la maladie et qui rappelle que les modifications du sang ne résident pas exclusivement dans une augmentation absolue des leucocytes, mais souvent aussi dans une augmentation relative des éléments blancs, par rapport les uns aux autres.

M. Triboulet prend texte de la communication dernière de M. Babinski pour étudier les **réflexes tendineux dans les méningites cérébro-spinales** :

Les traités classiques déclarent que les réflexes sont tantôt normaux, tantôt abolis, tantôt exagérés. Il y aurait lieu de fixer dans quelles conditions cliniques on rencontre telle ou telle modalité. M. Babinski signale une observation dans laquelle, au bout d'un mois, les réflexes n'étaient pas abolis, bien que la fonction lombaire ait ramené un liquide trouble abondant.

Ce qui serait important, c'est de savoir ce qu'étaient les réflexes au début de l'affection.

M. Triboulet rapporte qu'il a justement observé une abolition des réflexes contemporaine du signe de Kernig, qui lui a permis de faire un diagnostic précoce, et il arriva que les réflexes, à deux reprises en quinze jours, ont reparu immédiatement après la ponction lombaire.

Il semble que l'exsudat rachidien influence les réflexes, et notamment en les supprimant, au début.

Il est possible que, à la longue, à l'inhibition initiale et transitoire succède l'accoutumance.

M. Babinski présente à la Société plusieurs malades à l'aide desquels il étudie l'**influence de la ponction lombaire sur le vertige voltaïque et sur certains troubles auriculaires**. Voici le résumé de cette intéressante communication, tel que M. Babinski nous l'a donné :

« Chez les malades dont le liquide céphalo-rachidien est en état d'hypertension, comme cela a lieu, par exemple, dans bien des cas de néoplasme intra-cranien, il faut généralement, pour obtenir le vertige voltaïque, employer un courant d'une intensité bien plus grande qu'à l'état normal; on peut dire que la *résistance au vertige voltaïque* est augmentée. Immédiatement après la soustraction d'une quantité de liquide plus ou moins grande, cette résistance diminue, parfois d'une manière notable. C'est là une particularité que j'ai déjà fait connaître.

Depuis, j'ai reconnu que la résistance au vertige voltaïque pouvait aussi diminuer, après ponction, chez des sujets qui ne présentaient pas d'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Cette constatation m'a conduit à me demander si la ponction rachidienne ne serait pas capable d'exercer une influence favorable sur certains troubles auriculaires. Or, l'observation de deux malades de mon service tend à venir à l'appui de cette hypothèse.

Dans un cas, il s'agit d'un homme qui, à la suite d'une chute, a une hémorragie de l'oreille gauche, est pris de vertiges et de bourdonnements d'oreille; à l'examen otoscopique pratiqué quelque temps après, on trouve une lésion du tympan; le courant électrique, quel qu'en soit le sens,

donne lieu à une inclinaison latérale de la tête à gauche, mais il faut un courant de 12 milliampères pour l'obtenir. Après la ponction rachidienne, il suffit d'un courant de 5 milliampères pour provoquer le vertige voltaïque, qui reste unilatéral, et depuis cette opération les troubles fonctionnels s'atténuent sensiblement.

Dans le deuxième cas, on a affaire à une jeune fille chez laquelle s'est développée en quelques jours une surdité complète à gauche, presque complète à droite, accompagnée de bourdonnements, qui semble due à une sclérose labyrinthique progressive. Là, encore, le vertige voltaïque est unilatéral ; l'inclinaison a toujours lieu du côté gauche. Après la ponction rachidienne, la résistance au vertige voltaïque diminue, l'inclinaison restant unilatérale, et du côté droit l'affaiblissement de l'ouïe, ainsi que les bourdonnements, s'atténuent d'une manière très manifeste. »

MM. P.-E. Launois et Émile Weil étudient **l'éosinophilie et le parasitisme vermineux chez l'homme.** On sait que la plupart des helminthiases s'accompagnent de modifications sanguines et provoquent de l'éosinophilie. A propos de plusieurs faits personnels de kystes hydatiques, dans lesquels la proportion des éosinophiles n'était pas augmentée, ces auteurs reprennent la question de la valeur séméiologique et de la pathogénie de ce symptôme. Ils rapportent, en outre, un fait de ladrerie, où l'éosinophilie, très nette (5 p. 100), disparut lors de la guérison des tumeurs ladriques. L'éosinophilie, symptôme premier de l'intoxication vermineuse, est souvent faible ou absente. Sa présence seule a une valeur diagnostique ; son absence ne saurait faire rejeter l'existence d'un parasite helminthique. Les données hématologiques demanderont d'ailleurs toujours à être interprétées.

MM. Achard et Grenet rapportent une observation de **parésie brachiale persistante après une méningite pneumococcique guérie.** La méningite fut observée à partir du cinquième jour et se traduisit par de la céphalalgie, de la brachialgie, de la fièvre, de la constipation, de la raideur de la nuque et par la présence du signe de Kernig. Au dixième jour apparut une hémiplégie gauche, qui diminua par la suite, mais en laissant comme trace de son passage une parésie légère mais persistante du membre supérieur ; ceci prouve que des paralysies tenaces peuvent être le reliquat de méningites guéries.

M. Simonin a eu l'heureuse idée de rechercher la **fréquence des déterminations pulmonaires des oreillons,** en compulsant 198 observations recueillies dans son service au Val-de-Grâce ; il a trouvé huit fois la mention de symptômes intéressant l'appareil respiratoire : laryngite, bronchite, congestion pulmonaire, pneumonie franche, pleurésie suppurée ; d'où il conclut qu'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence et que sans doute le pneumocoque est l'agent à peu près exclusif des déterminations bronchiques, pulmonaires ou pleurales chez les malades atteints d'oreillons, en vertu d'une véritable affinité entre les deux germes.

MÉDECINE PRATIQUE

Sur un signe de diagnostic précoce des attaques et des rechutes de rhumatisme articulaire aigu.

Le diagnostic précoce du rhumatisme articulaire aigu présente une importance capitale : la médication salicylée est, en effet, d'autant plus efficace qu'elle est instituée plus tôt ; elle abrège la durée de la maladie, en diminue l'intensité, et, si elle ne peut prévenir l'éclosion des lésions cardiaques, ces dernières, par suite de l'abréviation de la phase aiguë de la maladie, subissent ultérieurement une évolution moins sévère.

Pour faciliter ce diagnostic précoce, M. P. Achalme propose d'utiliser un signe nouveau qui consiste en une arythmie cardiaque passagère à caractères nettement tranchés, précédant les manifestations articulaires, qu'il s'agisse d'une attaque de rhumatisme aigu ou d'une rechute au cours de la convalescence de cette affection. Ce signe a déjà été noté par Graves dans une observation que reproduit M. Achalme (1) ; il a été assez souvent observé à la Pitié dans le service de M. Jaccoud, et il paraît se présenter toujours avec les mêmes caractères. Dans tous les cas il s'agit bien d'arythmie vraie, et non d'un pouls plurigéminé ; les groupes de pulsations sont inégaux comme nombre et sont séparés par des intervalles irréguliers. En outre, la parfaite synchronie qui existe entre le pouls et les contractions cardiaques écarte toute idée de faux-pas du cœur et de contraction à vide. Le nombre des pulsations diminue et oscille entre 50 et 60 à la minute ; en même temps, la force de la pulsation cardiaque est augmentée, parfois au point d'éveiller l'idée d'un véritable éréthisme myocardique. Et cependant, ces troubles restent inconscients : le malade ne se plaint pas de son cœur, il n'éprouve aucune palpitation, il ne perçoit pas son arythmie.

L'évolution de cette arythmie est également caractéristique. Elle débute brusquement et atteint d'emblée son maximum d'intensité ; elle diminue les jours suivants et dure, en total, de quarante-huit à soixante-douze heures. Elle est donc soudaine et passagère. Habituellement, elle a complètement disparu lorsque apparaissent la fièvre et les phénomènes articulaires.

Cette arythmie a-t-elle une valeur pronostique ? M. Achalme ne le croit pas, le symptôme ayant été observé aussi bien dans des cas légers que dans des cas graves. Pathogéniquement, elle exprime la souffrance de l'appareil neuro-musculaire du cœur : on doit donc admettre que, dans la période d'invasion de la maladie infectieuse, il existe une intoxication assez profonde pour agir sur le système nerveux cardiaque ou une lésion myocardique liée probablement à une localisation microbienne.

C'est à cette théorie que se rattache M. Achalme, et qu'il démontre par d'intéressantes expériences. Quoi qu'il en soit, il est important de savoir que, fréquemment, pendant une période presque latente pouvant devancer de trois à quatre jours l'explosion des phénomènes articulaires, l'agent pathogène a déjà envahi le myocarde, et que, d'autre part, en cas de rechute, c'est dans le myocarde que l'on peut observer les premiers symptômes du réveil de son activité. Ainsi le cœur devient le quartier général du micro-organisme agent du rhumatisme, ainsi s'explique le caractère de la localisation cardiaque du rhumatisme articulaire aigu.

L. B.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 17 AU 22 NOVEMBRE 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 17 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Terrier et Broca (Aug.) ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Walther et Legueu ; — (2e partie, 1re série) : MM. Brissaud, Dejerine et Bezançon ; — (2e série) : MM. Gaucher, Teissier et Legry ; — M. Rémy, suppléant.

MARDI 18 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Pozzi et Hartmann ; — (2e série) : Berger, de Lapersonne et Faure ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Hutinel et Renon ; — (2e série) : MM. Joffroy, Gilbert et Achard ; — M. Rémy, suppléant.

MERCREDI 19 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (oral, 2e partie), *Salle Béclard* : MM. Joffroy, Gaucher et Bezançon ; — M. Rémy, suppléant.

(1) *Arch. gén. de méd.*, sept. 1902, p. 257.

5e (2e partie), *Laënnec* : MM. Hayem, Landouzy et Legry ; — M. Cunéo, suppléant.

JEUDI 20 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Berger, Albarran et Hartmann.

4e, *Salle Richet* : Proust, Gilbert et Thoinot ; — M. Desgrez, suppléant.

VENDREDI 21 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* : MM. Terrier, Kirmisson et Broca (Aug.) ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Wallich et Potocki ; — M. Lepage, suppléant.

SAMEDI 22 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (oral, 1re partie), *Salle Richet* : MM. Pozzi, de Lapersonne et Potocki.

4e, *Salle Béclard* : MM. Pouchet, Chantemesse et Widal ; — M. Rémy, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin ; — M. Guiart, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpital des Enfants-Malades. — *Conférences de clinique infantile*, par le docteur G. Variot. — Ces conférences commenceront le mardi 11 novembre à dix heures et demie, salle Gillette, et continueront chaque mardi, à la même heure.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Marvaud, inspecteur et directeur du service de santé du 18e corps d'armée.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 128. — JEUDI 13 NOVEMBRE 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 13 NOVEMBRE 1902. — N° 128

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Gastropathies et entéropathies d'origine statique (1).

Par M. le docteur Gaston LYON,
Ancien chef de clinique médicale à la Faculté, assistant de consultation des hôpitaux.

VII

Troubles fonctionnels. — Il est malaisé de donner une description d'ensemble des troubles fonctionnels, s'appliquant à tous les cas; en effet, ces troubles varient suivant qu'il y a surtout compression gastrique, sans ptoses généralisées, suivant l'ancienneté et la gravité des ptoses, suivant le mode de réaction du sujet, etc.

Dans les cas de dislocation verticale peu marquée, sans entéroptose, sans obstacle très notable à l'évacuation de l'estomac, les troubles fonctionnels sont réduits au minimum.

Les malades éprouvent, surtout après les repas, quelques sensations de tension épigastrique avec oppression, palpitations, bouffées de chaleur au visage, etc. Ces troubles sont dus à la difficulté qu'éprouve l'estomac à se faire place au milieu des organes qui le compriment; il n'y a pas encore d'obstacle à l'évacuation; peut-être même l'estomac se vide-t-il plus rapidement qu'à l'état normal.

Il en est tout autrement, quand au déplacement vertical s'ajoute la dilatation par formation de la poche sous-pylorique et par suite la rétention, quand l'intestin, le foie, le rein sont ptosés.

M. Glénard distingue :

1° Des symptômes « choméliens » liés à l'atonie gastrique (flatulence, aigreurs, douleur épigastrique);

2° Des symptômes « neurasthéniques » liés à la diminution de la pression abdominale.

3° Des symptômes « vaporeux » liés à la constriction du corset (étouffements, angoisse, suffocations, bouffées de chaleur).

4° Des symptômes « mésogastriques » liés à l'entéroptose (pesanteur, plénitude, barre, creux, vide, délabrement, tiraillement, fringale).

Cette division pathogénique nous paraît quelque peu schematique. Il est certain que les différents troubles, accusés par les malades atteints de ptoses, ne relèvent pas tous de la même cause, les uns sont d'origine purement mécanique, les autres dus aux viciations du chimisme gastrique, d'autres, enfin, à la dénutrition et à la souffrance du système nerveux. En somme, il y a lieu de distinguer des troubles locaux : gastriques, intestinaux, des phénomènes douloureux d'origine mécanique, des troubles généraux intéressant le système nerveux, la nutrition.

1° TROUBLES GASTRIQUES. — A la sensation de plénitude, de tension épigastrique du début, plus gênante que douloureuse, s'ajoutent d'autres troubles fonctionnels, lorsque l'affection s'aggrave, c'est-à-dire lorsque l'estomac commence à fléchir et que la rétention entre en scène. L'obstacle à l'évacuation se traduit par des douleurs, des crampes, des sensations pénibles de serrement à l'épigastre et dans l'hypocondre qui se produisent habituellement plusieurs heures après le repas; ces crampes paraissent bien dues à la contraction musculaire de l'estomac.

Le tableau est plus complexe encore quand la gastrite, conséquence de la rétention, s'est installée. Alors, immédiatement après le repas, se produisent de la flatulence, du pyrosis, des régurgitations acides, parfois des vomissements. Dans quelques cas, d'ailleurs très rares, on a signalé des vomissements très abondants de bile. Une malade de M. E. Weill (de Lyon) vomissait près de deux litres de bile par jour. Le reflux permanent de la bile dans l'estomac s'explique par la dislocation de la première partie du duodénum poussée si loin que l'orifice du cholédoque se trouve au niveau de la partie coudée et que la bile a plus de tendance à refluer vers l'estomac qu'à s'écouler dans l'intestin. Dans le cas de M. Weill, le vomissement bilieux cessa avec l'application de la sangle... *naturam morborum curationes ostendunt* !

En dépit de la lenteur, de la gêne des digestions, l'appétit reste bon pendant fort longtemps; souvent même une frin-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 126, p. 1233.

gale se manifeste vers le milieu de la journée. Si nombre de malades s'alimentent d'une façon insuffisante, c'est moins parce que l'appétit leur fait défaut que par la crainte d'augmenter leurs malaises, en imposant à l'estomac un travail au-dessus de ses forces. Cependant, dans un certain nombre de cas l'appétit disparaît, par suite des progrès de la gastrite concomitante. Certains aliments, certaines boissons sont particulièrement mal supportés ; M. Glénard insiste sur l'intolérance pour le lait qui serait presque pathognomonique. Pour notre part, si nous avons souvent constaté cette intolérance qui est réelle, nous avons aussi noté l'intolérance pour les graisses, pour le pain, pour les légumes verts, etc., pour tout ce qui fermente dans l'estomac ou y laisse des résidus abondants, et nous croyons bien plutôt que l'intolérance est due non à la ptose elle-même, mais à la gastrite qui la complique.

Fait capital, la plupart de ces malaises, tout au moins ceux qui sont liés directement à la dislocation de l'estomac, disparaissent quand les malades sont alités ou tout au moins dans le décubitus horizontal. Dans ces conditions la sensation de resserrement, la douleur tardive cessent; il en est de même si l'on fait l'épreuve de la sangle, c'est-à-dire, si le malade étant debout, le médecin placé derrière lui relève la masse intestinale avec les mains entrecroisées, appliquées au-dessus de la symphyse et formant une sorte de sangle. L'effet est immédiat et saisissant. La contre-épreuve est non moins probante.

2° Troubles intestinaux. — La constipation est le phénomène dominant; elle est d'autant plus marquée et opiniâtre que l'entéroptose est plus ancienne. Il n'est pas rare de voir des malades rester cinq, six jours et plus sans évacuation. Les matières, dans ces conditions, se présentent sous l'aspect de billes, de scybales. Souvent aussi existe le syndrome de l'entéro-colite muco-membraneuse, les malades expulsant des mucosités ou des membranes rubanées, tubulaires, avec les douleurs habituelles dans ces cas. Lorsque la diarrhée apparaît, c'est que le malade a irrité son intestin par des purgatifs répétés ou bien encore que la rétention stercorale a provoqué une entérite secondaire. La constipation est due, en grande partie, à l'obstacle mécanique, à la coudure du côlon et sans doute aussi à la contraction spasmodique réflexe de l'intestin.

De même qu'il existe des douleurs gastriques, et pour les mêmes causes, existent des douleurs intestinales : douleurs sourdes permanentes, douleurs plus aiguës paroxystiques. Comme les douleurs gastriques, elles sont amendées également par le décubitus et le port d'une ceinture.

Signalons comme troubles accessoires les hémorroïdes, le ténesme anal, etc.

3° Phénomènes douloureux. — L'abaissement des viscères abdominaux, les tiraillements des filets des plexus nerveux a pour conséquence toute une série de phénomènes douloureux dont l'origine mécanique n'est pas douteuse, car les phénomènes disparaissent, eux aussi, par le repos au lit.

Pendant la marche les malades accusent une sensation de poids dans le bas-ventre; ils sentent très bien que leur ventre tombe comme une masse trop lourde, qui aurait besoin d'être suspendue. Ils souffrent non seulement dans le bas-ventre, mais encore dans les cuisses, dans le dos, dans la région lombaire.

4° Troubles nerveux. — Les troubles nerveux sont multiples et se confondent avec ceux que l'on décrit chez les neurasthéniques : sous l'influence continue des souffrances continuelles, de l'affaiblissement causé par l'insuffisance de l'alimentation, des préoccupations engendrées par l'impossibilité de se livrer à l'exercice régulier d'une profession, de la marche, probablement aussi sous l'influence de l'excitation déterminée dans la sphère du sympathique par les tiraillements de filets nerveux se développe peu à peu un état neurasthénique très grave et très rebelle, d'autant plus accusé chez les névropathes héréditaires.

Le sommeil devient mauvais, insuffisamment réparateur. Le malade lent à s'endormir se réveille plusieurs fois la nuit, en tous cas est souvent réveillé à heure fixe vers deux ou trois heures du matin et ne se rendort qu'au petit jour, brisé de fatigue. D'ailleurs son sommeil est troublé par des rêves, des cauchemars. L'insuffisance du sommeil est, à elle seule, une cause puissante d'inaptitude au travail.

Levé, le malade est en proie à des vertiges, parfois même exposé à des lipothymies subites; il éprouve des troubles vaso-moteurs et circulatoires : congestion du visage après les repas, refroidissement des extrémités, ralentissement et faiblesse du pouls; des troubles respiratoires : une sorte de difficulté à obtenir une inspiration complète et profonde.

La céphalée est fréquente (céphalée en casque, etc.). La mémoire s'affaiblit, le caractère se modifie et le malade devient sombre, irritable. Il est sans cesse obsédé par l'idée de combattre sa constipation et devient pharmacomane.

Il est à remarquer d'ailleurs que, chez certains malades, les phénomènes neurasthéniques sont primitifs et que l'entéroptose, par suite de la rétraction habituelle de l'intestin et de la constipation, est la conséquence, non la cause des troubles nerveux. Nous avons admis parmi les causes l'influence de la dyspepsie nerveuse grave qui ne nous paraît pas contestable. Nous accordons d'ailleurs que l'interprétation des faits est bien délicate, que l'enchaînement des troubles morbides peut échapper au médecin lorsque celui-ci, ce qui est le cas ordinaire, n'a pu suivre le malade depuis le début des accidents et se trouve réduit à faire foie sur les commémoratifs pour motiver son appréciation.

Aux troubles nerveux précités il convient encore d'ajouter des névralgies multiples (intercostales, sous-diaphragmatiques, lombaires, etc.), une sensation d'asthénie qui rend la marche difficile, indépendamment de l'obstacle à elle apporté par le prolapsus.

5° Troubles de la nutrition. — Les troubles de la nutrition relèvent probablement de causes complexes : insuffisance de l'alimentation, influence trophique, etc. Quoi qu'il en soit l'amaigrissement est la règle dans les formes graves et anciennes.

Si certaines femmes, devenues entéroptosiques, à la suite de grossesses multipliées, gardent leur embonpoint, il n'en est pas de même dans les cas de ptoses d'origine nerveuse, notamment chez celles qui s'observent chez l'homme. L'amaigrissement dans ces cas est porté à l'extrême, amaigrissement généralisé et non limité à la sphère abdominale. L'analyse des urines décèle la dénutrition ; on constate souvent la phosphaturie, etc.

VIII

Marche. Durée. Terminaison. — L'entéroptose n'est pas une maladie à cycle défini. C'est une affection à début insidieux, à marche essentiellement chronique et qui ne présente aucune tendance à la régression spontanée.

Les divers troubles qui constituent le syndrome morbide ne s'installent pas d'emblée; il faut en général plusieurs années pour que ce syndrome se complète. Les troubles locaux ouvrent la scène, puis viennent les phénomènes généraux. D'ailleurs le début, la marche varient suivant la nature de la cause. Dans les ptoses liées à la grossesse, la maladie peut être constituée dès la première grossesse, ou bien s'aggraver par étape, à chaque grossesse ultérieure. Dans les ptoses de cause générale qui paraissent dues à une sorte de prédisposition native, la maladie commence à se manifester lors de l'adolescence et poursuit son cours avec des rémissions plus ou moins marquées, si le sujet est soumis à un traitement sévère et prolongé.

Si les ptoses ne sont pas curables spontanément, tout au moins peut-on en faire disparaître les principaux symptômes par des moyens appropriés et obtenir la « guérison clinique », surtout dans les cas où tout se réduit à des troubles locaux. Beaucoup de femmes, entéroptosiques par grossesse, conservent une santé satisfaisante et sont plutôt des infirmes que des malades; de même la dislocation verticale par compression du corset peut cesser de déterminer des troubles lorsqu'elle est traitée dès le début et ne se complique pas de ptoses généralisées. On peut même obtenir des modifications très appréciables de l'état général, dans les formes graves avec troubles nerveux et dénutrition, grâce à la cure de repos prolongée, à la suralimentation, aux moyens physiques de relèvement du système nerveux. En tout cas, même dans les cas rebelles, il ne saurait être question de terminaison fatale. Il semble même qu'avec l'âge la souffrance du système nerveux devient moins accusée, que les malades s'accommodent plus aisément de leur infirmité. M. Glénard suppose qu'il s'établit une nouvelle statique abdominale, permettant une activité suffisante des fonctions digestives.

IX

Pronostic. — Le pronostic ressort de ce qui vient d'être dit.

Si la guérison clinique est relativement facile à obtenir dans nombre de cas, il n'en est pas moins vrai que les prolapsus persistent et que tous les troubles fonctionnels réapparaissent si la sangle est supprimée. On peut, il est vrai, favoriser le soutènement de la masse abdominale en provoquant l'engraissement par une alimentation judicieuse.

Le pronostic est toujours sombre dans les formes compliquées de troubles généraux de la nutrition, en raison de la difficulté du traitement. Il est vrai que la terminaison fatale n'a pas été signalée, mais la déchéance des malades est une cause d'aggravation des maladies intercurrentes.

X

Diagnostic. — « Il existe, a dit M. Glénard, une espèce morbide que l'on doit désigner sous le nom d'entéroptose, et dans laquelle rentrent une foule de maladies actuellement désignées sous le nom de dyspepsie, de névropathie, de neurasthénie, maladie d'estomac, maladie d'intestin, affection utérine. »

Cette définition a le mérite de rappeler les principales affections avec lesquelles peuvent être confondus les désordres provoqués par les ptoses. Il est certain qu'en l'absence d'un examen méthodique on peut être exposé à l'erreur, à la confusion avec les gastrites, avec les névroses primitives, avec les troubles liés aux affections utéro-ovariennes, etc. Nous ne nous attarderons pas à la discussion du diagnostic différentiel. Pour reconnaître les ptoses, il faut y songer, et l'on est amené à y songer par la recherche des causes qui ont provoqué les troubles morbides.

Quand, chez une jeune fille d'aspect anémique et avouant qu'elle se comprime la taille; quand, chez une femme mariée ayant eu plusieurs enfants et à ventre manifestement flasque; quand, chez un sujet des deux sexes, de tempérament nerveux, de maigreur très accusée, présentant tous les signes d'une asthénie profonde, on constate les différents troubles fonctionnels que nous avons énumérés, notamment les douleurs gastriques tardives, la constipation opiniâtre, la sensation douloureuse de poids, si caractéristique dans la station debout, etc., on est conduit à soupçonner l'existence des ptoses; on s'attache d'autant plus à cette hypothèse que l'on ne relèvera pas dans les antécédents des écarts de régime, les abus d'alcool, de tabac, le surmenage physique ou intellectuel que l'on retrouve habituellement à l'origine des gastropathies habituelles. L'absence de ces causes, le résultat négatif de l'interrogatoire à cet égard, est particulièrement significatif. Chez la femme notamment, où les gastropathies de cause alimentaire sont rares, un ensemble de troubles morbides analogues à ceux que nous avons décrits doit mettre sur la piste du diagnostic.

On procédera donc à l'examen du thorax, à l'exploration méthodique des organes abdominaux, sans négliger d'employer l'insufflation, dont le manuel opératoire est des plus simples et dont les résultats sont des plus précis.

Constatons que des ptoses très accentuées ne donnent pour ainsi dire lieu à aucun trouble fonctionnel et ne sont découvertes que par hasard; il semble donc que la part de la prédisposition névropathique soit très grande dans la production des troubles réactionnels.

Le diagnostic devient malaisé, dans les cas de ptoses déjà anciennes, avec dilatation gastrique et stase par formation de poche sous-pylorique. On est embarrassé pour se prononcer entre une dyspepsie hyperchlorhydrique avec dilatation ou encore une sténose incomplète du pylore et la ptose gastrique. Les commémoratifs, les renseignements donnés par l'insufflation, l-s résultats du traitement (soulagement immédiat, sinon absolu, par le port de la sangle) permettront en général de trancher la question.

XI

Traitement. — Si le traitement ne peut être que palliatif, il n'en apporte pas moins un soulagement très appréciable dans les cas graves et compliqués, une guérison « apparente » dans les cas récents de dislocation gastrique, sans ptoses intestinales et rénales.

Un mot d'abord de la PROPHYLAXIE. Chez les sujets jeunes, débiles, notamment chez les jeunes filles à tendance anémique, prédisposées aux ptoses, on emploiera tous les moyens propres à combattre la faiblesse congénitale des tissus, c'est-à-dire les ablutions froides, les frictions, la gymnastique suédoise, le massage, la vie au grand air, une alimentation substantielle. D'autre part, on surveillera la jeune fille à l'époque où elle adopte le corset. Celui-ci devra être souple, fait sur mesure et disposé de telle sorte que la taille ne soit comprimée en aucune façon. Chez la femme, après l'accouchement, on imposera un repos au lit d'une durée suffisante et l'on maintiendra l'abdomen sanglé pendant la durée de la rétraction utérine.

Les MOYENS CURATIFS à employer sont multiples; mais l'in-

dication essentielle est de procurer une sédation immédiate par le repos au lit, d'assurer ensuite un point d'appui à l'estomac et à l'intestin, quand les malades se lèvent, de relever par une sangle la masse des viscères abdominaux, de façon à supprimer les douleurs et les sensations pénibles de poids, à faciliter l'évacuation de l'estomac et le cours des matières intestinales; de supprimer, dans tous les cas, le corset, même quand il n'est pas la cause première des accidents et de le remplacer par une simple ceinture souple, à laquelle pourront être fixés les jupons.

Il faut encore favoriser l'évacuation de l'estomac en prescrivant un régime approprié, laissant un minimum de résidus; en réveillant sa tonicité par le massage, peut-être aussi par l'électrisation; celle de l'intestin exclusivement à l'aide des moyens doux (lavements, laxatifs non irritants). Enfin, on doit se préoccuper de modifier l'état général, de combattre les troubles nerveux et la dénutrition, particulièrement dans les cas de ptose de cause générale. Ici encore les moyens physiques jouent un rôle prédominant : hydrothérapie, repos au grand air, etc.

Le *repos au lit* est le moyen à employer en premier lieu pour procurer un soulagement immédiat aux malades qui souffrent continuellement et qui sont atteints de troubles neurasthéniques accentués. D'ailleurs beaucoup de malades y ont recours instinctivement. Ceux qui n'y avaient pas eu recours encore, sont frappés de la détente qui se produit rapidement dans leur état; ils reprennent courage et ne se considèrent plus comment irrémédiablement atteints. Nous considérons donc ce traitement préliminaire comme rigoureusement indispensable dans l'entéroptose proprement dite, accompagnée de troubles nerveux graves. Il ne faut pas hésiter à le prolonger pendant plusieurs semaines, s'il y a lieu. On utilisera d'ailleurs cette période de repos absolu pour instituer une suralimentation progressive chez ceux qui avaient restreint leur alimentation au point de n'absorber quotidiennement que deux ou trois verres de lait et deux potages (ainsi qu'il est fréquent de l'observer); pour les soumettre aux pratiques du massage.

Lorsqu'on permet aux malades de se lever, il n'en faut pas moins leur recommander de *s'étendre dans le décubitus horizontal, pendant une heure au moins, après chaque repas*, attitude qui supprime les phénomènes douloureux déterminés par l'estomac distendu et favorise son évacuation. Il va sans dire qu'aucun corset, qu'aucune ceinture thoracique même, ne gênera l'expansion de l'estomac pendant la période digestive.

M. Bouveret conseille de remplacer le corset par une sorte de ceinture sous-mammaire comparable à la brassière des jeunes enfants, maintenue par des bretelles qui passent sur les épaules, ceinture à laquelle sont fixées les diverses pièces du vêtement; on a proposé dans ces dernières années l'emploi de corsets-ceintures dont la partie antérieure exclusivement sous-ombilicale relève la masse intestinale, à la manière de la sangle de Glénard. Toutefois, rien ne peut remplacer la *sangle de Glénard*, qui procure aux malades un soulagement tel que la plupart ne peuvent la quitter, même un instant. Cette ceinture, ainsi que nous l'avons dit, relève tous les organes prolabés, augmente la tension de la cavité abdominale et répond par conséquent d'une façon parfaite aux indications essentielles qu'elle doit remplir.

Elle est constituée par une bande de tissu élastique à bords parallèles, s'appliquant sur la région hypogastrique et prenant son point d'appui sur les hanches. Elle est haute de 14 à 15 centimètres environ et de longueur variable suivant les sujets. Elle se termine en arrière, d'un côté par trois bandelettes formant courroie, de tissu non élastique, de l'autre côté par trois boucles où l'on fixe les bandelettes.

Cette ceinture doit être appliquée immédiatement au-dessus du pubis, de façon que son bord supérieur ne dépasse pas la crête iliaque de plus de deux travers de doigt. On boucle l'une après l'autre chaque bandelette, en commençant par l'inférieure.

Pour empêcher la ceinture de remonter on la complète habituellement par des tubes de caoutchouc (sous-cuisses) qui passent dans les plis inguinaux, contournent les cuisses et se fixent en arrière. Lorsque les ptoses sont compliquées de déplacement du rein, on peut compléter la sangle par l'adjonction d'une pelote destinée à maintenir le rein, bien que la ceinture, à elle seule, puisse le soutenir. D'autre part, si le ventre est excavé, ce qui arrive fréquemment, particulièrement chez l'homme, il est utile d'ajouter à la sangle une pelote médiane, assez large, plus épaisse en bas qu'en haut, qui refoule et comprime plus efficacement la paroi antérieure de l'abdomen.

Le *régime alimentaire* doit être l'objet de soins particuliers. Le régime doit être mixte; il importe surtout que les aliments soient introduits très divisés et dépouillés de tous les débris celluleux, fibreux, etc., qui ne peuvent être utilisés par l'estomac et encombrent cet organe; il importe d'autre part que les aliments aient une consistance molle ou demi-molle. Le régime se composera donc surtout de bouillies, d'œufs, de pâtes, de purées, de crèmes, de fromages mous, de poissons bouillis, de cervelles, ris de veau, de viande cuite et pulpée. Nous prescrivons également la viande crue qui à son état d'extrême division joint le mérite d'être un tonique de premier ordre. Il ne suffit pas de donner les indications relatives au choix des aliments, il faut encore amener les malades qui avaient restreint à l'excès leur alimentation, à reprendre un régime normal. Beaucoup d'entre eux, névropathes endurcis, sont atteints d'une véritable anorexie d'origine psychique; refusent de s'alimenter dans la crainte d'entretenir ou d'augmenter leurs souffrances continuelles. Aussi le repos au lit est-il doublement indispensable chez eux, car il rend possible la suralimentation progressive à laquelle le médecin apportera tous ses soins. Nous avons pu, après huit jours seulement de traitement, faire absorber, à une dame, six œufs, 1 litre de lait, deux bouillies, 200 grammes de viande crue pulpée, de la cervelle; alors que son régime habituel depuis trois ans se composait de deux petits potages et de trois verres de lait.

La suralimentation a une double influence : locale, en permettant l'engraissement et notamment « l'engraissement abdominal » qui renforce la tension de l'abdomen; générale, en relevant les forces et influençant par suite le système nerveux.

Le *massage* est un moyen précieux dans les cas de ptoses. Dans les cas récents, où la dislocation verticale est seule en cause, il nous a paru avoir une influence curative incontestable; dans les cas anciens et compliqués, il produit toujours un soulagement manifeste.

Le massage, dont nous ne pouvons indiquer ici la technique, exerce une action mécanique en favorisant l'évacuation de l'estomac; de plus une action trophique, en réveillant la tonicité de la musculature gastrique.

Dans quelques cas, si la poche sous-pylorique est consi-

dérable et s'il existe de la stase alimentaire, on peut être conduit à pratiquer quelques *lavages de l'estomac*, mais il faudra toujours être réservé sur l'emploi de ce moyen, dont l'usage répété peut amener une dénutrition rapide.

Pour combattre la constipation, on aura recours de préférence aux *lavements* d'un litre administrés, au moyen du bock et de la canule à entéroclyse, le malade étant dans le décubitus horizontal (Kussmaul, Fleiner), ou mieux encore aux *lavements d'huile pure* tiédie au bain marie, à la dose de 100 à 150 grammes, administrés le soir à l'aide d'une poire ou d'une seringue. On alternera l'emploi de ces moyens avec celui des graines de lin ou de psyllium et de l'huile de ricin à petites doses (une à deux cuillerées à café). Aucun autre laxatif ne nous paraît recommandable. Il importe de se rappeler que la catégorie des malades atteints de ptoses est celle qui fait le plus abus des purgatifs de toute sorte; les malades superposent ainsi à l'affection primitive une gastro-entérite médicamenteuse.

Les différents modes d'*électrothérapie* ont été appliqués au traitement de la gastroptose. Leur efficacité n'est pas encore complètement établie.

Le traitement général est un complément indispensable du traitement local des ptoses, surtout dans les cas d'entéroptose. Il convient de suralimenter les malades, ainsi qu'il a été dit. D'autre part, le repos au lit, puis le repos au grand air, de préférence à une attitude modérée (1000 mètres), contribuent puissamment à modifier l'état neurasthénique. Les pratiques hydrothérapiques, notamment l'*enveloppement dans le drap mouillé*, d'une application facile, combattent l'asthénie. Il est utile également d'administrer la *lécithine*; le *cacodylate de soude*, en injections sous-cutanées; mais on se gardera d'administrer par la bouche des médicaments irritants: fer, arsenic, quinquina.

Une cure aux eaux indifférentes, telles que *Luxeuil*, *Plombières*, *Néris*, etc., peut exercer une influence favorable sur l'état nerveux, mais n'a, cela va sans dire, aucune action directe sur les troubles statiques.

Tel est le traitement rationnel des ptoses. M. Glénard est partisan de l'emploi quotidien des purgatifs salins; et fait prendre chaque matin 5 à 10 grammes de sulfate de soude et 3 à 5 grammes de sulfate de magnésie. Cette pratique est des moins recommandables. L'usage répété des purgatifs salins augmente la constipation, bien loin de la combattre, et détermine d'autre part une irritation manifeste de la muqueuse gastrique. D'ailleurs l'emploi des purgatifs, en général, est contre-indiqué, dans une affection où la constipation est surtout d'origine mécanique.

En somme, si l'on ne peut se flatter de rétablir dans son intégrité l'équilibre statique des viscères abdominaux, par l'emploi des moyens qui viennent d'être indiqués, il n'en est pas moins vrai qu'à la plupart des malades, surtout à ceux dont la maladie ne remonte pas à une date trop reculée, on peut assurer une existence très supportable, exempte des troubles fonctionnels les plus pénibles. Ils peuvent s'alimenter d'une façon suffisante, marcher sans ressentir les douleurs qu'ils éprouvaient; ils reprennent de l'embonpoint, condition favorable, ainsi qu'il a été dit, au soutènement des différents viscères abdominaux.

Peut-on faire plus et rétablir définitivement l'équilibre statique au moyen d'une *intervention chirurgicale?*

Quelques interventions chirurgicales ont été pratiquées, soit dans des cas de dislocation verticale sans ptoses généralisées, soit même dans des cas de ptoses multiples.

M. Duret (de Lille), le premier, a proposé et pratiqué la fixation de l'estomac à la paroi abdominale, c'est-à-dire la gastropexie (1895); ce chirurgien a proposé également l'entéropexie du côlon transverse pour remédier au prolapsus de la masse intestinale.

MM. Terrier et Hartmann ont pratiqué une gastrorraphie combinée à une gastropexie à la voûte diaphragmatique pour une dilatation avec dislocation verticale de l'estomac et les résultats ont été excellents.

M. Vautrin (Congrès français de chirurgie, 1901) a relaté une intervention analogue.

Jusqu'ici, en somme, les interventions ont été très rares et les indications opératoires nous paraissent devoir être très limitées. Admissible pour les cas de dislocation verticale très marquée, avec dilatation sous-pylorique et stase, avec obstacle considérable à l'évacuation et cachexie menaçante, l'intervention chirurgicale ne peut se justifier dans les cas de ptoses généralisées, de cause générale, avec atonie de tous les tissus, relâchement de la paroi abdominale. A ce syndrome morbide convient seul le traitement médical, qui, bien suivi et poursuivi avec persévérance, apportera sinon la guérison, du moins un soulagement très appréciable, sans faire courir au malade l'aléa d'une opération qui n'est pas exempte de dangers.

Ces considérations visent également les opérations pratiquées sur le rein et le foie (néphropexie, hépatopexie) dans les cas de ptoses généralisées. On a renoncé aujourd'hui à pratiquer des interventions dont le bénéfice pour les malades n'était rien moins que douteux.

Bibliographie. — Chapotot. *L'estomac et le corset*, Th. de Lyon, 1891. — Fromont. *Contribution à l'étude anatomo-topographique de la partie sous-diaphragmatique du tube digestif*, Th. de Lille, 1890. — Glénard. Exposé sommaire et traitement de l'entéroptose, *Lyon méd.*, 1887; — *Des ptoses viscérales*, Paris, 1899. — Mauclaire et Mouchet. Forme et moyens de fixité du côlon transverse, Soc. anat., 31 juillet 1896. — Meltzing. Enteroptose und intra-abdominaler Druck., *Arch. f. verd. Krank.*, 1898. — Monteuus. *L'entéroptose ou maladie de Glénard*, Paris 1894. — Schwerdt. Enteroptose und intra-abdominale, Druck, *Deuts. med. Wochens.*, 1896. — Guillemot. *De l'estomac biloculaire*, Th. de Paris, 1899. — Perret. *Estomac biloculaire*, Th. de Lyon, 1896. — Bouveret. *Traité des maladies de l'estomac*, Paris 1893. — Mme Tylirka. Th. de Paris, 1898. — Dickinson. The corset. Questions of pressure and displacement, *The New-York med. Journ.*, 1887. — Kelling. Pression intra-abdominale, *Volkmann's Samml. klin. Vortr.*, n° 144. — Schwerdt. Entéroptose et pression intra-abdominale, *Deuts. med. Wochens.*, 1896. — Hertz. *Anomalies de forme et de situation des organes abdominaux*, Berlin 1894. — Cuilleret. Etude clinique sur l'entéroptose ou maladie de Glénard, *Gaz. des hôpit.*, 1888, n° 109. — Bouveret. La palpation de l'estomac. *Revue de clin. et de thérap.*, 17 mai 1893. — Obrastzow. Zur physik. Untersuchung der Magens und des Darms, *Deuts. Arch. f. klin. Med*, vol. 48, 1898. — Kaplan. *Contribution à l'étude de l'entéroptose* Th. de Paris, mars 1889. — Cseri. Die klinischen Untersuchungs Methoden bei Magenkrankheiten, *Wien. Klin.*, juin 1892. — Trastour. *Les déséquilibrés du ventre; entéroptosiques et dilatés*, Paris 1892. — Faure. *L'appareil suspenseur du foie, l'hépatoptose et l'hépatopexie*, Th. de Paris, 1892. — Ewald. Entéroptose et rein mobile, *Berl. klin. Wochens.*, 24 et 31 mars 1890. — Poltawicz. *Contribution à l'étude de la maladie de Glénard*, Th. de Lausanne, 1892. — Heryng et Reichmann. Ueber electrische Magen und Darm Durchleuchtung, *Therap. Monats.*, mars 1892. — Vautrin. XIVe Cong. franç.

de chir., oct. 1901. — STILLER. Contribution à l'étude de l'entéroptose et de son signe costal, *Deuts. med. Wochens.*, 22 et 29 mai 1902. — DURET. De la gastropexie, *Revue de chir.*, 1896, p. 421.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(10 NOVEMBRE 1902)

La séance publique a duré à peine trois quarts d'heure, le temps d'entendre trois rapports, sur les prix Buignet, Amussat et Herpin; puis la Compagnie s'est formée en comité secret pour procéder au choix des places que les membres doivent occuper dans la nouvelle Académie.

Espérons que les excellents rapports qui ont toujours existé, dans ce vieux local de la rue des Saints-Pères, entre les membres de l'Académie et les membres de la Presse resteront aussi bons dans l'avenir, mais ils seront forcément moins intimes, la Presse devant être reléguée dans une tribune spéciale. Quelques-uns d'entre nous avaient même l'avantage d'occuper de vrais fauteuils, si bien qu'ils pouvaient parfois se faire l'illusion d'être de la maison. Cette illusion ne leur sera plus jamais permise et les hauteurs même où ils siégeront leur rappelleront les distances.

L'Académie a reçu les lettres de candidature de M. le professeur Brissaud, dans la section de pathologie interne, et de M. Jullien, dans celle des associés libres.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

DU 6 NOVEMBRE 1902

Dans une des précédentes séances, M. Babinski a analysé les troubles de l'équilibre provoqués par des lésions cérébelleuses, c'est-à-dire **perte de l'équilibre cinétique**, persistance de l'équilibre statique. Aujourd'hui il essaie de pénétrer le mécanisme intime de cet équilibre cinétique et voici l'hypothèse qui lui paraît la plus vraisemblable. L'équilibre cinétique ne peut être réalisé que par une série de mouvements volontaires d'exécution rapide et dont le danseur de corde offre un exemple typique ; or il a remarqué que chez les malades atteints d'asynergie cérébelleuse, les mouvements volontaires tels que la pronation et la supination de la main se font avec lenteur; cette fonction d'exécution rapide des mouvements volontaires appartiendrait au cervelet, puisqu'elle est troublée dans les maladies qui atteignent cet organe ou ses fibres de connexion (tumeur, sclérose en plaques), et comme conséquence surviendrait la perte de l'équilibre cinétique.

M. le professeur Brissaud présente un malade d'un très grand intérêt clinique. C'est un homme offrant la symptomatologie de la sclérose en plaques. Or son frère est mort il y a quelques années, dans le service du professeur Brissaud, avec une symptomatologie tout à fait comparable. S'agit-il donc ici d'une **sclérose en plaques familiale?** Cette question de la sclérose en plaques familiale a été étudiée par MM. Cestan et Guillain qui, montrant l'absence d'autopsies malgré la fréquence des cas de sclérose en plaques vraies isolées, avaient conclu qu'en réalité la sclérose en plaques familiale ne devait être qu'un syndrome clinique causé par une sclérose combinée de la moelle. Le cas du professeur Brissaud en est un exemple très démonstratif, car le frère du malade actuel, mort avec la symptomatologie de la sclérose en plaques, était atteint en réalité d'une sclérose combinée de la moelle.

Un petit malade de MM. Sicard et Huet soulève le problème difficile des **paralysies pseudo-bulbaires infantiles**. Agé de neuf ans, il a été pris en avril 1902 de troubles méningés. A la suite s'est installée une tétraplégie spasmodique à forme de diplégie cérébrale. Mais le petit malade présente en outre une physionomie toute particulière, la bouche ouverte, la langue collée contre le plancher de la bouche, le voile du palais tombant avec voix nasonnée, impossibilité de la déglutition, écoulement perpétuel de la salive par les commissures labiales, bref l'apparence d'une paralysie bulbaire. Le mécanisme de ce syndrome est très difficile à pénétrer. Sans aucun doute, la diplégie cérébrale a été causée par une méningo-encéphalite bactérienne mais comment cette méningite a-t-elle déterminé le syndrome pseudo-bulbaire? N'y a-t-il qu'une apparence pseudo-bulbaire, un déficit intellectuel très marqué suffisant à expliquer les troubles de la déglutition? Y a-t-il un véritable aspect pseudo-bulbaire déterminé par une double lésion corticale? Y a-t-il au contraire un aspect bulbaire vrai déterminé par des névrites des nerfs de la base sous la dépendance de légères lésions méningées? A défaut d'autopsie, la solution du problème est incertaine ; seule l'évolution de la maladie pourra la fournir dans quelques mois.

M. Gilbert Ballet, à l'une des dernières séances de la Société, a émis l'opinion que **le tremblement qu'on observe dans la maladie de Basedow** est fonction de la tachycardie et non de la maladie elle-même, qu'on peut le rencontrer chez les tachycardiques les plus divers, que par suite il n'a pas de signification diagnostique et ne peut être invoqué en faveur de la nature basedowienne de l'accélération des battements du cœur.

MM. Gilbert Ballet et L. Delherm présentent un malade qui démontre précisément le bien-fondé de cette manière de voir. C'est un homme de quarante-cinq ans, affecté d'un tremblement généralisé à oscillations petites et fréquentes, comme on le voit dans le goitre exophtalmique. Il existe simultanément une tachycardie des plus accusées (140 à 150 pulsations à la minute); or on peut affirmer que cette tachycardie n'a rien à faire avec la maladie de Basedow; il n'y a trace ni d'exophtalmie, ni de tuméfaction du corps thyroïde. D'autre part, il y a dans la poitrine des lésions tuberculeuses qui suffisent à expliquer l'accélération des battements du cœur par le mécanisme probable de la compression ou de la névrite du pneumogastrique.

Ce cas paraît donc démontrer, comme l'avait avancé antérieurement M. Gilbert Ballet, que le tremblement est sous la dépendance de la tachycardie et qu'il n'est pas nécessaire, pour qu'il s'y associe, que celle-ci soit la manifestation de la maladie de Basedow. Cependant, M. Marie fait remarquer que la coexistence des deux phénomènes, tachycardie et tremblement, n'indique pas forcément une relation de cause à effet; il estime donc que la véritable cause du tremblement réside dans le système nerveux au même titre que celle de la tachycardie; que, par suite, cette dernière n'est pas la cause du tremblement.

Sous le titre, d'apparence paradoxale, **gigantisme et infantilisme**, MM. E. Launois et Pierre Roy étudient un géant âgé de trente ans qui n'a jamais cessé de grandir, dont la taille atteint actuellement 2 m. 04 et qui présente en outre des signes d'infantilisme aussi bien génital que psychique; en outre, le malade est porteur d'un genu valgum gauche très accusé survenu à l'âge de vingt-sept ans.

Le fait le plus intéressant, c'est que ce géant infantile, qui n'a jamais cessé de grandir, est actuellement encore susceptible de s'accroître, car les radiographies montrent la persistance des cartilages épiphysaires au genou, au poignet et aux doigts. Cette persistance très anormale, constatée déjà sur quelques squelettes (Cumingham, Buday et Janiso) démontrée ici pour la première fois chez un géant vivant, explique non seulement la croissance gigantesque et le genu valgum tardif, mais aussi la systématisation de ce gigantisme aux membres et surtout aux membres inférieurs, comme elle se retrouve chez les eunuques, les animaux châtrés précocement [bœuf, chapon, lapin castré expérimentalement (Poncet)], enfin chez un grand nombre de géants et en particulier ceux qui présentaient de l'atrophie génitale (Woods Hutchinson, Buday et Janiso).

Il est permis de se demander si ce géant deviendra acromégalique comme semblerait le faire croire l'augmentation en trois ans des dimensions de son maxillaire inférieur et de se demander quel est l'état de son corps pituitaire qui dans des cas similaires a été trouvé très hypertrophié, par une sorte de suppléance de l'insuffisance testiculaire.

MM. Dejerine et Armand Delille ont observé chez une malade un cas de **paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial, causée par des côtes cervicales supplémentaires.** C'est à l'âge de trente-trois ans qu'ont apparu les douleurs dans le territoire des cinquième et sixième paires cervicales avec, dans la même zone, anesthésie à gauche, hypoesthésie à droite. La radiographie ayant montré de chaque côté l'existence d'une côte cervicale supplémentaire plus développée à gauche, la résection de cette dernière fut opérée et l'opération a amené la disparition des troubles sensitifs. Il est bien difficile d'expliquer l'apparition des symptômes à un âge aussi tardif, à moins qu'il ne s'agisse d'une poussée ostéogénique tardive, localisée, comme le fait remarquer le professeur Brissaud, à ce locus minoris resistentiæ dû à cette anomalie congénitale.

M. Cruchet (de Bordeaux) rapporte l'observation d'une **glossoplégie** déterminée, chez un enfant, au cours d'une méningite tuberculeuse, par un tubercule ayant englobé les racines de l'hypoglosse.

MM. F. Raymond et Cl. Philippe relatent un nouveau document pour l'histoire anatomo-clinique de l'**atrophie musculaire progressive spinale**, due à une poliomyélite chronique strictement localisée aux grandes cellules des cornes antérieures de la substance grise de la moelle épinière. C'est la première observation avec autopsie, dans laquelle le début ait eu lieu par les extrémités des membres inférieurs (pieds et jambes), avec une semblable localisation anatomique. L'affection avait commencé à l'âge de cinquante-deux ans, par l'atrophie graduelle des muscles antéro-externes de la jambe ; la faiblesse motrice marcha toujours parallèlement à l'amaigrissement, sans jamais s'accompagner de troubles sensitifs ni d'aucun phénomène spasmodique. L'autopsie a montré dans toute l'étendue de la moelle épinière, avec prédominance pour la région lombo-sacrée, une atrophie considérable, en nombre et en volume, au niveau des grandes cellules de la substance grise, avec lésions secondaires des racines antérieures, des nerfs périphériques et des muscles.

MM. P. Armand-Delille et Jean Camus présentent une malade atteinte de **zona à topographie radiculaire**. La disposition de l'éruption se superpose en effet exactement au schéma donné par Kocher pour le territoire des trois premières lombaires. Fait également intéressant, il y a anesthésie sous tous les modes de la sensibilité (tactile, sensitive et thermique) dans tout le même territoire, même dans les parties de peau saine entre les éléments éruptifs.

Ces auteurs apportent en outre un volumineux **cholestéatome**, caractéristique macroscopiquement et microscopiquement, qui occupait le lobe droit du cervelet et avait refoulé la partie droite de la protubérance.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de l'épilepsie.

Par le docteur P. Jamot.

L'épilepsie est une névrose souvent héréditaire, caractérisée par des accès convulsifs plus ou moins fréquents, qu'accompagne un ensemble de troubles psychiques particuliers. Ainsi définie, et bien que nous n'en connaissions pas encore exactement l'anatomie pathologique, l'épilepsie s'impose à nous comme une maladie spécifique, méritant une place à part dans la nosographie nerveuse.

Avant d'entrer avec quelques détails dans le traitement de l'épilepsie, nous devons rappeler brièvement ici sa symptomatologie et particulièrement ses paroxysmes, tantôt franchement convulsifs — c'est le grand mal — tantôt plus ou moins différent, suivant les malades — c'est le vertige épileptique ou petit mal. Le grand mal est généralement précédé de sensations significatives, communément désignées sous le nom d'auras, auras qui peuvent être motrices, sensitives, sensorielles, viscérales, psychiques, puis au bout d'un temps plus ou moins long survient l'attaque proprement dite. Lorsqu'elle est typique, la grande attaque est constituée par trois phases successives : la phase tonique, la phase clonique et la phase résolutive; dans la première, le malade pâlit, jette un cri et tombe à terre : « une raideur tétanique s'empare des muscles du corps entier (1) : » c'est à ce moment que surviennent les évacuations involontaires si caractéristiques de l'épilepsie. Puis les muscles commencent à s'agiter, les membres se contorsionnent, tout le corps entre en mouvement : c'est la phase clonique. Enfin, à la dernière phase, le malade est épuisé, il tombe dans un assoupissement profond qui dure souvent plusieurs heures et au bout duquel il se réveille brisé, somnolent, hébété.

Telle est la physionomie clinique de la grande attaque, celle-ci pouvant d'ailleurs présenter un grand nombre de variantes. Quant au petit mal, il consiste surtout en absences et vertiges. L'absence consiste en une perte éphémère de connaissance : le malade, qui était en train de causer ou de se livrer à une occupation définie, s'arrête tout d'un coup, pâlit, son regard devient fixe, puis, au bout de quelques minutes, il revient à lui sans conserver aucun souvenir de l'accident. Dans le vertige, le malade éprouve soudain une sensation pénible de désorientation, des mouvements fictifs, puis il tombe et perd connaissance. Cet état peut se prolonger quelques minutes, puis tout rentre dans l'ordre, le malade ne conservant aucun souvenir de la crise qu'il vient de subir.

Ces différentes manifestations épileptiques peuvent se combiner de différentes façons, se remplacer, se succéder; lorsque les crises se multiplient sans interruption, on dit qu'il y a état de mal épileptique, état de mal souvent très graves et qui peut, s'il n'est pas énergiquement traité, se terminer rapidement par la mort. D'autres fois, les crises

(1) *Manuel de méd.*, t. IV, p. 144.

d'épilepsie franches sont remplacées par des équivalents psychiques (impulsions, automatisme ambulatoires, manie aiguë), équivalents qu'il faut bien connaître, car ils sont justiciables, eux aussi, du traitement de l'épilepsie.

Quant à l'épilepsie interparoxystique, elle est plus difficile à reconnaître. Les différentes asymétries que l'on a signalées relèvent surtout de la dégénérescence et peuvent parfaitement manquer chez les épileptiques les plus francs.

Encore que la nature de ce singulier mal soit encore entourée d'obscurités, on est à peu près d'accord pour reconnaître à l'épilepsie une origine encéphalique, bulbaire (Cl. Bernard, Brown-Séquard, Küssmaul), ou corticale. Pour M. Joffroy, le *morbus seler* est le résultet d'une hyperexcitabilité cortico-motrice, sous l'influence de laquelle les centres rolandiques réagissent aux moindres influences excitatrices sous la forme de crises motrices.

Si l'épilepsie est vraiment une affection d'origine corticale, le meilleur remède à lui opposer est par définition le bromure. Et en effet, tous les classiques, depuis Locock (1851), Voisin, Damourette, Pelvet, H. Mure, Legrand du Saulle, Charcot, considèrent les bromures comme le médicament par excellence de l'épilepsie. « Actuellement, dit M. Pellard (1), grâce à l'emploi des bromures, il est permis de regarder l'épilepsie comme susceptible d'être sinon guérie radicalement, du moins dans la majorité des cas d'être notablement améliorée. » M. Gilles de la Tourette, dans la *Semaine médicale* (2), considère qu'un traitement uniquement basé sur l'emploi du bromure est le meilleur, sinon le seul à mettre en œuvre dans la cure de l'épilepsie. Enfin, MM. Combemale et Ingelmans (3) pensent que, dans l'état de crise, il faut coûte que coûte calmer le système nerveux surexcité et que, dans ces cas, c'est le bromure qu'il faut administrer. Quant à l'épilepsie interparoxystique, elle est aussi justiciable du bromure, car « exercer une action sédative permanente sur des centres nerveux en état d'hyperexcitabilité est, à proprement parler, le véritable traitement général de l'épilepsie. Parmi tous les médicaments utilisés dans ce but, les bromures sont les meilleurs; et parmi eux, le bromure de potassium tient le premier rang ».

Comment administrer ce sel? On doit, bien entendu, ainsi que l'a si bien démontré Henri Mure choisir un bromure chimiquement pur, et le donner à telles doses que les malades restent toujours sous l'influence du médicament. Le bromure doit être pris à doses uniformes et aussi régulièrement espacées que possible (Féré); il doit toujours rester un aliment pour le malade (Voisin).

Ces préceptes généraux, reconnus par tous les auteurs, sont différemment appliqués suivant les cas. MM. Combemale et Ingelmans recommandent de commencer par donner le sel à la dose de 4 grammes par jour, administrés un peu avant le repas. De cette quantité, le bromure sera porté peu à peu à 10 grammes par jour, dose qui ne doit pas être dépassée chez l'adulte. Chez un enfant, il est prudent, au-dessous de cinq ans, de ne pas dépasser 5 grammes. « Une fois la dose suffisante trouvée, on s'y tiendra sans défaillance. »

M. Gilles de la Tourette a préconisé de son côté la méthode des doses alternativement croissantes et décroissuntes, déjà décrite par Charcot, et que nous avons indiqué dans de précédents articles (4). Avec cette méthode, on tient constamment l'économie sous l'influence du bromure et l'on arrive à des résultats remarquables. Mais il faut, dans tous les cas, avoir un bromure parfaitement pur et une solution parfaitement dosée, sous peine des plus graves accidents. Le sirop Henry Mure, dont le dosage est mathématiquement exact et qui contient 2 grammes de bromure par cuillerée à soupe, reste à ce point de vue la plus puissante médication actuellement à la disposition du praticien.

(1) *Manuel de méd.*, t. IV, p. 256.
(2) 1900, p. 321.
(3) *Echo méd. du Nord*, 11 mai 1902.
(4) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 36, p. 349; n° 138, p. 1330.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

Un cas d'hypertrophie atypique des seins. (M. Firket.) — L'hypertrophie bilatérate des seins est une lésion tellement rare que Billroth se félicitait d'en avoir observé deux cas. Celui-ci est relatif à une fillette d'une douzaine d'années, soignée par M. le docteur Cormeau (de Verviers); la gêne résultant du volume des organes et l'altération de l'état général nécessitèrent l'amputation : l'un des seins pesait 2250, l'autre, 2050 grammes.

L'examen microscopique a montré non seulement une néoformation glandulaire et conjonctive, mais une disposition absolument irrégulière, atypique de l'épithélium des glandes, ce qui n'avait jamais été signalé dans les observations, d'ailleurs très peu nombreuses, où l'on renseigne avec précision les résultats de l'analyse microscopique.

La néoplasie ne présente aucun caractère inflammatoire et son développement ne paraît pas devoir être attribué à une cause extérieure : elle doit être considérée comme une malformation, ayant son point de départ dans le développement embryonnaire. L'auteur invoque à l'appui de cette thèse la coexistence, qu'il a relevée dans plusieurs observations, de malformations diverses et l'existence, vérifiée seulement dans quelques rares cas, d'une influence héréditaire. (*Procès-verbaux de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, 25 oct. 1902.) F. R.

Traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius, d'après les indications de la radiographie. — La fracture de l'extrémité inférieure du radius, d'après une opinion courante, est une lésion d'un type à peu près constant, caractérisé par un trait de fracture situé de 10 à 30 millimètres au-dessus de l'articulation radio-carpienne, avec déformation du poignet dite en dos de fourchette. Cette conception, basée sur les descriptions de Colles et de Velpeau, correspond bien à la majorité des cas : M. Carl Beck, étudiant la question avec l'aide des rayons Röntgen, établit que, dans 25 p. 100 des cas de fracture de l'extrémité inférieure du radius, les lésions s'écartent plus ou moins du type précédent.

Si le traitement usuel laisse souvent des mécomptes, cela tient uniquement à ce que la fracture, considérée comme étant toujours identique à elle-même, est parfois mal interprétée et soumise à une thérapeutique non adéquate. M. Carl Beck établit la classification suivante, qui donne une idée de la diversité des cas. Il distingue : 1° le décollement épiphysaire ; 2° la fissure ; 3° la fracture complète simple, sans déplacement; 4° la fracture complète avec déplacement; 5° la fracture de l'extrémité inférieure du radius associée à la fracture de l'apophyse styloïde du cubitus; 6° fracture du radius associée à une fissure, une fracture ou une luxation de l'extrémité inférieure du cubitus; 7° fracture du radius associée à celle du scaphoïde; — toutes ces variétés peuvent être intra ou extra-articulaires; 8° fractures de parcelles osseuses (esquilles) généralement extra-articulaires.

L'auteur appelle l'attention sur une variété qui ne paraît pas avoir été décrite. Il s'agit d'une fracture oblique qui n'a été observée que chez l'adulte : le trait commence à un pouce au-dessus de l'interligne, sur le bord externe du radius, et descend vers la surface articulaire, qu'il divise de telle sorte qu'elle participe à la fois au fragment supérieur et au fragment inférieur.

Dans les fractures sans déplacement, le traitement n'offre rien de particulier. Quand il existe un déplacement, une coaptation rationnelle des fragments est la condition *sine qua non* du succès thérapeutique. Les données fournies par le palper, si exercé soit-il, sont inférieures à l'examen radiographique, qu'on doit employer d'une façon méthodique, au moment de l'examen et après que l'appareil plâtré a été appliqué. Si les fragments sont mal coaptés, on ne doit pas hésiter à refaire l'appareil. Aux yeux de l'auteur, cette question de la réduction exacte des fragments domine toutes les autres, notamment celle du choix de l'appareil, celle de la mobilisation plus ou moins précoce. Les troubles qui surviennent du côté des parties molles sont dus, d'après lui, à la compression exercée par l'appareil au niveau de fragments en saillie. C'est mal interpréter les faits que d'agir d'une façon précoce exclusivement sur les parties molles, en vue de prévenir leur atrophie. Ce qui importe, c'est une bonne réduction faite aussitôt après l'accident et maintenue d'une manière efficace.

La radiographie seule donne des renseigments exacts : elle établit en outre le pronostic en montrant si les lésions sont intra ou extra-articulaires, si elles sont simples ou complexes. Si une résection ou une ablation d'esquille sont nécessaires, on peut, grâce à ce moyen d'investigation, agir d'une façon active sans attendre une consolidation en attitude vicieuse. (*Medical News*, 20 sept. 1902.) A. H.

A propos d'un nouveau cas de tétanos à la suite d'une injection de gélatine. Nécessité d'une stérilisation prolongée des solutions de gélatine. — Le docteur L. Zupnik (1) relate le cas d'un homme de quarante-deux ans qui, à la suite de l'injection d'une solution de gélatine dans la vessie pour cystite hémorragique, fut pris treize jours plus tard du tétanos et mourut deux jours après l'apparition des premiers symptômes. Pendant la vie on put déjà déceler la présence du bacille tétanique dans les urines; on l'identifia par les cultures et l'inoculation aux animaux. L'auteur constate que c'est le seizième cas de tétanos à la suite d'injections de gélatine qui est publié; dans tous les cas il s'agissait de gélatine fournie par les pharmaciens. Il importe donc de surveiller la provenance des solutions de gélatine que l'on emploie, les pharmaciens devraient toujours en avoir de stérilisées d'avance sous peine d'encourir une grave responsabilité.

Je rappelle, à ce propos, le mode de stérilisation préconisé par M. Paul Carnot (*Presse méd.*, 16 nov. 1898). Selon lui, il suffit de chauffer les solutions sans atteindre la température de 115 degrés qui pourrait altérer la gélatine.

Il ne semble pas qu'une pareille stérilisation puisse suffire, à en juger par différents cas relatés à propos d'une observation d'hémorragie amygdalienne par MM. N. Damianos et A. Hermann (2).

Ces auteurs citent plusieurs cas de tétanos survenus à la suite d'injections de solutions de gélatine *fraîchement stérilisées*; eux-mêmes ont eu déplorer la formation d'un abcès gazeux, dû à la présence d'anaérobies, dans le cas personnel qu'ils relatent; or la solution de gélatine dont ils avaient fait usage avait subi une stérilisation par la vapeur, d'une durée de trois heures seulement, il est vrai.

Il semble en effet que la gélatine du commerce soit chargée de nombreux germes microbiens à forme résistante du type anaérobie auquel appartient le bacille du tétanos; ces germes peuvent contenir des spores, c'est le cas du tétanos, ce qui ajoute encore à leur résistance; aussi la stérilisation par chauffages répétés trois ou quatre fois à un jour d'intervalle (méthode de Tyndall), à une température relativement basse, 60 à 75 degrés par exemple, pendant une heure chaque fois, doit-elle offrir plus de sécurité; une température de 100 degrés pourrait à la longue faire perdre à la gélatine la propriété de se prendre en gelée en la peptonisant (Macé). Une bonne stérilisation de la gélatine exigeant plusieurs jours, on comprend la nécessité de conserver des solutions prêtes d'avance pour servir de suite en cas d'urgence, ce qui est toujours le cas pour les hémorragies. P. V.

(1) *Wien. Klin. Wochens.*, 1902, n° 27, p. 713.
(2) *Wien. Klin. Wochens.*, 1902, n° 9.

Traitement du prolapsus du rectum chez les enfants par les injections de paraffine. — Le docteur Karewski (de Berlin) a traité avec succès des cas de prolapsus invétéré du rectum, chez des enfants qui n'avaient pu être guéris par d'autres méthodes. Il s'est servi dans ce but de paraffine dure dont le point du fusion variait entre 56 et 58 degrés. Le procédé était le suivant : après avoir donné pendant deux jours de suite aux enfants des purgatifs capables de nettoyer leur intestin, on leur faisait prendre l'après-midi qui précédait l'injection 1 ou 2 grammes de bismuth. Le prolapsus était réduit, après désinfection du champ opératoire; puis, guidé par le doigt introduit dans le rectum, on injectait entre peau et muqueuse un anneau de paraffine dure. Au moyen de sous-nitrate de bismuth et d'une diète appropriée, on évitait toute défécation dans les vingt-quatre heures consécutives.

Sur huit enfants ainsi traités, âgés de deux à huit ans, un seul, dont les soins antérieurs ou consécutifs à l'opération furent défectueux, ne fut pas guéri; les autres le sont depuis deux à six mois. Dans trois cas seulement, plus d'une injection fut nécessaire (deux dans deux cas, trois dans l'autre). (*Centralbl. f. Chir.*, 1902, n° 28, p. 745). P. V.

THÉRAPEUTIQUE

L'hydrothérapie dans l'insomnie. — L'hydrothérapie, employée dans la cure de l'insomnie, agit non seulement en dilatant les vaisseaux cutanés et en faisant baisser la pression sanguine, mais aussi en calmant l'ensemble du système nerveux. Les applications douces de l'hydrothérapie sont seules utiles : en première ligne, vient l'enveloppement humide ; si le malade s'endort au cours de l'enveloppement on peut le laisser enveloppé toute la nuit, sinon on peut le libérer au bout de trois quarts d'heure; il réussit surtout aux neurasthéniques, aux cachectiques anémiques, aux malades par dénutrition, parfois aussi aux fébricitants.

Si l'enveloppement humide est mal supporté, on peut essayer de le limiter aux aisselles, la partie supérieure du tronc et des épaules étant préservée par un bandage en X.

Les bains tièdes prolongés, à la température de 33 à 37 degrés pendant un quart d'heure ou une demi-heure, agissent aussi efficacement. Ces bains peuvent être pris une ou deux heures avant le moment souhaité du sommeil, parfois même encore plus tôt ; mais ils exigent que le malade se mette au lit sitôt le bain pris ou tout au moins qu'il se tienne autant que possible au repos, sans occupation physique ou intellectuelle tant soit peu active.

Quand la cause de l'insomnie est une cause locale telle qu'excitabilité génitale, douleurs rhumatismales ou névralgiques, froid aux pieds, etc., des applications locales telles que bains de siège, bains de pieds, pansements humides peuvent rendre de réels services. (*Centralb. f. Inn. Med.*, 1902, n° 29, p. 751.) P. V.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Nantes.* — Les concours pour l'internat et l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Lerat, Orgebin, Barré, Josne, Gleises, Brillouet.

Internes provisoires : MM. Levesque, Barthélemy, Billaud, Auvinet, Dupin.

Externes : MM. Chevalier, Doré, Crétaux, Gand, Gendron, Laurans, Fournioux, Meignan, Ortal, Chapiet, Cassard, Cullerre, Michel, David, Lebeaupin, Chesneau, Horeau, Hervé, Clénet.

— *Tarbes.* — Les services médicaux de l'hôpital ont été réorganisés de la manière suivante :

Médecine. — MM. Vignes et Goûté, médecins en chef; MM. Castets, Esquivor, Dubarry et Dussac, médecins adjoints.

Chirurgie. — MM. Duplan et Peré, chirurgiens en chef; MM. Sempé (Paul), Cazade, Batsère et Prunet, chirurgiens adjoints.

Ophtalmologie. — M. Morisot, médecin-chef; M. Dasque, adjoint.

M. Bernard Salles aura la direction de la Maternité, lorsqu'elle sera construite, avec M. Lupau fils et deux sages-femmes comme adjoints.

Facultés de médecine. — *Lille.* — Le concours pour une place de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de M. Vandeputte.

Toulouse. — M. le docteur Ét. Cestan, agrégé, est chargé du cours de clinique chirurgicale pendant la durée du congé accordé à M. Chalot.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Lucas, du port de Rochefort, qui avait été mis à la disposition de la société des Œuvres de mer pour la campagne de Terre-Neuve et d'Islande, a été réintégré au service général de la marine pour compter du 1er novembre 1902.

Par décision ministérielle du 8 novembre 1902, M. le médecin de deuxième classe Lassignardie, du port de Rochefort, a été nommé pour deux ans à l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'École annexe de médecine navale de Brest.

Par décret du 31 octobre 1802, M. le médecin en chef de première classe de la marine Hyades, membre du Conseil supérieur de la marine, est nommé membre de la Commission supérieure des sociétés d'assistance aux blessés et malades des armées de terre et de mer, en remplacement de M. le médecin en chef de première classe Bonnafy.

M. le médecin de première classe Rousseau, du port de Lorient, est désigné pour servir au 3e dépôt des équipages de la flotte (école des mécaniciens), en remplacement de M. le docteur Castex.

M. le médecin de première classe Boudou, du port de Rochefort, actuellement en service à Brest, est désigné pour aller servir sur la canonnière *Olry* (force navale des mers d'Orient), en remplacement de M. le docteur Negretti.

MM. les médecins de première classe Fallier du port de Brest, désigné pour la défense mobile d'Alger, et Mourron, du port de Toulon, désigné pour embarquer sur l'*Amiral-Tréhouart*, sont autorisés à permuter d'embarquement.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bardon (de Brive) et Fournié, directeur du service de santé du 12e corps d'armée.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Abadie (de Mirande); Bergougnoux et Bosche (de Brive); Pierron (de Langres), Mmes Naoux, en religion sœur Ambroise, et Touzelier, en religion sœur Joséphine, à l'hôpital de Brive.

École dentaire de Paris. — La fête annuelle de distribution des récompenses aura lieu sous la présidence de M. Chaumié, ministre de l'Instruction publique, le jeudi 13 novembre 1902, à huit heures et demie du soir, à la salle des Agriculteurs de France, 8, rue d'Athènes.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-quatrième semaine, 780 décès, au lieu de 808 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 840.

La fièvre typhoïde a causé 10 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (11); le nombre des cas nouveaux (59) reste stationnaire (la moyenne est 64).

La scarlatine a causé 1 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 2; la coqueluche 3 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 4; la diphtérie, 8 décès, au lieu de 7 pendant les deux semaines précédentes et au lieu de la moyenne 6; le nombre des cas nouveaux pour cette dernière maladie (85) est en légère augmentation sur celui des deux semaines précédentes (75 et 73), au lieu de de la moyenne 48.

La variole et la rougeole n'ont encore causé aucun décès cette semaine; pour la variole, le nombre des cas nouveaux (9) est un peu supérieur à celui des deux semaines précédentes (5 et 3), mais très inférieur à la moyenne (18).

La diarrhée infantile a causé 33 décès de 0 à 1 an, au lieu de 47 pendant la semaine précédente (la moyenne est 41).

En outre, 25 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 105 décès, au lieu de 117 pendant la semaine précédente ; 117 est la moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 5 décès (au lieu de la moyenne 9); bronchite chronique, 20 (au lieu de la moyenne 21); pneumonie, 23 (au lieu de la moyenne 28); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 57 (au lieu de la la moyenne 59), dont 23 sont dus à la congestion pulmonaire et 21 à la broncho-pneumonie. En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 192 décès ; la méningite tuberculeuse, 24; la méningite simple, 11; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 41; les maladies organiques du cœur, 51; le cancer a fait périr 44 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 5 décès; la cirrhose du foie, 8; la néphrite, 27; enfin, 41 vieillards sont morts de débilité sénile.

Cours de la Faculté des sciences. — M. le professeur J. Chatin a ouvert le cours d'histologie (fondation de l'Université de Paris) le mercredi 12 novembre à dix heures, et le continuera les mercredis, à dix heures, et les samedis, à trois heures et demie. Il exposera les principes généraux de l'histologie, puis il étudiera la structure des organes de la digestion et de la circulation dans les principaux groupes zoologiques.

Les travaux pratiques auront lieu le mardi, à une heure, dans le laboratoire, sur des sujets relatifs au cours et aux examens du certificat d'études supérieures d'histologie.

M. le professeur G. Bonnier a ouvert le cours de botanique le mardi 11 novembre et le continuera les mardis et vendredis, à quatre heures. Il traitera de l'anatomie et de la physiologie des plantes vasculaires.

Les travaux pratiques auront lieu, pour la botanique, le mardi, pour la physiologie végétale, le mercredi, de huit heures et demie à onze heures et demie, dans le laboratoire, sous la direction du professeur.

Leçons pratiques sur les maladies de l'oreille, de la gorge, du nez et du larynx. — M. le docteur Viollet commencera le samedi 15 novembre, à quatre heures, à l'hôpital Péan, 11, rue de la Santé, une série de leçons pratiques sur les maladies de l'oreille, de la gorge, du nez et du larynx. Les leçons gratuites auront lieu tous les samedis à la même heure.

Conférences d'électrothérapie. — M. le docteur L.-R. Régnier, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité, commencera ses conférences cliniques d'électrothérapie, le samedi 15 novembre, à trois heures et demie, au laboratoire, et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Objet du cours : Matériel de l'électricité médicale. Electrodiagnostic. Notions d'électrothérapie indispensables au praticien.

Enseignement pratique de l'histologie au Muséum. — M. Auguste Pettit, docteur ès sciences, docteur en médecine, commencera un enseignement (gratuit) pratique d'histologie, le

22 novembre 1902. Les leçons et manipulations auront lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à deux heures.

S'inscrire d'avance, l'après-midi, auprès du docteur Pettit, 55, rue de Buffon, Paris 5e.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *L'hiver à la côte d'azur.* — Billets d'aller et retour collectifs de 2e et 3e classes à très longue validité pour familles. — Jusqu'au 15 novembre 1902, il est délivré par les gares P.-L.-M. aux familles (serviteurs compris) composées d'au moins trois personnes, des billets d'aller et retour collectifs de 2e et 3e classes, pour *Hyères* et toutes les gares au delà (*Nice, Cannes, Menton*, etc.). Le parcours simple doit être d'au moins 400 kiomètres.

La famille comprend : père, mère, enfants, grand-père, grand'-mère, beau-père, belle-mère, gendre, belle-fille, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, oncle, tante, neveu et nièce.

Ces billets sont valables jusqu'au 15 mai 1903.

Le prix du billet collectif est calculé comme suit : quatre billets simples pour les deux premières personnes, prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié du prix d'un billet simple pour chacune des personnes en sus de la troisième. Arrêts facultatifs à toutes les gares situées sur l'itinéraire. La demande de billets doit être faite quatre jours au moins à l'avance à la gare de départ.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17



N° 129 — SAMEDI 15 NOVEMBRE 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 15 NOVEMBRE 1902. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COURS DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

Leçon d'ouverture, par M. le professeur GAUCHER (1).

Messieurs,

Tout nouveau professeur a l'habitude et le devoir, en prenant possession de sa chaire, de faire l'éloge de son prédécesseur.

Or, je n'ai qu'un prédécesseur dans cette chaire, M. le professeur Fournier, qui fut le fondateur de l'enseignement officiel de la dermatologie et de la syphiligraphie en France. Vous voyez son médaillon derrière moi, sur les murs de cette salle, car nous avons voulu que, même après sa retraite, il fût toujours présent dans cet amphithéâtre, afin que son image pût inspirer ses successeurs.

Messieurs, c'est tout un passé de gloire et d'honneur qu'évoque cette image : c'est toute l'histoire de la dermatologie et de la syphiligraphie, depuis trente années, qui revit devant nous.

Vous rappellerai-je ce qu'étaient nos connaissances sur la syphilis à l'avènement de M. Fournier dans cette chaire et ce qu'elles sont devenues depuis son enseignement? L'élève de Ricord a dépassé son maître et nous a montré qu'il n'y avait aucun organe de l'économie qui ne fût tributaire de la syphilis à toutes ses périodes. Il nous a montré, de plus, que les désastres causés par cette infection s'étendaient bien au delà de l'individu lui-même et se perpétuaient dans sa descendance.

Il y a peu d'hommes qui aient eu une vie aussi bien remplie que M. Fournier; il a travaillé sans relâche et chaque année voyait paraître un nouvel ouvrage. Encore actuellement, il achève le dernier volume de son *Traité de la syphilis*, qui est un véritable monument digne de la postérité.

Je n'ai pas la prétention de faire l'énumération complète de ses travaux. Permettez-moi de vous rappeler seulement son livre sur la syphilis de la femme, ses études sur la syphilis héréditaire tardive, sur les nourrices et les nourrissons syphilitiques, son mémoire sur les glossites tertiaires, ses leçons sur les chancres extra-génitaux, sur la syphilis viscérale, et surtout ses mémorables travaux sur la syphilis du système nerveux et sur les dystrophies syphilitiques héréditaires, qui sont, comme je l'ai dit ailleurs, les plus beaux fleurons de sa couronne scientifique.

Grâce à M. Fournier, nous savons maintenant, hélas! que la syphilis est la maladie générale au premier chef et qu'il n'y a pas trop de toutes les forces réunies des médecins et des moralistes pour lutter contre ce fléau social. Cette lutte, M. Fournier a tenu à honneur de l'entreprendre, comme moraliste et comme médecin, et nous avons tous présents à l'esprit ses efforts pour prévenir la propagation de la syphilis, sans qu'il soit nécessaire de vous les rappeler.

Telle est l'œuvre du fondateur de la Clinique dermatologique de l'Université de Paris. Elle est tout entière digne de notre admiration et nous ne saurions trop célébrer surtout la gloire de celui qui sut découvrir les causes du tabes et de la paralysie générale et les conséquences héréditaires lointaines de l'infection syphilitique.

Ce que je ne puis me lasser de rappeler non plus, c'est la conscience impeccable, la régularité dans le devoir, le dévouement aux malades et aux élèves, le merveilleux talent d'enseignement et enfin la bonté inaltérable de M. Fournier.

Après vous avoir montré ce que fut le savant et ce que fut l'homme, permettez-moi de mêler aux regrets unanimes que nous éprouvons de voir M. Fournier se retirer en pleine vigueur, l'expression de ma reconnaissance en particulier. Laissez-moi lui dire que je n'oublierai jamais la bienveillance et la libéralité avec lesquelles il a assis son agrégé à ses côtés dans cette chaire qu'il a illustrée. Maintenant que, grâce à lui, j'ai assumé sa lourde succession, s'il m'est permis de rendre quelques services, je lui en reporterai tout l'honneur, et je sais bien que c'est le reflet de son enseignement que vous viendrez chercher dans mes leçons.

Messieurs, si je n'ai qu'un prédécesseur officiel dans cette chaire, à qui je viens de rendre l'hommage qui lui était dû, ce serait de ma part une injustice et une ingratitude d'oublier les médecins de l'hôpital Saint-Louis et de l'hôpital du Midi qui, par leur enseignement libre, ont contribué à fonder l'École dermatologique française.

Je voudrais donc, dans cette première leçon, faire, en quelque sorte, l'histoire des précurseurs de la chaire de dermatologie.

ALIBERT est le premier médecin de l'hôpital Saint-Louis

(1) Leçon recueillie par M. Babonneix, interne des hôpitaux.

dont on ait gardé le souvenir, car ses prédécesseurs n'ont laissé aucune trace de leur existence. C'était un ancien frère de la Doctrine chrétienne, défroqué par la Révolution, et qui avait eu à choisir entre l'apostasie et l'échafaud. Alibert était un homme d'une grande vivacité d'esprit, d'une grande profondeur de vues, d'une grande culture intellectuelle. Ce fut presque un homme de génie.

Quand il fut nommé, en 1802, par la faveur gouvernementale, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis, à l'âge de trente-sept ans, cet hôpital était consacré au traitement des *ulcères*, et, sous ce nom, on comprenait les affections les plus disparates. La syphilis, la scrofule ou la tuberculose cutanée, comme on dit aujourd'hui, la lèpre, certains eczémas chroniques excoriés, toutes les affections suppuratives de la peau, même celles qui étaient d'origine traumatique, toutes les *ulcérations cutanées*, en un mot, étaient confondues sans aucune tentative de diagnostic différentiel et on appliquait à toutes le même traitement.

Le grand mérite d'Alibert est d'avoir apporté la lumière et d'avoir mis de l'ordre dans ce chaos nosocomial, selon l'expression du professeur Hardy. Grâce à lui, on sut distinguer les affections syphilitiques, les affections scrofuleuses, les affections dartreuses, et appliquer à chacun de ces groupes morbides un traitement curatif approprié.

Alibert voulut faire plus : à l'instar de ce que l'immortel de Jussieu avait fait pour les plantes, il voulut établir une classification naturelle des maladies de la peau.

« La méthode par excellence, dit un de ses disciples, est celle qui montre les individualités des êtres d'après leurs rapports communs et leurs affinités naturelles. La méthode naturelle est la seule classification philosophique, car elle range les êtres par leur ressemblauce, en fondant les classes sur un grand nombre de propriétés observées. »

Si l'on applique ces principes à la pathologie, la classification naturelle doit placer dans un même groupe les maladies qui ont des symptômes analogues, une marche analogue et réclament le même mode de traitement. Les affinités de cause, de marche, de durée, d'apparence extérieure et de moyens de traitement supposent en effet, comme le dit Hardy, une identité de nature.

Alibert, qui avait été d'abord professeur de botanique, présenta sa classification sous la forme d'un arbre, qu'il appela l'*arbre des dermatoses*, dont le tronc figurait la peau, les branches, les familles nosologiques, les rameaux, les genres, et les feuilles, les variétés.

Dieu sait si cet arbre fut tourné en ridicule par une jeunesse irrespectueuse, quand Alibert, devenu vieux, vit sa vogue diminuer peu à peu. Je concède que l'idée de comparer une classification à un arbre n'était peut-être pas très heureuse, mais cette classification n'en fit pas moins réaliser de grands progrès à la dermatologie. Elle est véritablement la première ébauche d'une étude scientifique et raisonnée des maladies de la peau; elle fit sortir la nosographie dermatologique de la caractéristique purement objective et la thérapeutique cutanée de l'empirisme.

La classification d'Alibert comprenait douze classes que je ne vous citerai pas en détail : parmi ces classes, il y avait des groupes morbides dont la constitution a résisté à l'épreuve du temps, par exemple : les dermatoses exanthémateuses, qui comprenaient toutes les fièvres éruptives; les dermatoses hémateuses, toutes les hémorragies de la peau; les dermatoses dyschromateuses, tous les troubles de la pigmentation cutanée. Alibert sépara et plaça dans des classes différentes, la teigne, le cancer, la lèpre, la syphilis, la scrofule, le prurigo et la gale.

Certes, il y avait, d'autre part, de nombreuses erreurs dans cette classification, erreurs inhérentes à l'imperfection et à l'insuffisance des connaissances étiologiques à cette époque; mais les erreurs ne prouvent rien contre l'excellence de la méthode et contre la vérité des principes qui l'ont inspirée. Comme le dit si justement un des commentateurs du maître : « S'il n'appartient qu'à la nature de créer tant d'harmonie, il n'est pas toujours donné à l'homme de la comprendre. »

On a reproché aussi à Alibert la consonnance baroque d'un certain nombre de ses néologismes, bien que tous fussent tirés du grec; mais on s'aperçoit aujourd'hui que beaucoup de dénominations imaginées par lui ont survécu, telles, par exemple, celles du mycosis fongoïde, des chéloïdes et des syphilides.

Alibert eut un autre mérite : il ne s'absorba pas dans la contemplation des lésions cutanées et sut voir plus haut et plus loin que la peau malade. Il était pénétré de l'importance des causes internes en dermatologie et avait su comprendre que la plupart des dermatoses ne sont que des déterminations cutanées d'altérations organiques ou humorales.

Voici ce qu'on lit textuellement dans une des préfaces de la monographie des dermatoses : « La peau n'est souvent altérée que parce qu'elle est en sympathie constante avec les symptômes intérieurs de notre organisme : *qualis in corpore delitescit morbus, talis sæpe efflorescit. In hectica squalet, æstuat in febribus, florescit in ictero, pallet in cachexia, tumet in hydrope.* »

Alibert ne fut pas seulement un théoricien : il savait joindre la pratique à la science et, dans ses cours, il appuyait ses paroles par des exemples. Il montrait les exemples vivants de la maladie qu'il venait de décrire, et, sur le malade lui-même, il indiquait les caractères les plus saillants de son affection, en établissait le diagnostic et en formulait le traitement.

Cet homme, qui se destinait primitivement à l'enseignement des belles-lettres, gardait une réminiscence inconsciente de ses humanités. Il faisait ses leçons en plein air, *sub Jove*, à la façon des philosophes de la Grèce antique. Monté sur une estrade, ayant d'un côté l'arbre des dermatoses et de l'autre le malade sur lequel il faisait ses démonstrations, il tenait ses auditeurs sous le charme de son esprit.

Voici comment un de ces élèves, dans l'avant-propos de la *Monographie des dermatoses*, décrit sa manière d'enseigner : « Assis, comme à l'école de Platon, sous les tilleuls de l'hôpital Saint-Louis, nous écoutions attentivement le développement d'une causerie pleine d'attraits. Les arbres de cet hôpital, disait alors le savant Corona, rendent des oracles plus certains que ceux de la forêt de Dodone; l'observation les annonce et l'expérience les sanctionne. »

Ce style pompeux est bien dans le goût de l'époque et montre bien l'impression vive qu'Alibert produisait sur ses contemporains. C'était, en effet, un brillant professeur : il avait la parole facile, élégante et imagée, avec une faconde un peu méridionale : il était de Villefranche-d'Aveyron.

Alibert mourut en 1838, à l'âge de soixante-douze ans. Il avait été médecin du roi Louis XVIII, il était baron et professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris.

Depuis 1814, Biett était son émule dans le même hôpital. Celui-ci, après avoir été l'élève favori et le protégé d'Alibert qui l'avait fait nommer, sous ses ordres, médecin-adjoint de l'hôpital Saint-Louis (il n'y avait pas de concours à cette époque), devint son contradicteur, son adversaire et presque son ennemi.

Biett était Suisse et avait l'esprit pratique des peuples protestants. Il importait d'Angleterre la classification de Willan. Cette classification, purement morphologique, était, sans contredit, au point de vue philosophique, bien au-dessous de la classification naturelle d'Alibert, mais elle avait le mérite de reposer sur des bases positives, tandis que les doctrines d'Alibert étaient souvent très hypothétiques. Alibert voulait classer les maladies de la peau d'après leur nature et d'après leurs causes, et ces causes étaient généralement inconnues. Aujourd'hui encore, il est bien difficile d'établir une classification étiologique; une semblable tâche était presque impossibie à l'époque d'Alibert. C'est ce qui explique pourquoi l'enseignement de Biett, par la simplicité de ses principes, détrôna rapidement celui d'Alibert et pourquoi la classification antiscientifique, mais très pratique, de Willan fut en faveur jusqu'à nos jours.

Cette classification n'appartient d'ailleurs pas à Willan : elle est de Flenck et a été seulement modifiée par Willan. Elle range les maladies de peau d'après leur apparence extérieure et d'après la forme de la lésion cutanée ; elle est comparable à une classification botanique qui rangerait les plantes d'après la couleur de leurs fleurs.

Toutes les affections cutanées sont classées par Biett uniquement d'après l'aspect morphologique de leur lésion élémentaire, dans des groupes établis sans tenir aucun compte de la nature, des causes ou des symptômes de la maladie. Il y a des taches, des papules, des vésicules, des pustules, etc., et on voit décrits côte à côte l'érythème simple, la roséole syphilitique et l'érysipèle, le lichen et la phtiriase, l'herpès fébrile et la tricophytie cutanée.

Malgré ses imperfections capitales, il est juste de reconnaître que la classification de Flenck, de Willan et de Biett est véritablement très commode. Je l'ai employée moi-même pour l'exposé séméiologique des affections cutanées; mais elle ne peut servir que pour la détermination de la lésion élémentaire et réunit, dans un même groupe, des maladies qui n'ont aucun rapport d'origine. C'est une classification de lésions, ce n'est pas une classification de maladies.

Et même, on a voulu contester l'importance de ces lésions élémentaires, sur lesquelles Flenck et Willan ont établi leur classification. On a dit, avec quelque apparence de raison, que les lésions étaient elles-mêmes des altérations consécutives, des phénomènes secondaires. Ce sont de simples processus phlegmasiques à divers degrés et auxquels la même altération peut donner lieu successivement.

La seule lésion cutanée vraiment élémentaire et primitive est la tache congestive : elle précède toutes les autres formes, papuleuse, vésiculeuse, bulleuse ou pustuleuse, qui dérivent d'elle par la continuation et l'augmentation des phénomènes inflammatoires, par les progrès de l'exsudation vasculaire ou de la néoformation conjonctive.

Cependant, à côté de ces critiques, Biett mérite des louanges. Le soin qu'il apportait dans l'étude des lésions cutanées contribua beaucoup à préciser le diagnostic d'un certain nombre d'affections. On lui doit aussi quelques indications utiles dans le traitement des maladies de la peau, notamment l'emploi de l'arsenic dans les dermatoses chroniques.

Biett ne se contenta pas d'édifier une nouvelle doctrine, venue de l'étranger, en face de l'enseignement de son ancien protecteur : pour réussir par le contraste, il s'efforça d'être tout le contraire de son maître Alibert. Celui-ci était un homme gai, spirituel, de manières aimables et distinguées, littérateur et artiste, épécurien et même anacréontique. Biett avait l'allure terne et sévère d'un anglican ; il ne riait jamais et pontifiait toujours. Il n'avait d'ailleurs, comme tous les hommes d'aspect rigide, qu'une austérité de façade ; son apparence puritaine ne parvint pas à dissimuler complètement les légèretés de sa vie privée, et, si l'on en croit la légende rapportée par le professeur Hardy, « il aurait eu un goût très vif pour la société des femmes et ne se serait pas toujours contenté, vis-à-vis d'elles, d'un amour purement platonique. »

Biett mourut en 1840 à l'âge de cinquante-neuf ans. Il a peu écrit, et c'est dans les ouvrages de ses élèves, de Gibert de Roger, de Cazenave surtout qu'il faut chercher l'exposé de son enseignement.

Depuis 1819, Lugol était le collègue d'Alibert et de Biett à l'hôpital Saint-Louis. Ce médecin ne s'occupa qu'accessoirement de dermatologie. Il soignait dans son service toutes les affections scrofuleuses, comme on disait alors, jusqu'aux tumeurs blanches, et il les soignait par l'hygiène, les toniques et la bonne nourriture contrairement aux idées régnantes, inspirées de la doctrine de Broussais, qni voyait partout l'inflammation et traitait toutes les maladies par les émissions sanguines et la diète. Lugol fut donc un précurseur dans la thérapeutique de la scrofule. C'est à lui qu'on doit également la vulgarisation de l'emploi raisonné des préparations iodées dans le traitement des maladies scrofuleuses.

Lugol était un isolé et ne fréquentait aucun de ses confrères ; mais ce fut un praticien assez recherché, qui réalisa une fortune très grande pour l'époque.

Cazenave, qui entra à l'hôpital Saint-Louis en 1836, succédant à Alibert, fut le principal élève de Biett et le protagoniste de ses doctrines. Toute sa vie, il resta figé dans l'enseignement de Biett, tellement que, dans un traité de pathologie générale des maladies de la peau paru en 1868, il niait encore la nature parasitaire du favus, de l'herpès tonsurant et du pityriasis versicolor, dont il faisait une simple tache pigmentaire et qu'il rapprochait des éphélides et du masque des femmes enceintes. Il plaisantait ce qu'il appelait le *morbidisme végétal* et, se croyant « suffisamment autorisé pour refuser à cette hypothèse la moindre valeur étiologique », il déplorait de voir « l'histoire des teignes, que Biett, après tant d'efforts, avait éclairée d'une manière si lumineuse et si simple, embrouillée, plus que jamais, par un système qui ne pouvait supporter un instant le contrôle expérimental ni l'examen clinique ».

Cazenave n'admettait pas qu'on pût rien changer ni rien ajouter à l'œuvre de Biett, et, quand il quitta l'hôpital Saint-Louis en 1867, il n'avait été éclairé ni par les travaux de Bazin ni par ceux de Hardy. Il était resté organicien irréductible et avait inventé la diathèse organique, par opposition à la diathèse humorale qu'il considérait comme une vue de l'esprit. Il reconnaissait « la nécessité de rechercher les lois générales qui président au développement des maladies de la peau, de soumettre ces maladies, trop longtemps spécialisées, aux règles générales de la pathologie,

de les étudier dans leurs relations intimes avec les troubles intérieurs, pour arriver à une appréciation vraie de leur nature », mais il repoussait, étrange inconséquence, toute idée de cause générale qu'il traitait de mythe ou d'hypothèse. Il niait même l'influence étiologique propre de la goutte sur les affections cutanées : « Si la goutte, dit-il, peut être l'occasion d'une éruption, ce sera tout accidentellement, à cause de la fièvre qui l'accompagne. Si les maladies générales peuvent avoir une action étiologique sur le développement des maladies de la peau, c'est comme causes accidentelles, par suite des phénomènes qui les accompagnent, ou en vertu de raisons anatomo-pathologiques qui les rapprochent de la structure et des fonctions de la peau. »

C'est l'analogie de tissu créant l'analogie des maladies, c'est ce que Cazenave appelle la diathèse organique.

Sous l'influence de la même cause, un individu aura un prurigo ou un lichen, c'est-à-dire une affection papuleuse du système papillaire, s'il a un tempérament nerveux; un autre, un impétigo, c'est-à-dire une affection pustuleuse du système lymphatique, s'il a un tempérament lymphatique; un autre, un eczéma, c'est-à-dire une affection vésiculeuse du système sudoripare, s'il a un tempérament sanguin. Il y a, pour Cazenave, autant de diathèses que de tempéraments; chaque groupe diathésique est commandé par la solidarité des organes de même nature. C'est l'organicisme poussé à ses extrêmes limites; c'est la négation complète de la pathologie générale.

Avec une doctrine semblable, Cazenave ne devait admettre ni les métastases internes des maladies de la peau, ni les répercussions cutanées des lésions viscérales de même origine. Pour lui, les alternances de prurigo et d'asthme, de migraine et d'eczéma, les métastases goutteuses elles-mêmes ne sont que des successions accidentelles. Vous voyez que l'École de Vienne n'a rien inventé et peut, à bon droit, se recommander de Cazenave.

Néanmoins, si Cazenave était totalement dépourvu d'idées générales, la méthode de Biett, qui consistait dans l'observation attentive des lésions cutanées, dans l'examen minutieux de leurs caractères objectifs, lui permit de faire des découvertes importantes.

C'est lui, notamment, qui établit l'individualité du pemphigus foliacé et qui lui donna son nom. Mieux que tout autre, il étudia le lupus érythémateux, que quelques auteurs ont même voulu appeler le lupus de Cazenave. La dermatologie ne l'enrichit pas. Il mourut à un âge avancé, dans un état voisin de la misère.

En même temps que Cazenave, deux autres hommes se partageaient l'enseignement à l'hôpital Saint-Louis, c'étaient Gibert et Devergie.

Gibert était un homme sage, qui étudia avec égal succès la dermatologie et la syphilis. Avant d'arriver à l'hôpital Saint-Louis en 1840, il avait été le premier médecin de l'hôpital de Lourcine.

Elève de Biett, comme Cazenave, il conserva dans ses principes la classification de son maître. Tout en rendant justice à Alibert, aux leçons duquel, dit-il, l'hôpital Saint-Louis dut de conquérir une renommée européenne, et tout en s'efforçant d'être éclectique et indépendant, il resta imbu, malgré lui, des doctrines willanistes.

C'était, d'ailleurs, un esprit ouvert qui sut comprendre la valeur des recherches, récentes alors, sur la nature parasitaire des teignes. Il rendait hommage aux études microscopiques de Gruby, de Robin et de Bazin et considérait « la révélation des champignons parasites dans certaines affections cutanées comme la découverte la plus importante de son époque ».

La nosographie dermatologique lui doit l'individualisation et la description complète du *pityriasis rosé*, maladie à laquelle on a attaché son nom. En syphiligraphie il démontra expérimentalement la contagion des accidents secondaires, qui était niée par Ricord. Ses inoculations, dont il publia les résultats dans un rapport à l'Académie de médecine, en 1859, seraient aujourd'hui jugées très sévèrement, mais paraissent n'avoir soulevé aucune objection à cette époque.

Gibert fut également un thérapeute expérimenté. Plusieurs de ses formules lui ont survécu, notamment celle du sirop de biiodure de mercure ioduré, qui porte encore son nom.

Devergie, qui entra à l'hôpital Saint-Louis en 1841, un an après Gibert, procédait de Biett, comme les médecins précédents, bien qu'il affectât de ne pas le reconnaître pour maître, et qu'il oubliât même souvent de citer son nom, au grand scandale de Cazenave.

Devergie avait pour principale préoccupation de renier le passé : « Étranger à toute école antérieure, dit-il, je me suis créé des doctrines au lit des malades. » Il prétendait instituer un nouveau classement des maladies de la peau, et cependant, la méthode de Willan et de Biett, qu'il critiquait si vivement, régnait en maîtresse dans son enseignement. Sa classification, la plus composite qu'on puisse concevoir, conserve néanmoins dans ses grandes lignes les divisions en taches, vésicules, bulles, pustules, papules, etc.

Mais Devergie eut un grand mérite, qu'il serait injuste de lui contester, c'est d'avoir compris qu'il n'y a pas de différences absolument tranchées entre les divers types morphologiques des lésions cutanées et d'avoir établi et décrit les formes comparées des affections de la peau. Ces formes comparées représentent des transitions, qui sont loin d'être rares, entre l'eczéma et le psoriasis, entre l'eczéma et le lichen, entre l'eczéma et l'impétigo; l'eczéma psoriasiforme, l'eczéma lichénoïde, l'eczéma impétigineux sont, depuis Devergie, admis sans conteste.

Devergie était un bon observateur; il reconnut le premier la nature contagieuse de l'impétigo, bien que nos compatriotes, suivant une habitude constante, aient attribué plus tard l'honneur de cette découverte à un étranger.

Il distingua avec une netteté remarquable, dans le groupe confus des érythrodermies exfoliantes, un type bien défini, qu'il décrivit de main de maître, et auquel on a donné son nom : le pityriasis pilaire. Enfin, au point de vue de la thérapeutique locale, il divisait simplement les maladies de la peau en deux groupes : les maladies sécrétantes et les non sécrétantes, les dermatoses humides et les dermatoses sèches. Il faut avoir la franchise de reconnaître que, dans bien des cas, nous n'avons pas d'autres indications de traitement.

Il y a un autre élève de Biett que je me reprocherais d'oublier, bien qu'il n'appartînt jamais à l'hôpital Saint-Louis : je veux parler de Rayer. Cet illustre savant est le remarquable exemple d'un médecin qui sut être un grand dermatologiste, sans avoir été un spécialiste étroit. Il a laissé un traité complet des maladies de la peau, qui est un des meilleurs que nous possédions et qu'on peut encore consulter avec fruit. Tous les faits qui ont servi de base à ses descriptions ont été observés soit à l'hôpital Saint-

Antoine, soit à la Charité. Sa classification anatomique constitue un progrès réel sur les travaux de ses devanciers.

Rayer qui est également l'auteur du *Traité des maladies des reins*, semble avoir voulu montrer, par cette association d'études, l'importance des analogies qui existent entre les deux principaux émonctoires de l'économie : le rein et la peau.

Telle est, Messieurs, si je puis dire, la première période de l'histoire de la dermatologie française, comprenant Alibert et l'école de Biett, les doctrines d'Alibert oubliées et délaissées, l'enseignement de Biett encore tout-puissant, malgré quelques menaces de défection. Cette période représente la première moitié du siècle.

Un homme paraît alors, qui devait renouveler la dermatologie. Bazin entre à l'hôpital Saint-Louis en 1850 et y reste jusqu'en 1873. Pendant cette longue période de temps, il édifie un monument dont les détails ont pu être modifiés, mais dont les assises subsistent dans toute leur grandeur.

L'œuvre de Bazin est double : en premier lieu, il a brisé le moule willaniste, comprenant bien qu'une maladie était insuffisamment caractérisée par son aspect extérieur et qu'il fallait, pour la définir, remonter de la lésion à la cause ; en second lieu, il a secoué délibérément le joug de l'organicisme et de l'école anatomique et montré de nouveau, suivant la tradition de l'ancienne médecine, que la plupart des affections de la peau n'étaient que les manifestations cutanées d'un état morbide général, préexistant.

D'après ces principes, Bazin a divisé les affections cutanées en deux grandes classes : les affections de cause externe et les affections de cause interne.

Les affections de cause externe comprennent d'abord toutes les lésions cutanées produites par des causes mécaniques, physiques ou chimiques, ou par des agents animés ; puis les affections dérivant d'une intoxication d'origine extérieure, auxquelles Bazin a donné le nom d'affections pathogénétiques. Ce dernier groupe renferme toutes les éruptions provoquées par les substances diverses ingérées comme aliments ou comme médicaments.

Parmi les éruptions produites par les agents extérieurs, il convient d'insister sur celles qui ont une origine parasitaire. Bazin est, en effet, le premier dermatologiste qui ait compris l'importance et l'avenir de la théorie parasitaire dans la pathologie cutanée. Si la découverte des champignons des teignes ne lui appartient pas, il eut le mérite de l'adopter et de la répandre, de vulgariser et de confirmer, par ses observations, les travaux qu'il avait encouragés et auxquels il a apporté le lustre de son autorité.

Quant aux affections de cause interne, c'était toutes celles qui étaient symptomatiques d'une maladie constitutionnelle. Les quatre principales maladies constitutionnelles admises par Bazin étaient : la scrofule, la syphilis, l'arthritisme et l'herpétisme.

La scrofule est aujourd'hui la tuberculose ; la syphilis a une origine et une évolution particulières. Il ne reste, comme maladie constitutionnelle, que l'arthritisme et l'herpétisme.

Combien a-t-on reproché à Bazin cette distinction de l'arthritisme et de l'herpétisme. Et cependant il avait raison dans le fond, sinon dans les termes ; il y a deux types d'arthritiques : les arthritiques gras goutteux ou à tendances goutteuses ; les arthritiques maigres, secs, nerveux, à tendances scléreuses, qui représentent les herpétiques de Bazin.

Je reconnais que Bazin avait beaucoup compliqué sa doctrine et qu'à des grandes vérités il avait mêlé quelques erreurs, notamment la distinction des diathèses et des maladies constitutionnelles ; il employait, d'ailleurs, très inexactement et très confusément cette dénomination de diathèse, qu'il appliquait, par exemple, au cancer, à la gangrène et aux hémorragies. Peu importe, car les principes généraux de sa doctrine restent vrais. On lui reprochait aussi, à son époque, d'admettre des maladies constitutionnelles, sans pouvoir les définir par leur nature. Il les définissait seulement par leurs effets et ne pouvait faire davantage ; mais il avait su réunir, dans le même groupe, les affections viscérales et cutanées qui, par leur concomitance ou par leur succession, dans le même individu ou dans sa descendance, formaient un ensemble et pouvaient légitimement être rapportées à la même cause.

Cette cause, que Bazin ne connaissait pas, a été élucidée depuis, mais sa gloire n'en est pas moins grande, car, à une époque où les altérations humorales de l'arthritisme n'étaient ni physiologiquement ni chimiquement connues, il a eu, par une sorte de prescience, l'intuition des découvertes de l'avenir.

Ce serait une erreur de croire que Bazin avait employé toute son activité et tout son temps à l'édification de ces doctrines de pathologie générale. C'était aussi un observateur et un analyste de premier ordre. Il a décrit, dans ses ouvrages, toutes ou presque toutes les affections de la peau, même celles qui ont été inventées après sa mort, sous un autre nom. Que de découvertes on aurait pu s'épargner de nos jours, en France et surtout à l'étranger, si l'on avait pris la peine de lire et de comprendre les œuvres de Bazin.

Pourquoi faut-il que des qualités si brillantes aient été quelque peu ternies par des défauts extérieurs ? Bazin était un grand homme, mais c'était un homme désagréable ; ce fut une espèce d'Alceste. Il donnait ouvertement son opinion sur tout et sur tous et ne ménageait personne, particulièrement ses collègues. C'est de l'un d'eux qu'il disait : « Ce qu'il y a de curieux, c'est qu'il a l'air intelligent. » Ce caractère lui fit beaucoup de tort et il ne fut pas gâté par les hommes. Il ne fut que médecin de l'hôpital Saint-Louis, il ne fut rien autre, pas même académicien. Et cependant, il reste l'illustration de la dermatologie ; s'il a été souvent et injustement oublié dans ces derniers temps, il n'a pas été remplacé.

Hardy, dont je m'honore d'avoir été l'élève, fut le rival et le concurrent de Bazin. Bien qu'étant resté vingt-cinq ans à l'hôpital Saint-Louis, de 1851 à 1876, il repoussa toujours la qualification de spécialiste et s'efforça de rester fidèle à la médecine générale : il fut professeur de pathologie interne et de clinique médicale. C'est vraiment à lui qu'on peut appliquer cette phrase que j'ai dite ailleurs : Le bon spécialiste doit être un spécialiste par surcroît ou en d'autres termes un médecin spécialisé. Hardy fut, en effet, un grand spécialiste dans la meilleure acception du mot : personne ne connut mieux que lui la dermatologie et la syphilis et, même quand il eut quitté l'hopital Saint-Louis, il conserva une clientèle spéciale égale à sa clientèle générale.

Hardy, qui avait connu Alibert et Biett dans sa jeunesse et qui avait suivi leur enseignement, rompit avec les doctrines de Biett, comme Bazin. Il est de peu d'importance, disait-il, qu'une maladie cutanée se présente avec des vésicules ou avec des papules ; l'essentiel pour le vrai médecin est de savoir si elle accidentelle ou constitutionnelle.

Hardy admettait en effet l'influence étiologique d'un état diathésique, d'un vice constitutionnel, d'une disposition

générale de l'économie sur le développement de la plupart des dermatoses. Cette disposition morbide, il l'appelait la diathèse dartreuse : les maladies qu'elle engendrait étaient les dartres. Les dartres de Hardy comprenaient à la fois les herpétides et les arthritides de Bazin.

La diathèse dartreuse de Hardy, de même que l'arthritisme et l'herpétisme de Bazin ne pouvaient d'ailleurs être défini que par leurs effets; leur nature essentielle restait inconnue. Mais pour Hardy comme pour Béhier, ce fut un grand mérite d'avoir voulu étudier les affections de la peau d'après leur nature et d'après leurs causes et d'avoir fait sortir la dermatologie des classifications purement descriptives. Leur méthodes à l'un et à l'autre dérive des doctrines d'Alibert.

Dix ans après ces deux maîtres, en 1860, Hillairet entra à l'hôpital Saint-Louis et y resta jusqu'en 1881. Ce médecin honorable, dont j'ai été l'interne et dont je salue respectueusement la mémoire, fut mon initiateur en dermatologie. C'est de ma collaboration avec lui, de 1879 à 1882, que date mon premier ouvrage sur les *Maladies de la peau*.

Hillairet était un homme de progrès, accessible à toutes les idées nouvelles. Il fut un des premiers à étudier l'histologie pathologique de la peau, et quand naquit la théorie microbienne, il s'y rallia sans hésitation et sut, dès la première heure, comprendre son avenir.

C'est dans son service, au pavillon Gabrielle, que venaient se faire soigner tous les malades atteints de dermatoses exotiques, notamment tous les lépreux, qui lui ont fourni d'intéressants sujets d'observations.

Après Hillairet, parmi les anciens médecins de cet hôpital, je n'ai plus à citer que Guibout, à qui l'on doit les premières tentatives de traitement du lupus par la cautérisation ignée.

Pendant que les médecins de l'hôpital Saint-Louis édifiaient la dermatologie contemporaine, ceux de l'hôpital du Midi débrouillaient les maladies vénériennes. On en était encore, au commencement du siècle qui vient de finir, à croire communément à l'identité de nature et d'origine de tous les accidents vénériens : le chancre simple, la blennorragie elle-même n'étaient pas distingués de la syphilis.

Il n'en avait pas été toujours ainsi. Les médecins de l'antiquité et du moyen âge connaissaient les écoulements blennorragiques, les ulcères simples des organes génitaux et les bubons suppurés, et, même au moment où parut la grande épidémie de syphilis de la fin du xve siècle on savait distinguer et séparer les manifestations de la vérole, du chancre simple et de la gonorrhée.

Mais, peu à peu, sous l'influence de la diffusion de la syphilis et de l'importance prépondérante qu'elle acquit dans la pathologie des organes génitaux, on en vint à considérer comme syphilitiques toutes les affections vénériennes; on confondait le chancre simple et le chancre infectant, on décrivait même une blennorragie syphilitique.

Malgré les travaux de Benjamin Bell, en Écosse, et de Hernandez, en France, la majorité des médecins restaient unicistes.

L'œuvre de l'École du Midi est d'avoir ramené l'ordre dans cette confusion et d'avoir nettement et définitivement séparé l'une de l'autre les trois affections vénériennes.

Les deux Cullerier, Ricord et Vidal (de Cassis) sont les principales figures de cette école. Cullerier l'ancien mérite de ne pas être oublié, ne serait-ce qu'à cause des luttes qu'il eut à soutenir pour conserver le mercure comme remède spécifique de la syphilis. S'il n'a rien inventé, il passa sa vie à enseigner par la plume et par la parole, la pathologie vénérienne; il fut même une victime du devoir professionnel et perdit un œil en ouvrant un bubon.

Mais, de tous les médecins de l'hôpital du Midi, Ricord est incontestablement celui qui tient la première place. Il reprit la doctrine et les arguments de Bell et de Hernandez et soutint qu'il y avait un double virus et que le virus du chancre n'était pas le même que celui de la blennorragie.

Benjamin Bell (d'Édimbourg) avait posé en principe, dès 1797, que la gonorrhée peut bien être le produit d'une inflammation virulente, mais qu'elle n'est jamais un accident du virus syphilitique. Bell donnait pour preuve à son opinion que le virus syphilitique infecte l'économie, ce qui n'arrive pas pour la gonorrhée; qu'une personne affectée de gonorrhée ne donne pas de chancres et inversement, que l'inoculation du pus de la gonorrhée n'a jamais donné de chancres, et, enfin, que les remèdes qui réussissent contre la syphilis n'ont pas d'action dans la gonorrhée.

Hernandez, en 1812, avait soutenu la même opinion. Il expliquait les cas dans lesquels la syphilis a paru succéder à la gonorrhée par l'existence d'ulcères chancreux méconnus de l'urètre ou du fond du vagin. C'est la théorie embryonnaire du chancre larvé, du chancre urétral ou du chancre vaginal méconnu, que Ricord a faite sienne par les développements qu'il lui a donnés.

Ricord voulut appuyer cette théorie sur des preuves expérimentales et, dans son ouvrage célèbre de 1838, il fait de l'inoculation la base de sa démonstration. Malheureusement ses inoculations distinguaient seulement la blennorragie du chancre simple, car c'étaient des chancres simples qu'il inoculait et non des chancres syphilitiques; il ne connaissait pas encore la dualité du chancre.

Malgré cette erreur d'interprétation, la doctrine de Ball, de Hernandez et de Ricord était vraie et est restée vraie. La séparation de la blennorragie et de la syphilis était effectuée pour toujours.

La distinction des deux espèces de chancres fut reconnue que plus tard. Elle avait été entrevue par Ricord, qui émettait, dans ses leçons, l'opinion que les différences des manifestations morbides consécutives au chancre pouvaient bien tenir non seulement à des conditions individuelles, comme on le pensait généralement, mais aussi à des différences de causes et de virus. Mais la dualité du virus chancreux fut seulement démontrée en 1852, par Bassereau élève de Ricord; elle le fut d'une façon péremptoire, grâce aux confrontations. En examinant les individus contaminés et les contaminateurs, Bassereau trouve que les individus atteints de chancres indurés ou infectants tenaient toujours leur maladie d'une personne atteinte d'un chancre de même nature.

Plus tard, en 1856, M. Fournier fit la même démonstration pour le chancre simple, par des confrontations semblables. Dans tous les cas on vit le chancre simple se transmettre dans son espèce et ne jamais donner lieu, par contagion, à un chancre infectant.

La théorie de Bassereau fut adoptée par Ricord qui, grâce aux inoculations, lui donna une sanction définitive. Le chancre simple est auto-inoculable ou inoculable sur le même sujet, indéfiniment, tandis que le chancre infectant ne l'est jamais. Le premier est toujours une affection locale, le second est le début d'une affection constitutionnelle. Ainsi se trouvèrent nosologiquement séparés le chancre simple et la syphilis.

Ricord fut moins heureux dans le choix de sa doctrine

relativement à la contagion de la syphilis. Il n'admettait que la contagion du chancre et, à l'exemple de Hunter, il niait celle des accidents secondaires. Bien que Wallace, dès 1835, eût détruit l'édifice huntérien par des inoculations d'accidents secondaires d'un sujet à un autre, Ricord, en 1856, se refusait encore à admettre que les accidents secondaires pussent être contagieux. Il se basait toujours sur la méthode de l'inoculation, une plaque muqueuse ne donnant jamais lieu, par inoculation sur le même sujet, à un chancre syphilitique. Il niait également la possibilité de la transmission de la syphilis à une nourrice par un nourrisson syphilitique et il cherchait à expliquer les chancres mammaires par une auto-inoculation venant des parties génitales primitivement infectées. Etrange contradiction! car cette théorie ne s'accordait guère avec la grande loi de l'unicité de la syphilis proclamée par lui. La vérole ne récidive pas, disait justement Ricord; quoi d'étonnant alors à ce qu'une plaque muqueuse ne puisse être inoculée chez un sujet antérieurement affecté de chancre? et, pour ce qui est de la syphilis des nourrices, comment admettre qu'un chancre mammaire puisse se développer par inoculation secondaire, chez une femme déjà atteinte de lésions syphilitiques des organes génitaux?

Ce fut l'aberration d'un grand esprit; Ricord s'entêtait tellement dans son erreur avec l'autorité attachée à son nom, qu'il ne fallut rien moins que les expériences de Gibert pour convaincre définitivement l'unanimité des médecins.

Ricord, pendant toute sa vie, se consacra à l'étude et à l'enseignement des maladies vénériennes. Il instruisit plusieurs générations médicales et ses leçons avaient un grand succès. Il avait beaucoup d'esprit et savait, par des formules pittoresques, graver dans le mémoire de ses auditeurs les faits qu'il leur exposait. La plupart de ses aphorismes ont fait fortune, bien qu'ils ne fussent pas très exacts; on les répète encore, à cause de leur originalité.

Il n'avait pas seulement de l'esprit, il avait une grande intelligence. Complètement dénué de fortune, il commença par être médecin de campagne à Crouy-sur-Ourcq, dans le département de Seine-et-Marne. Quand il eut, par l'exercice de sa profession, amassé un petit pécule, il vint à Paris pour se préparer au concours des hôpitaux. Nommé chirurgien de l'hôpital du Midi en 1832, il y resta jusqu'à sa retraite, comblé d'honneurs et gratifié de toutes les faveurs officielles qu'il pouvait désirer.

Il ne manquait, d'ailleurs, aucune occasion de se mettre en évidence, et encore en 1870, au milieu de nos désastres, il se laissait photographier, dans l'ambulance dont il avait la direction, embrassant le supérieur des frères des Écoles chrétiennes, qu'on avait enrôlés comme brancardiers.

Ricord était en effet doué d'un savoir-faire extraordinaire; malgré les erreurs qu'il a parfois soutenues, il eut une réputation universelle. Il soignait l'aristocratie syphilitique du monde entier, et ce fut l'homme le plus décoré de son époque.

Messieurs, je viens de vous synthétiser rapidement l'histoire des dermatologistes français depuis un siècle, de 1802 à 1902. Il est facile de voir, parmi les médecins dont je vous ai rappelé les travaux, quelle part revient à chacun d'eux dans les progrès de la dermatologie.

Vous avez jugé la valeur des travaux de Ricord, qui fut un grand remueur d'idées et qui eut surtout pour mérite de répandre, par son enseignement très suivi, les connaissances vénéréologiques dans le monde médical.

Vous avez apprécié l'œuvre capitale d'Alibert, qui fut véritablement le fondateur de la dermatologie en France. Alibert ne laissa pas d'élèves, car Biett, son seul disciple, abandonna ses doctrines et se tourna contre lui. Le seul dont, plus tard, l'enseignement s'inspirât de celui d'Alibert, fut le professeur Hardy. Alibert fut bien supérieur aux hommes de son époque et de l'époque suivante; mais, par ses idées générales, il était trop au-dessus de la plupart des spécialistes pour être compris d'eux. Cazenave, Gibert et même Devergie sont plus ou moins consciemment ou inconsciemment des élèves de Biett. Ils furent tous des hommes de second ordre, y compris Biett lui-même, qui ne fut que le vulgarisateur des idées de Willan.

Alibert seul fut un créateur et, après lui, Bazin fut le premier qui eut des idées personnelles : Bazin ne fut l'élève de personne que de lui-même; Alibert et Bazin sont les deux grands noms de la dermatologie française, et aucun pays étranger n'a d'hommes à mettre en parallèle avec ces deux-là.

Tels sont nos ancêtres de l'hôpital Saint-Louis, de cet hôpital unique au monde, dont la renommée est universelle et sur le fronton duquel Alibert voulait que l'on gravât cette inscription : *Urbi et orbi*. Dans cet hôpital où j'arrive, je ne trouve que des amis, et je suis heureux de saluer affectueusement mes nouveaux collègues.

Messieurs, en ce jour, qui est le plus solennel de mon existence, je veux apporter le tribut de ma reconnaissance à ceux qui m'ont accordé la faveur que j'ambitionnais le plus au monde.

Je remercie, du fond du cœur, les dix-sept membres de la Faculté de médecine qui m'ont donné leurs suffrages et qui m'ont appelé à devenir leur collègue. Je remercie la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique de m'avoir nommé.

Mais, parmi ceux qui m'ont élevé où je suis, il y en a qui ont droit particulièrement à ma gratitude.

Monsieur le professeur Bouchard, vous avez été pour moi le maître par excellence. Depuis que j'ai eu l'honneur d'être votre interne, il y a vingt-deux ans, je suis resté votre disciple, et ce sont vos principes et vos idées de pathologie générale qui m'ont guidé dans mes études et dans mes recherches scientifiques. Vous avez été mon initiateur en médecine, et votre puissante affection a été le levier le plus sûr de ma destinée.

Monsieur le doyen Brouardel, je vous rends grâces, c'est sous votre main tutélaire que j'ai été spécialisé en dermatologie. Vous avez voulu parfaire votre œuvre et vous avez employé toute votre influence pour que l'agrégé devînt professeur.

Monsieur le professeur Landouzy, mon cher maître, c'est vous qui m'avez dirigé dans la carrière des concours et vous m'avez toujours soutenu avec un dévouement sans bornes. C'est vous qui m'avez préparé à l'agrégation, c'est vous qui m'avez nommé médecin des hôpitaux et c'est encore vous qui avez soutenu ma cause devant le conseil de la Faculté.

A ces noms, il me plaît d'ajouter celui de M. le professeur Grancher, qui, jadis, en m'ouvrant son service et en me prenant pour collaborateur, m'a permis d'étudier la dermatologie infantile, et dont la sympathie ne m'a jamais fait défaut.

Messieurs, vous partagerez mon émotion en m'entendant évoquer la mémoire vénérée de mon maître Potain. Cet

homme fut une des plus grandes figures de la médecine contemporaine, car il représenta la probité et la justice, il personnifia le devoir. Il ne fut pas seulement le plus grand clinicien de son époque : il imposa le respect à tous par la simplicité de sa vie et la dignité de son caractère et conserva la tradition des vertus antiques. Qu'il soit votre modèle, Messieurs, comme il a été le mien. Dans les circonstances difficiles, quand vous aurez une décision à prendre, pensez à lui et son souvenir vous maintiendra toujours dans le chemin de la justice et de la vérité.

Je ne saurais oublier mes autres maîtres d'internat; ils ont tous contribué à mon instruction médicale. Parmi eux, je dois une mention particulière à Desprès qui, dans plusieurs occasions, ne m'a ménagé ni son affection ni son appui, et à Polaillon qui m'a, par ses soins dévoués, sauvé la vie il y a vingt-deux ans.

Je remercie enfin M. le doyen et mes collègues de la Faculté et des hôpitaux, qui me font l'honneur d'assister à cette leçon inaugurale.

Messieurs, connaissant ceux dont je dérive et qui m'ont fait ce que je suis, vous voudrez bien, je l'espère, m'accorder votre bienveillance, convaincus que l'élève de tels maîtres ne peut manquer de faire tous ses efforts pour vous être utile et pour se montrer digne de l'enseignement qu'on lui a confié.

Je ne suis, d'ailleurs, pas un inconnu pour la plupart d'entre vous : je reconnais dans cet amphithéâtre un grand nombre de ceux qui ont suivi mes conférences d'agrégé. Messieurs, après une année d'interruption, nous allons continuer à travailler ensemble, et, à partir de dimanche prochain, nous continuerons l'étude des dermatoses diathésiques. Si le passé est un garant de l'avenir, je suis sûr d'obtenir de vous autant d'attention à m'écouter que je mettrai de dévouement à vous instruire.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(12 novembre 1902)

La discussion sur l'appendicite suit son cours : M. Reclus fait remarquer, avec raison, que les « deux écoles » peuvent mettre en avant des arguments également valables. Si l'on y regarde de près, en effet, on voit que chacune des méthodes a des avantages très sérieux; il faut cependant choisir entre les deux, car, suivant un vieux proverbe, on ne peut pas sonner la cloche et suivre la procession. Les interventionnistes immédiats invoquent ce fait qu'en présence d'une appendicite aiguë il est impossible de porter un pronostic. Que deviendra cette appendicite? Nul ne peut le savoir, et celles-là même qui paraissent, au début, les moins graves sont précisément celles qui, souvent, s'aggravent en quelques heures et deviennent rapidement mortelles. Exemples : les faits de MM. Legueu et G. Marchant. Il est bien certain qu'en présence de pareils faits, on est autorisé à dire qu'il aurait fallu opérer ces malades dans les premières heures de leur appendicite. Il ne faut pas dire, toutefois, que tous les cas opérés dans les quarante-huit heures guérissent. La malade de M. Segond a été opérée à la cinquantième heure. Il est bien probable que ce n'est pas dans les deux dernières heures que la situation s'est aggravée au point d'entraîner la mort. En résumé, quand on se trouve en présence d'une appendicite aiguë, tout à fait à son début, il y a tout avantage à l'opérer. Il est tout un autre groupe de cas dans lesquels l'intervention s'impose, ce sont les cas d'appendicites très graves avec le péritoine atteint. Quel est celui d'entre nous, dit M. Reclus, qui n'aurait pas opéré la malade de M. Segond? On dit qu'aussitôt que le diagnostic d'appendicite est posé, il faut opérer. Mais ce diagnostic est quelquefois bien difficile à faire; combien d'erreurs est-il possible de commettre!

En présence d'une appendicite bénigne, tranquille, que faire? M. Reclus estime que, dans ces cas, on peut s'abstenir et laisser refroidir la maladie. M. Reclus n'entend parler ici que de l'appendicite aiguë et non de l'appendicite suppurée. Pour ce dernier cas, M. Reclus fait quelques réserves sur l'opinion émise par M. Routier, qui s'est déclaré incapable d'affirmer quand une appendicite était ou non suppurée. L'exploration locale, dit M. Routier, ne donne aucun renseignement précis. M. Reclus pense qu'avec une certaine attention et au moment même d'une grande inspiration, il est souvent possible de reconnaître le « plastron » caractéristique d'une appendicite suppurée et de bien faire la part de la défense musculaire et de ce plastron intrapéritonéal. Enfin, il n'y a pas en jeu que l'état local, nous pouvons aussi tirer de précieux renseignements de l'état général.

L'opération à chaud est assez peu grave quand on se contente d'ouvrir un abcès. Mais si l'on veut aller plus loin et enlever, dans ces cas, l'appendice, l'intervention devient alors beaucoup plus grave et plus dangereuse. Ces opérations à chaud ont aussi l'inconvénient de laisser des fistules souvent très longues à se fermer. En outre, si vous avez laissé l'appendice, vous laissez la porte ouverte à d'autres crises, à de nouveaux accidents.

En somme, dit en terminant M. Reclus, les divergences qui nous séparent ne sont pas si grandes qu'elles le paraissent; l'accord est à peu près unanime sur ces points que l'intervention hâtive, précoce en présence d'une appendicite aiguë sérieuse, est très généralement suivie de succès, que l'opération faite à chaud, mais au cours de l'appendicite aiguë, suppurée ou non, est beaucoup plus grave, qu'enfin l'intervention à froid est toujours bénigne.

M. Reclus se range donc parmi les temporisateurs éventuels.

M. Nélaton, en clinicien avisé, s'est surtout appliqué à déceler les signes lui permettant d'établir un diagnostic et un pronostic aussi sûrs que possible. On ne saurait, dit-il, émettre une formule générale applicable à tous les cas d'appendicites aiguës. Dans les cas où les phénomènes sont légers, les vomissements peu durables, la fièvre peu élevée, dans les cas subaigus, en un mot, avec tendance rapide à la résolution, il ne faut pas conseiller l'intervention immédiate. Les difficultés commencent en présence des cas aigus, graves d'emblée. C'est dans ces cas qu'il importe de bien observer les symptômes et d'en trouver, autant que possible, de caractéristiques de telle ou telle évolution. Dans cet ordre d'idées, M. Quénu a rendu service en faisant connaître l'importance du signe tiré de la diffusion de la douleur. Il est deux autres symptômes sur l'importance desquels insiste tout particulièrement M. Nélaton : 1° l'altération des traits du visage coïncidant avec un pouls rapide et une température plus ou moins élevée; 2° l'intensité, l'atrocité et la soudaineté de la douleur localisée. On peut dire que, dans ces cas, il se fait toujours un abcès, quel que soit d'ailleurs le peu d'intensité des autres symptômes. M. Nélaton fournit plusieurs exemples; un paysan est pris, dans la nuit, d'une douleur épouvantable dans la fosse iliaque droite. M. Nélaton le voit le lendemain matin souffrant encore beaucoup, mais avec 110 pulsations et 37°5 de température, sans météorisme, sans altération des traits. M. Nélaton prescrit le traitement médical et attend. Le malade va mieux, puis le sixième jour il est pris de nouveau d'une douleur atroce dans le côté droit du ventre et meurt en six heures.

M. Nélaton cite plusieurs exemples analogues. Il estime que, dans ces cas, il y aurait tout avantage à intervenir dès le début des premiers accidents, car si l'on intervient plus

tard, l'intervention elle-même aggrave encore la situation. Dans les cas d'appendicite aiguë grave d'emblée, il faut donc, autant que possible, intervenir aussitôt le diagnostic posé. Au point de vue de la gravité du pronostic, il faut tenir grand compte de l'altération des traits et de l'intensité extrême de la douleur même localisée, ou de la douleur diffuse sur laquelle M. Quénu a justement appelé l'attention au point de vue de sa signification symptomatique.

M. Tuffier n'a pas changé d'opinion depuis 1899; interventionniste immédiat à cette époque, il l'est encore aujourd'hui. Tous les chirurgiens sont d'accord sur ce fait que tout appendice infecté doit être enlevé tôt au tard.

Vaut-il mieux tôt? vaut-il mieux tard? Voilà ce que l'on discute en ce moment. M. Tuffier a procédé à deux sortes d'enquête, une enquête clinique et une enquête anatomo-pathologique. L'enquête clinique lui a montré que ce sont, en général, les cas d'appendicite les plus graves qui restent le plus définitivement guéris. L'enquête anatomo-pathologique de M. Tuffier est basée sur 240 autopsies. Il a fait ouvrir 240 cadavres et dans 20 p. 100 des cas il a trouvé des lésions indiscutables de l'appendice. On ne peut donc nier qu'il y a des guérisons spontanées de l'appendicite. Mais quels sont les cas qui guérissent? Quels sont ceux qui ne guérissent pas? Voilà ce qu'il est impossible de dire en présence d'une appendicite aiguë à son début.

Il est bien certain, ajoute M. Tuffier, qu'il y aurait toujours avantage à intervenir dans les premières heures dans tous ces cas. Mais il faudrait, pour cela, que les chirurgiens fussent au moins consultés dans ces premières heures. Et c'est précisément ce qui n'a pas lieu. On commence toujours par attendre et on n'appelle le chirurgien que plus tard, trop tard généralement, c'est-à-dire en présence d'un malade déjà en pleine infection, à une époque de la maladie où l'intervention est beaucoup plus grave, plus dangereuse et a le moins de chances de succès.

Comme tous les interventionnistes radicaux qui ont pris part à cette discussion, M. Tuffier rapporte plusieurs exemples dans lesquels la temporisation a amené des résultats déplorables. C'est toujours la même histoire de malades atteints d'appendicites aiguës assez graves, traités d'abord médicalement, allant mieux, puis voyant leur état s'aggraver vers le cinquième ou le sixième jour et succombant le huitième ou neuvième jour. Ces malades eussent été guéris s'ils avaient été opérés dans les premières heures. Mais l'eussent-ils été aussi sûrement s'ils avaient été opérés le second ou le troisième jour? Qui oserait l'affirmer?

Or, il faut prendre les faits comme ils se présentent et, le plus souvent, le chirurgien n'est appelé qu'alors que l'appendicite est en pleine évolution. Que faire alors? C'est là que gît la difficulté; c'est alors que ceux-là mêmes qui auraient opéré un cas dans les premières heures deviennent à leur tour opportunistes, et attendent. M. Tuffier est, à ce point de vue seulement, opportuniste. Voici sa statistique intégrale : depuis le mois de juiu 1899, il a opéré 152 appendicites; 83 à froid, 83 guérisons; 72 opérations à chaud : 9 immédiates, 9 guérisons; 63 au cours de l'appendicite, 10 morts; 5 cas avec suppuration et gangrène, 5 morts.

La discussion continuera dans la prochaine séance.

M. Schwartz a présenté une énorme **tumeur du rein gauche** enlevée, il y a quinze jours, chez une femme de trente et un ans. La séparation des urines avait donné, du côté du rein droit sain, en douze minutes, 4 centimètres cubes d'urine jaune, 23 grammes d'urée par litre; du côté du rein gauche malade, 8 centimètres cubes d'un liquide clair comme de l'eau, 3 grammes d'urée par litre. Il s'agissait d'un énorme épithéliome tubulé. La malade a très bien supporté la néphrectomie et est en bonne voie de guérison.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[XVe CONGRÈS, 20-25 OCTOBRE 1902 (1)]

APPENDICITE

L'appendicite a amené à la tribune quelques chirurgiens. M. Thiéry a parlé du **choix du moment et du mode d'intervention**; M. Braquehaye a cité un cas d'erreur de diagnostic chez un enfant atteint d'un hématome rétro-péritonéal, consécutif à un traumatisme que l'enfant avait dissimulé.

M. Guinard a observé deux cas d'appendicite compliquée de pleurésie purulente. Il conclut en disant : 1° que la pathogénie des pleurésies appendiculaires droites et gauches relève, plus souvent qu'on ne l'a dit, d'une septicémie généralisée; 2° la virulence et la gravité de ces pleurésies varient avec l'intensité de la crise d'appendicite qu'elles compliquent; 3° une intervention hâtive s'impose aussi bien du côté de la plèvre que du côté de l'appendice, dès que les symptômes thoraciques sollicitent l'attention du chirurgien.

M. Thévenot (de Lyon) fait connaître un cas rare d'**appendicite actinomycosique**. Un garçon d'écurie, âgé de dix-huit ans, ancien coxalgique, avait l'habitude de mâchonner des brins d'herbe, des grains d'avoine ou de froment pas encore mûrs. Brusquement, il présente tout le cortège symptomatique de l'appendicite aiguë. Quand la poussée est éteinte, on le dirige sur le service de M. Poncet.

Etat général bon, plus de douleur dans la fosse iliaque droite, examen abdominal non douloureux, plastron volumineux adhérent par son bord supérieur à l'arcade de Fallope; son bord supérieur est parallèle à celle-ci, et en est distant de trois à quatre travers de doigt. Cette plaque est remarquable par sa consistance très dure, presque ligneuse, ne se laisse déprimer en aucun point, et rappelle, par ces caractères, plutôt les inflammations actinomycosiques que les gâteaux péritonéaux. M. Poncet porte le diagnostic d'appendicite, peut-être de nature actinomycosique.

Opération par M. Delore. L'appendice est uni à la paroi par quelques adhérences, au milieu desquelles il existe un peu de pus.

La plaie ne se cicatrise qu'avec une grande lenteur. Au contact du moignon appendiculaire il reste une masse très dure qui paraît augmenter de volume. Des curetages, pratiqués à différentes reprises, ramènent des fongosités rosées. Leur examen histologique, fait par M. L. Dor, montre l'existence du champignon rayonné. Traitement ioduré qui fut porté jusqu'à 6 grammes par jour; applications locales de teinture d'iode. Guérison.

Cette observation est la dixième connue dans la science. De ces faits on peut déduire les conclusions suivantes :

A côté de l'actinomycose appendiculo-cæcale, qui est une des variétés les plus fréquentes d'actinomycose intestinale, il existe une actinomycose à point de départ exclusivement appendiculaire et à laquelle convient encore le nom d'appendicite actinomycosique.

Cette variété d'appendicite peut se présenter avec les mêmes allures, les mêmes symptômes que les autres appendicites infectieuses. Ni les caractères des crises appendiculaires, ni leur fréquence, etc., ne permettent de la différencier cliniquement. Ce n'est que lorsque les actinomyces ont émigré de l'appendice dans les tissus voisins que les caractères locaux des lésions peuvent et doivent éveiller l'idée d'une infection actinomycosique. Il s'ensuit que, pendant toute une période, que l'on peut appeler intra-appendiculaire, le diagnostic pathogénique ne saurait être posé d'après l'aspect seul des lésions sans une recherche métho-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 125, p. 1229.

dique du champignon rayonné. Ainsi s'explique la rareté relative de l'appendicite actinomycosique.

M. Cazin pense qu'il convient, dans la recherche de l'indication opératoire, de ne négliger aucun des éléments d'appréciation qui sont à notre disposition. Or, l'examen du sang nous paraît, à ce point de vue, autrement important que l'étude de la température et du pouls.

Grâce aux travaux de Cusschmann et Da Costa (de Philadelphie), auxquels on doit associer les noms de Bäumler, de Wassermann et de Feddermann, il a pu, avec 23 observations personnelles, réunir 201 observations d'appendicite avec examen du sang.

Au début d'une crise, il y a toujours augmentation du nombre des globules blancs, et ce n'est que par des examens répétés qu'on peut se faire une idée juste sur l'évolution de la maladie. Dans les formes bénignes, une augmentation notable n'est que passagère. Dans les cas de gangrène, d'abcès ou de péritonite généralisée, l'augmentation des globules blancs est toujours beaucoup plus considérable.

L'augmentation du taux leucocytaire, à un jour éloigné du début, prouve avec certitude l'existence d'un abcès, bien avant que les signes locaux, la température et le pouls puissent en permettre le diagnostic. Seuls les abcès enkystés, qu'on découvre parfois dans les opérations à froid, ne permettent pas la résorption des toxines qui déterminent l'augmentation des globules blancs dans le sang.

M. Rémy a pratiqué deux fois le **drainage transpéritonéal dans la péritonite généralisée suite d'appendicite.**

Après laparotomie et évacuation du pus intrapéritonéal, le chirurgien plonge sa main dans le petit bassin, pousse son index le long du rectum, reconnaît le coccyx et fait pratiquer par son aide une contre-ouverture à ce niveau. Un gros drain est alors mené de la plaie abdominale à l'ouverture para-coccygienne.

POITRINE

M. Moty préconise **l'incision verticale postérieure dans l'empyème.** Il a déjà d'ailleurs présenté à la Société de chirurgie des malades opérés par ce procédé.

M. Gangolphe (de Lyon), après l'énumération de faits **d'empyème chronique**, termine par les propositions suivantes :

1° L'opération de Delorme a un avantage immense sur les autres modes d'intervention, c'est de rendre au malade un organe essentiel. L'observation VIII du mémoire de Kurpjuweit nous montre un malade dont le poumon avait été ainsi déplissé, atteint de pneumonie du côté sain, et guérissant alors qu'il eût vraisemblablement succombé si le chirurgien n'avait rendu son poumon affaissé, comprimé, à ses fonctions naturelles.

2° L'opération de Delorme a l'inconvénient d'être plus difficile et plus grave que la résection costale.

3° Chez les enfants, il est inutile d'y recourir, la simple incision pleurale, au besoin une résection minime suffisent; le poumon se déplisse et reprend ses fonctions.

4° Chez l'adulte, le déplissement peut s'observer dans des conditions analogues; après la suppression du foyer purulent les tissus s'assouplissent aussi bien du côté de la paroi que dans la profondeur.

5° L'opération de Delorme peut être impossible à pratiquer, soit parce que l'on ne peut renverser le volet thoracique sur sa charnière, soit parce qu'on ne peut libérer le poumon des néo-membranes qui l'enserrent.

6° Quand la décortication a réussi et a donné le déplissement du poumon, on peut craindre que l'organe ne soit enserré ultérieurement dans la cicatrice. Il faudrait, dit Garre (de Kœnigsberg), pour empêcher cet échec, lier le poumon aux mouvements de la paroi thoracique et, pour cela, être sobre de résections costales et suturer les lèvres de la plaie décortiquée à l'incision pariétale.

7° A mon avis il ne faudrait pas opposer systématiquement l'opération de Létiévant à celle de Delorme, d'abord parce qu'elles ont été plus ou moins combinées par les opérateurs et ensuite parce que l'avenir nous montrera, j'en suis convaincu, qu'elles ont chacune leurs indications spéciales.

8° Malheureusement l'une et l'autre échoueront souvent lorsqu'il s'agira de processus tuberculeux. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Paul Poirier est présenté en première ligne comme professeur titulaire de la chaire d'anatomie, par 26 voix contre 5 voix données à M. Rieffel.

Écoles de médecine. — *Tours.* — Un concours s'ouvrira le 20 avril 1903 pour un emploi de chef des travaux de physiologie.

Guerre. — Par décision ministérielle du 8 novembre 1902, les médecins aides-majors de deuxième classe du service de santé militaire dont les noms suivent ont reçu les affectations ci-après :

MM. Louis, hôpital militaire du Val-de-Grâce à Paris; Izaac, 1er cuirassiers; Metzger, 102e d'infanterie; Rouyer, 12e dragons; Baur, hôpital militaire Saint-Martin à Paris; Baurrier, 10e cuirassiers; Van Merris, 11e cuirassiers; Cenet, 9e hussards; Poutet, hôpital militaire de Marseille; Colineau, 65e d'infanterie; Rit, 6e bataillon de chasseurs à pied; Barthélemy, 43e d'infanterie; Beau, 13e cuirassiers; Vallat, 7e génie; Jouve, 13e chasseurs à cheval; Maisonneuve, 45e d'infanterie; Capdevieille, 58e d'infanterie; Epaulard, 84e d'infanterie; Jousselin, 7e hussards; Bordereau, 15e d'infanterie; Couturier, 60e d'infanterie; Schwaebel, hôpital militaire de Marseille; Grenier, 78e d'infanferie; Garcin, 3e d'artillerie; Delmas, 53e d'infanterie; Godeau, 100e d'infanterie; Potet, 72e d'infanterie; Béraud, 97e d'infanterie; Dautheville, 1er d'artillerie; Roualet, 54e d'infanterie; Bumat, hôpital militaire de Toulouse; Henriot, 51e d'infanterie; Lecomte, 87e d'infanterie; Deleuze, 134e d'infanterie; Pourpre, 56e d'infanterie; Ebstein, 67e d'infanterie; Long, 95e d'infanterie; Raoul, hôpital militaire de Nancy; Stitelet, 4e d'infanterie; Limasset, 2e d'infanterie; Julien-Laferrière, hôpital militaire de Lille; Haméon, 62e d'infanterie; Charbonneau, 124e d'infanterie; Cristiani, 80e d'infanterie; Perrin, 12e hussards; Azémar, hôpital militaire de Belfort; Barailhé, 93e d'infanterie; Bridier, 1er chasseurs à cheval; Chrétien, 109e d'infanterie; Casteret, 99e d'infanterie; Orticoni, 19e d'infanterie; Alaux, hôpital militaire de Belfort; Guénot, 17e chasseurs à cheval; Jude, 116e d'interie; Mandoul, 18e chasseurs à cheval; Macaire, 147e d'infanterie; Flach, 9e dragons; Delestan, hôpital militaire du camp de Châlons; Brun, hôpital militaire du camp de Châlons; Queyrot, 7e chasseurs à cheval; de Kermabon, 2e chasseurs à cheval; Duvau, 145e d'infanterie; Rehm, 25e bataillon de chasseurs à pied; Rebierre, 29e bataillon de chasseurs pied; Noirot, 20e bataillon de chasseurs a pied; Egmann, 161e d'intanterie; de Saint-Vincent de Parois, 21e dragons.

— Par décision ministérielle du 12 novembre 1902 : ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Routier, désigné pour le 5e bataillon de chasseurs à pied; Vigneron, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger; Colomb, désigné pour le 108e d'infanterie; Jaffary, pour l'hôpital militaire d'Oran; Brice, pour le 51e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de première classe Bourcier, désigné pour le 2e étranger.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Epaulard, désigné pour le 2e hussards.

Maladies des yeux. — Clinique du docteur Kopff (ancienne linique du docteur Meyer). — Consultatations tous les jours d'une heure à trois.

Cours de zoologie (reptiles, batraciens et poissons). — M. Léon Vaillant, professeur au Muséum d'histoire naturelle, a ouvert ce cours le jeudi 13 novembre 1902, à une heure, dans l'amphithéâtre du rez-de-chaussée des galeries de zoologie, et le continuera à la même heure, les samedis, mardis et jeudis suivants.

Le professeur, après avoir étudié les familles éteintes des reptiles (complément du cours de l'année dernière), traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des batraciens, tant de l'époque actuelle que fossiles, en insistant sur leur importance dans les questions de zoologie générale, sur la répartition géographique des espèces, sur leurs propriétés utiles ou nuisibles, sur leur emploi dans l'économie domestique, dans l'industrie, etc.

Le cours sera complété par des conférences pratiques au laboratoire, dans les galeries et à la ménagerie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 130. — MARDI 18 NOVEMBRE 1902 75e ANNÉE. MARDI 18 NOVEMBRE 1902. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **4** fr. **50**.	— 6 mois : **8** fr.	— 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE..	3 mois : **7** fr.	— 6 mois : **13** fr.	— 1 an : **25** fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

APPENDICITE ACTINOMYCOSIQUE

Par le docteur Léon Thévenot, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon.

Nous avons rapporté, il y a quelques mois (1), l'observation d'une malade de M. Poncet, atteinte d'actinomycose appendiculaire. Par un de ces hasards dont la clinique nous offre si souvent des exemples, alors que nous étions restés, depuis la thèse d'Hinglais (2) et la publication du *Traité clinique de l'actinomycose humaine* de MM. Poncet et Bérard, sans rencontrer cette [illegible]ation morbide, nous venons d'en recueillir à la Clinique un nouveau cas.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans, d'abord cultivateur, puis garçon de peine dans un hôtel où il soignait les chevaux, et qui paraissait atteint d'appendicite. L'existence d'une masse intra-péritonéale d'une dureté ligneuse fit penser qu'il s'agissait peut-être d'une lésion actinomycosique, et l'examen microscopique confirma cette supposition.

Voici d'ailleurs l'histoire clinique de ce malade.

François D..., dix-huit ans, garçon de peine, né à Prissé (Saône-et-Loire), entre à l'Hôtel-Dieu, le 10 juin 1902, dans le service de M. Poncet pour des accidents appendiculaires.

Son père et sa mère sont bien portants. Il a neuf frères et sœurs; un seul est malade et aurait été opéré, à deux reprises différentes, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour une coxalgie qui est actuellement guérie, mais a laissé un certain degré de claudication. Enfin, personne dans cette famille n'aurait eu de tumeurs ou de lésions ulcéreuses de la face ou du cou.

A l'âge de quinze ans, le malade aurait eu une hydarthrose du genou droit avec gonflement peu marqué de l'articulation. Traités par la révulsion, les accidents articulaires disparurent rapidement et ne se sont plus reproduits depuis.

Après avoir travaillé avec ses parents qui sont cultivateurs, il se plaça successivement chez un loueur de voitures, puis dans un hôtel ou il s'occupait des chevaux. Il affirme que, ni dans sa famille, ni plus tard, il n'a été en contact avec des animaux (vaches ou chevaux) malades.

Depuis longtemps, il a l'habitude de porter et de garder à la bouche, de mâchonner des brins d'herbe, des grains d'avoine ou de froment pas encore mûrs.

Sa dentition est assez bonne. Depuis trois ans, cependant, il a souffert des dents, il a perdu, à cette époque, 3 à 4 molaires. Un peu de tartre dentaire.

L'affection actuelle a débuté le 1er mai dernier. Brusquement, sans raison apparente, sans troubles gastriques antérieurs, sans aucun prodrome, il ressentit des douleurs violentes et continues dans la fosse iliaque droite et il dut s'aliter. En même temps, survinrent des frissons, des nausées et un grand abattement.

Il se leva, cependant, le lendemain pour aller voir un médecin qui l'envoya à l'hôpital de Belleville.

Il y fut traité par le repos, la diète, des compresses laudanisées sur la région abdominale.

Sa température, élevée au début (38-39), tomba au bout de 15 jours; ses douleurs diminuèrent; la palpation de la région appendiculaire était rendue difficile par la présence d'un plastron, dur, mais peu volumineux. Une opération fut alors conseillée au malade qui fut dirigé sur l'Hôtel-Dieu de Lyon.

A son arrivée, le malade ne souffre plus dans la fosse iliaque droite. Il accuse seulement une grande lassitude, une anorexie persistante, un peu de constipation. L'état général est bon; pas d'amaigrissement.

L'examen de l'abdomen n'est pas douloureux, même au niveau du point de Mac Burney. La palpation révèle une plaque indurée, formant un plastron peu volumineux dont il est facile de préciser les limites supérieures. Cette plaque adhère par son bord inférieur à l'arcade de Fallope avec laquelle elle se confond. Son bord supérieur est sensiblement parallèle à cette dernière, et en est distant de trois à quatre travers de doigt; il est échancré en son milieu. Cette plaque est indolore, distincte de la paroi, mobile sur elle; elle est surtout remarquable par sa consistance très dure, presque ligneuse, ne se laissant déprimer en aucun point, et rappelant par le caractère plutôt les inflammations actinomycosiques que les gâteaux de péritonite. Elle est mate dans toute son étendue.

La palpation réveille ailleurs la présence de quelques masses stercorales. La paroi est particulièrement souple et mobile.

(1) L. Thévenot. Actinomycose appendiculaire; actinomycome isolé de la paroi abdominale, *Gaz. des hôp.*, 12 août 1902.

Cette malade a été revue par M. Poncet le 6 novembre dernier. Son état général est excellent, elle n'éprouve plus aucun malaise, soit intestinal, soit autre. Seulement, on constate une légère eventration au niveau de l'actinomycome, mais aucun signe de récidive.

Le traitement ioduré, 6 grammes par jour, a été continué, jusqu'à présent, pendant vingt jours par mois.

(2) Hinglais. *Essai sur l'actinomycose appendiculo-cæcale*, Th. de Lyon, 1897.

Le malade ne tousse pas, et, en dehors d'un phimosis congénital, ne présente aucune autre lésion. La température est de 37°5.

Diagnostic porté par M. Poncet : appendicite probablement de nature actinomycosique?

Le malade est opéré le 13 juin par M. X. Delore, assistant de la clinique. On trouve l'appendice dans la fosse iliaque droite, uni à la paroi par quelques adhérences, au milieu desquelles il existe un peu de pus (environ 2 dés à coudre). Ligature du méso.

L'appendice réséqué apparaît enflammé, légèrement tuméfié. Drainage avec une mèche iodoformée. Pansement.

Le 20 juin, le malade accuse une douleur diffuse dans la fosse iliaque droite et le long de la cuisse sur sa face antéro-interne; la cuisse se met en flexion sur le bassin; l'extension est possible, mais douloureuse, et ne peut être maintenue. Ces phénomènes douloureux disparurent d'ailleurs assez rapidement.

Par contre la plaie se cicatrise avec une grande lenteur. Au contact du moignon appendiculaire, il reste une masse très dure, qui paraît augmenter de volume. Elle s'étend en profondeur jusqu'à la paroi iliaque à laquelle elle adhère. Elle ne donne pas de pus à la pression.

Des curetages pratiqués à différentes reprises ramènent des fongosités rosées. *Leur examen histologique*, fait par M. L. Dor, chef du laboratoire de la clinique, *montre l'existence du champignon rayonné*. La nature de l'affection se trouve établie à ce moment. Bien que l'actinomyse eût été soupçonnée jusqu'alors, l'examen du liquide intra-appendiculaire n'avait pas, en effet, révélé l'existence du parasite.

Le malade fut soumis au traitement ioduré progressif qui fut porté jusqu'à 6 grammes par jour, et localement traité par des applications répétées de teinture d'iode. Sous l'influence de cette thérapeutique et des pansements quotidiens, la plaie se modifia rapidement, puis se cicatrisa. Il ne resta plus qu'un noyau dur, qui était complètement résorbé lorsque le malade quitta l'hôpital le 10 août 1902.

Nous avons eu de ses nouvelles ces jours-ci, le 10 novembre dernier. Il nous écrit : « Je ne me suis jamais mieux porté que depuis mon opération. Je suis complètement guéri... »

La coexistence de ces deux faits cliniques nous a engagé à rechercher les cas d'actinomycose appendiculo-cæcale publiés depuis 1897. A cette époque, Hinglais, élève de la Clinique, en avait compulsé 120.

Depuis, nous avons relevé les observations de Bäarnhielm (1), de Ekchorn (2), de Hofmeister (3), de Benda (4), de Brabec (5); il y a quelques jours enfin, M. le professeur Dieulafoy (6) en signalait un cas nouveau, qu'il avait observé avec MM. Segond et Widal. Ce sont là 8 faits qui viennent s'ajouter aux deux qui nous sont personnels.

Leur comparaison nous montre les formes sous lesquelles l'actinomycose se présente fréquemment et qui expliquent pourquoi il lui est facile de passer alors inaperçue.

Le terme d'actinomycose, et c'est là un caractère clinique important, éveille en nous l'image d'une lésion présentant des apparences mixtes d'inflammation et de tumeur, une consistance intermédiaire entre la mollesse de l'œdème inflammatoire et la dureté de néoplasmes solides. Le processus pathologique infiltre progressivement les tissus et les organes pour constituer un placard plus ou moins épais, plus ou moins large, qui envahit la peau et donne naissance à des fistules versant au dehors un peu de pus avec quelques grains jaunes. C'est là le type que l'on rencontre surtout à la face, en particulier dans la région temporo-maxillaire.

Dans la région appendiculaire, le processus est tout différent et les divers stades établis par MM. Poncet et Bérard (*Traité clinique*, etc., loc. cit.), période initiale de phénomènes viscéraux, période de tumeur, période de fistules, période de réparation, sont nettement différenciés. C'est habituellement dans les deux premières périodes que l'on observe le malade, d'où l'aspect clinique un peu particulier.

Les accidents primordiaux sont ceux de l'appendicite ordinaire. Tantôt le chirurgien voit évoluer une crise d'appendicite aiguë; tantôt il assiste à des poussées successives d'appendicite à répétition; plus rarement une diarrhée chronique et rebelle s'est établie, avec des phénomènes douloureux dans la région appendiculo-cæcale; mais aucun signe clinique ne distingue ces diverses variétés d'accidents appendiculaires de ceux que produisent les microbes ordinaires de la suppuration.

A la suite d'une de ces poussées, on peut voir apparaître, non pas un plastron comme dans les appendicites aiguës, mais une masse diffuse, englobant l'appendice et le cæcum, les soudant à la paroi abdominale et à la fosse iliaque, donnant, suivant la comparaison de M. Poncet, l'impression d'une injection au suif poussée à travers la peau, jusqu'au squelette.

Sa dureté ligneuse, qui est parfois celle d'un fibrome, d'un fibro-sarcome des plus denses, sa diffusion devront nous faire penser à l'actinomycose, qu'il faudra rechercher microscopiquement.

Cette forme clinique semble plutôt rare et c'est l'aspect suivant qui nous semble devoir être le plus fréquent. Au cours d'une attaque appendiculaire, on voit se développer dans l'abdomen une tumeur circonscrite, très dure, peu mobile et qui en impose pour un noyau d'épiploïte scléreuse, soudé à l'appendice.

Lorsqu'elle est fixée à la paroi abdominale, elle simule une tumeur de celle-ci, et l'on peut croire à la coexistence d'une appendicite et d'un fibrome de la paroi. Dans le cas que nous avons relaté il y a deux mois, l'examen de la tranche de section ne levait même pas tous les doutes.

C'est dans cette masse qu'il faut chercher les actinomyces ou dans les parois mêmes de l'appendice. Celui-ci, chroniquement enflammé et épaissi, plus volumineux que normalement, plus ferme, n'a rien de caractéristique. Il ne faut pas s'attendre à trouver de petits abcès dans sa paroi; sa muqueuse peut ne présenter ni perforations ni ulcérations et le parasite a traversé les parois sans laisser de traces de son passage.

Quelle que soit cette forme du début, on ne saurait demander à la clinique la signature de la lésion. Il faut penser à l'actinomycose dans les infiltrations diffuses, soudant en masse tous les organes de la région; il faut y penser aussi lorsque, au contact d'un appendice enflammé, on constate une masse que sa dureté rend presque caractéristique. Il faut

(1) Baarnhielm. Ett fall of appendicitis actinomycotica, *Hygiea*, Stockholm, 1900.

(2) Ekchorn. Ett fall of appendicitis (och typhlitis) actinomycotica; extirpation of appendix jamte resection of cæcum, helsa. *Upsala Lakaref Forh*, 1900.

(3) Hofmeister. Sur une forme rare de l'actinomycose appendiculaire. *Beitr. f. klin. Chir.*, XXVI.

(4) Benda. Zwei Falle von metastasirinder actinomycose, *Deut. med. Woch.*, 1900.

(5) Brabec. Sur une forme anormale de l'actinomycose chez l'homme, *Congrès des natural. et méd. tchèques de Prague*, 1901, et *Casopis lekari ceskych*, 1902.

(6) Dieulafoy. Tuberculose hypertrophique du cæcum, *Semaine méd*, octobre 1902.

soumettre tous ces cas suspects à l'examen et c'est lui qui permettra d'affirmer la nature de l'affection. Dans bien des cas même, un seul examen est insuffisant, et il faut rechercher à diverses reprises le champignon rayonné, avant de le déceler dans les masses néoformées.

Des quelques considérations dans lesquelles nous sommes entré, il nous paraît résulter nettement, par nos deux observations entre autres, qu'à côté de l'actinomycose appendiculo-cæcale, qui est une des variétés les plus fréquentes de l'actinomycose intestinale, il existe une actinomycose à point de départ exclusivement appendiculaire, à laquelle convient encore le nom d'appendicite actinomycosique.

Cette variété d'appendicite peut se présenter avec la même allure, les mêmes symptômes que les autres appendicites infectieuses.

Ni les caractères des crises appendiculaires, ni leur fréquence, etc., ne permettent de la différencier, cliniquement parlant. Ce n'est que lorsque les actinomyces ont émigré de l'appendice dans les tissus voisins, que les caractères locaux des lésions peuvent et doivent éveiller l'idée d'une infection actinomycosique. Il s'ensuit donc que pendant toute une période, que l'on peut appeler : période d'actinomycose intra-appendiculaire, le diagnostic pathogénique ne saurait être posé d'après les symptômes présentés et aussi d'après l'aspect seul des lésions, sans une recherche méthodique du champignon rayonné.

Ainsi s'explique très probablement la rareté relative de l'appendicite actinomycosique. N'avons-nous pas vu, en effet, ce diagnostic n'être établi que rétrospectivement, et alors que les tumeurs parasitaires de la paroi abdominale, survenues un temps plus ou moins long après l'ablation d'un appendice qui avait paru être simplement atteint d'une infection banale, avaient mis sur la voie du diagnostic d'actinomycose.

Ce diagnostic doit être aussi précoce que possible, en raison, surtout précisément dans les formes récentes, de l'action bienfaisante de la médication iodurée.

Dans l'actinomycose à forme néoplasique, avec siège abdominal, intra-pelvien, etc., avant l'apparition d'autres infections surajoutées (A. Poncet et L. Bérard), l'iodure de potassium à hautes doses agit souvent d'une façon merveilleuse. *Il est alors non moins puissant sur la marche des actinomycomes, des sarcomes actinomycosiques, que sur celle des syphilomes tertiaires, qui fondent les uns et les autres sous son action.*

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(15 novembre 1902)

Séance très chargée.

La communication fort intéressante de M. Guinon, sur un cas de **vomissement avec acétonémie chez les enfants**, ayant entraîné une longue discussion MM. Guinon, Marfan et Barbier, mais qu'il est difficile de résumer sans avoir le texte sous les yeux, puisqu'il s'agit de détails chimiques précis, sera remise à la semaine prochaine.

Notons, pour cette fois, une observation de **méningite aiguë récidivante curable**, rapportée par M. Galliard. Voici le fait :

Une femme, âgée de vingt-trois ans, est admise à l'hôpital Saint-Antoine le 1er mars 1898, avec une pleurésie gauche nécessitant une thoracentèse immédiate. Après cette thoracentèse, la fièvre persiste, mais l'état général s'améliore légèrement. Le 9 mars, la malade a quelques troubles cérébraux et le lendemain elle offre tous les signes de la méningite aiguë, avec 40°8 le soir. Le 12 mars, paralysie du muscle droit externe de l'œil droit. Le 13 mars, coma ; 41 degrés le soir. On attend d'heure en heure la terminaison fatale.

Cependant, la maladie tourne court, les phénomènes méningitiques s'amendent. La malade émet un litre d'urine le 16 mars. Bientôt la pleurésie guérit, mais la fièvre persiste. Il y a des oscillations thermiques vers 39 et même 40 degrés le soir. Cependant, l'état de la nutrition n'est pas mauvais. La malade s'alimente et commence même à quitter le lit pendant la journée.

Or, le 5 avril, à cinq heures du soir, on note 39°6, et, à six heures, on assiste à des convulsions du côté droit durant quelques minutes. Seconde crise méningitique analogue à la première, avec moins de gravité, durant six jours et se terminant par la guérison ; à la suite de cette deuxième crise, l'état général s'améliore, mais la fièvre persiste. La température vespérale atteint souvent encore 40 degrés. La malade, qui ne cesse de se lever et même de descendre dans le jardin, demande à quitter l'hôpital le 5 mai.

M. Galliard rapporte que, depuis cette époque, il a pu revoir cette malade et que jamais il n'a constaté ni troubles nerveux, ni désordre viscéral, ni le moindre signe de tuberculose. Malheureusement, il n'y a pas la preuve qu'eût fournie la ponction lombaire qu'on ne pratiquait pas à cette époque, et cependant M. Galliard croit qu'il s'est agi dans ce cas de méningite tuberculeuse.

Il semble que les cas de méningite tuberculeuse *guérie* soient plus nets et plus fréquents, et plusieurs membres de la Société en ont dans leurs souvenirs. M. Guinon en cite deux particulièrement suggestifs, puisque le cyto-diagnostic avait été pratiqué dans les deux cas et avait été positif ; MM. Moutard-Martin, Siredey en connaissent aussi des exemples.

Il y aurait certes intérêt à recueillir les faits semblables et à remettre au point la question de la curabilité de la méningite tuberculeuse.

M. Variot a expérimenté, dans le service de la coqueluche à l'hôpital des Enfants-Malades, le **sérum** préparé par M. Leuriaux en immunisant des chevaux avec des cultures filtrées d'un bacille trouvé dans l'expectoration des coquelucheux.

Trois enfants, âgés respectivement de trois mois, dix-neuf mois et vingt-huit mois atteints de coqueluche bien typique, sans complication, ont reçu des doses de 5 à 10 centimètres cubes de sérum. Aucune modification, ni dans le nombre, ni dans l'intensité des quintes n'a été observée dans aucun de ces cas. La coqueluche a évolué comme d'habitude, et les enfants ont quitté le service après cinq à six semaines.

Devant ces résultats entièrement négatifs, M. Variot n'a pas cru devoir continuer ces essais de contrôle.

A citer encore une communication de M. Souques relative à l'action de l'**adrénaline** en injections sous-cutanées, contre l'hémoptysie. M. Souques prétend qu'à doses faibles cet agent thérapeutique peut donner de bons effets. M. Vaquez qui, lui aussi, a expérimenté l'adrénaline, mais en injections parenchymateuses et musculaires, affirme que c'est peut-être là un médicament utile, mais pense qu'il faut attendre d'avoir des faits beaucoup plus nombreux pour juger avec certitude.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[XV[e] CONGRÈS, 20-25 OCTOBRE 1902 (1)]

ESTOMAC

La chirurgie de l'estomac a été surtout étudiée au point de vue de la **gastro-entérostomie**.

M. Monprofit (d'Angers), sur 101 cas de gastro-entérostomie, a pratiqué 15 fois la gastro-entérostomie antérieure par le procédé de Wölfler, 73 fois la gastro-entérostomie postérieure par le procédé de von Hacker, 13 fois la gastro-entérostomie par le procédé de Roux. Dans ses gastro-entérostomies antérieures, le fonctionnement de l'anastomose a été beaucoup plus défectueux qu'avec les deux autres procédés. Le fonctionnement des anastomoses gastro-jéjunales a été sensiblement aussi bon avec le procédé de von Hacker et avec celui de Roux, bien que ce dernier donne des résultats plus constamment parfaits.

Néanmoins, comme la durée et la difficulté de l'opération de Roux sont un peu plus grandes, il emploie de préférence le procédé de von Hacker chez les cancéreux très affaiblis; au contraire, dans les affections bénignes de l'estomac, il a plus volontiers recours au procédé de Roux.

M. Hartmann a pratiqué 60 interventions sur l'estomac, dont 53 gastro-entérostomies, avec 10 morts. Pour obtenir des succès dans les cas de lésions bénignes de l'estomac, il importe de suivre certaines règles au point de vue des indications, et de ne pas opérer tous les cas rebelles au traitement médical. On doit surtout se méfier des dyspepsies nerveuses, qui donnent des insuccès. La dilatation simple, même à la période atonique, ne fournit qu'exceptionnellement une indication opératoire. Dans le cas de sténose pylorique, il est partisan de l'intervention hâtive. Un ulcère récent non compliqué doit être traité médicalement; quand l'ulcère est chronique, il ne faut intervenir que lorsque la lésion siège au niveau du pylore et détermine des troubles mécaniques.

M. Roux ne partage pas l'opinion de M. Hartmann au sujet du traitement de l'ulcère et n'attend pas l'apparition des troubles mécaniques pour pratiquer la gastro-entérostomie, qui facilite singulièrement la guérison. Il n'approuve pas non plus l'expectation dans le cas de grande hémorragie, car l'excision ou la suture lui ont fourni de très beaux résultats. Il a complètement renoncé à l'emploi du bouton de Murphy, qui lui a donné le seul cas de mort qu'il ait eu sur 40 gastro-entérostomies pour lésions bénignes de l'estomac.

M. Pauchet (d'Amiens) a opéré 30 malades atteints de lésions non malignes de l'estomac, avec 2 morts seulement; ces 30 interventions comprennent 25 gastro-entérostomies, avec un décès. Il considère cette dernière opération comme d'une bénignité absolue, lorsqu'on la pratique pour des affections non malignes de l'estomac. Le résultat thérapeutique a été très satisfaisant dans la plupart des cas, et il croit, comme M. Hartmann, que ce sont surtout les dyspepsies nerveuses qui ne sont pas améliorées par la gastro-entérostomie. Au point de vue de la technique opératoire, il donne actuellement la préférence au procédé de Petersen, qui a l'avantage de laisser l'estomac et l'intestin dans leurs rapports normaux.

ORGANES GÉNITAUX

M. Souligoux a opéré quatorze cas d'**ectopie testiculaire**. Il recommande un procédé dont les deux temps essentiels ont pour but, une fois le cordon parfaitement libéré et le testicule descendu au niveau qu'il doit occuper : 1° de neutraliser la traction que le cordon, du fait de sa rétractilité, a tendance à exercer sur le testicule; 2° de mettre un obstacle à l'ascension du testicule sous l'influence de la contraction des bourses.

Dans ce but : 1° le cordon est fixé par quatre points de suture, parallèles deux à deux, au pubis d'un côté, à l'aponévrose des muscles adducteurs de l'autre; 2° la partie du cordon restée libre au-dessous des points de suture précédents, et dont la longueur atteint encore 3 centimètres, est fixée à son tour par deux points de suture étagés de bas en haut à l'appareil cutané scrotal. Les photographies que présente M. Souligoux montrent que, même après des années, le testicule est resté fixé dans la position où il avait été placé. Quatorze malades opérés de cette façon, dans ces quatre dernières années, sont parfaitement guéris.

M. Demons (de Bordeaux) attire l'attention sur certains **fibromes des ovaires et des ligaments larges.**

On voit quelquefois, au cours de ces tumeurs bénignes, se produire non seulement de l'ascite, mais, plus fréquemment qu'on ne le croit, de l'œdème des membres inférieurs, de l'amaigrissement, de l'épanchement pleurétique; bref, les symptômes que déterminent les tumeurs malignes.

Il y a là un cortège symptomatique bien de nature à inspirer les plus grandes appréhensions. C'est ainsi qu'il a vu deux de ces malades que les chirurgiens avaient refusé d'opérer. Dans un troisième cas, il n'est intervenu que la main forcée. Cependant ces trois malades ont guéri et tous les troubles ont disparu.

Quand, chez une femme atteinte de fibrome des ovaires et des ligaments larges, se produit de l'épanchement pleural, il ne faut pas perdre son temps; mais opérer de suite la tumeur abdominale. Tout rentre ensuite dans l'ordre.

La **grossesse extra-utérine**, toujours d'actualité, nous a valu deux communications : l'une de M. Boursier (de Bordeaux) qui a opéré 2 cas de **grossesse tubaire** et l'autre de M. Picqué qui en a observé 23 cas, en dix-huit mois à l'hôpital Bichat.

M. Lafourcade (de Bayonne) publie sa statistique d'**hystérectomie abdominale pour fibromes de l'utérus.** On remarquera que cette année l'hystérectomie vaginale n'a pas fait parler d'elle. Cette opération, tant en vogue les années précédentes, disparaît de plus en plus de la pratique des chirurgiens de profession.

A cette séance, il y eut encore quelques communications personnelles, sur quelques cas intéressants. M. Estor a fait la narration curieuse d'un cas de **torsion du cordon spermatique**, produite au cours d'une pachyvaginalite chronique.

M. Villar (de Bordeaux) fait connaître une **méthode rationnelle de castration dans les cas de tumeur maligne du testicule.**

Voici la technique opératoire à laquelle il s'est arrêté. L'incision cutanée commence dans la région funiculaire au-dessous de l'orifice externe du canal inguinal, se porte en haut au-dessus et près de l'arcade crurale qu'elle longe, remonte jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure pour se recourber ensuite perpendiculairement à l'arcade et s'arrêter à 3 centimètres environ en dehors de l'ombilic. On ne ferait descendre l'incision sur le scrotum que dans les cas de tumeur volumineuse ou d'adhérences de la peau. On incise la paroi antérieure du canal inguinal et la partie inférieure de la couche musculaire de l'abdomen. Puis on décolle le péritoine et l'on va sectionner les éléments du cordon le plus loin possible : le canal déférent dans le petit bassin et les vaisseaux spermatiques dans la région lombaire. Il ne reste plus qu'à extirper les éléments du cordon et le testicule. En détachant ce cordon, on extirpera les ganglions de la fosse iliaque et ceux du canal inguinal, ren-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 129, p. 1273.

contrés deux fois sur le vivant par M. Villar. Suture de la paroi musculaire et de la peau.

Cette méthode permet de couper loin de la lésion et d'extirper les ganglions. Elle diffère donc des méthodes classiques qui se contentent de sectionner le cordon au niveau de l'orifice externe du canal inguinal; ce qui est contraire aux lois générales de la chirurgie du cancer.

M. Calot (de Berck-sur-Mer) trouve que dans la **tuberculose de l'épididyme et du testicule**, il faut être très peu interventionniste et que, grâce à un traitement local, et sous l'heureuse influence de l'air marin, on peut espérer la sclérose des lésions tuberculeuses.

M. Championnière a rencontré 6 fois une **hernie de la vessie** dans 900 cas de hernie inguinale. Dans 3 cas, la vessie fut ouverte sans être reconnue, mais la guérison, après suture, se fit sans incident. (*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

Inhalations de poudres médicamenteuses.

Le docteur Schenk vient de faire paraître un second article sur sa méthode de traitement des affections pulmonaires, et en particulier de la phtisie, par les inhalations de poudres médicamenteuses (1). Dans ce nouveau travail, l'auteur décrit avec détail l'instrumentation très simple qui lui sert : elle consiste en une petite caisse de bois de 15 à 20 centimètres de côté, dans laquelle se trouve un flacon à double tubulure, d'un modèle un peu spécial, contenant la poudre à pulvériser et à inhaler. La pulvérisation se fait au moyen d'une soufflerie analogue à celle du thermocautère de Paquelin, qui est reliée au flacon contenu dans la caisse par un tube de verre traversant une de ses parois; deux autres parois opposées de la caisse sont également percées d'un orifice, permettant l'un l'entrée de l'air atmosphérique, l'autre sa sortie de la caisse. Le courant d'air à travers la caisse remplie de poudres médicamenteuses finement pulvérisées s'établit par les mouvements inspiratoires que fait le malade; en effet, à l'aide d'un tube de caoutchouc adapté à l'orifice de sortie de l'air de la caisse et d'une canule de verre un peu incurvée, il dirige jusqu'à l'orifice supérieur de son larynx l'air ainsi chargé de fines poussières médicamenteuses.

Les principaux mélanges médicamenteux employés par Schenk sont les suivants :

Acide borique	2 grammes.
Menthol	0gr5 centigr.
Sucre de lait	20 grammes.

Pulvériser finement; 10 à 20 inspirations, 6 fois par jour.

Alun, dermatol, xéroforme ou duotal (Heyden)	2 grammes.
Sucre de lait	20 —

20 à 30 inspirations, 3 fois par jour; 20 à 50 pour le duotal.

Acide tannique	1 gramme.
Iodoforme	0gr5 centigr.
Sucre de lait	20 grammes.

10 à 20 inspirations, 3 fois par jour.

La méthode l'emporterait sur les pulvérisations liquides, parce que les expériences de Sänger ont montré que les poudres pénètrent beaucoup plus profondément que les particules liquides dans l'arbre bronchique.

Dans le cas où un seul poumon est malade, l'appel d'air étant plus grand du côté du poumon sain, les poudres pénètrent moins bien du côté malade, ainsi que l'ont montré les expériences de Penzoldt.

Le docteur Schenk a surtout appliqué sa méthode à des tuberculeux; il n'a pas eu l'occasion de constater des complications qu'on aurait pu craindre, telles qu'hémoptysie ou pneumonie; il aurait, au contraire, obtenu une diminution de l'expectoration, de la toux, de l'oppression, des sueurs, de la température, une augmentation de poids et d'appétit. L'auteur ne donne pas le détail des observations qu'il a pu faire sur les 100 phtisiques qu'il a traités de cette manière; l'amélioration se serait produite dans des laps de temps variant de quelques semaines à une année entière ou davantage.

La méthode semble devoir rendre des services peut-être encore plus grands, dans le traitement des laryngites, laryngo-trachéites et bronchites chroniques. P. V.

(1) *Deuts. med. Wochens.*, 1902, n° 25, p. 458.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 24 AU 29 NOVEMBRE 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 24 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Walther et Gosset; — (2e série) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Mauclaire; — (2e partie, 1re série) : MM. Brissaud, Roger et Bezançon; — (2e série) : MM. Gaucher, Teissier et Legry; — M. Rémy, suppléant.

MARDI 25 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Hartmann et Thiéry.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Faure et Auvray; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Renon et Gouget; — (2e série) : MM. Raymond, Achard et Jeanselme; — M. Rémy, suppléant.

MERCREDI 26 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Bezançon et Legry.

2e, *Salle Béclard* : MM. Richet, Rémy et Desgrez; — M. Cunéo, suppléant.

JEUDI 27 NOVEMBRE, à une heure. — 2e, *Salle Thouret* : MM. Launois, Langlois et Desgrez.

4e, *Salle Richet* : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz; — Guiart, suppléant.

VENDREDI 28 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (oral, 2e partie), *Salle Pasteur* : MM. Dejerine, Gaucher et Legry; — M. Thoinot, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Gosset, suppléant.

SAMEDI 29 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Joffroy, Letulle et Guiart; — M. Rémy, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Proust, Troisier et Jeanselme; — (2e série) : MM. Raymond, Achard et Dupré; — M. Renon, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Marseille.* — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Michel.

Nancy. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Molly, Blum et Barthélemy.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Ed. Lévy, Parisot, Hérique, Richard, Voisin, Dieudonné, Collombier, Richard, Conter, Antoine, Schneider, Boyé, Poirel, Rouyer et Alison.

Toulouse. — Sont nommés : internes titulaires, MM. Molinéry, Serr, Rougeau, Anciau, Combéléran et Rocher; internes provisoires, MM. Rambaud et Morère.

Facultés de médecine. — *Lyon.* — M. Chaumié, ministre de l'Instruction publique, s'est rendu à Lyon pour assister à la séance solennelle tenue à l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de la fondation de cette Faculté. M. Lortet, qui vient d'accomplir sa vingt-cinquième année de décanat, a reçu une plaquette du sculpteur Boucher.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Guyot, du port de Brest, est désigné pour aller servir au 1er dépôt des équipages de la flotte à Cherbourg, en remplacement de M. le docteur Brugère.

Ier Congrès égyptien de médecine (sous le haut patronage de S. A. le khédive). — Le Caire, 19-23 décembre 1902. — Facilités obtenues pour les congressistes et leurs dames munies de cartes spéciales :

Chemins de fer français et italiens : 50 p. 100 de réduction.

A. *Compagnies de navigation et chemins de fer égyptiens* : compagnie russe de navigation à vapeur et de commerce, Odessa, Constantinople, Smyrne, le Pirée, Alexandrie : 50 p. 100; Khedivial Mail Line : 1° Constantinople Mételin, Smyrne, le Pirée, Alexandrie : 50 p. 100; pour les familles des congressistes, 30 p. 100. 2° Ligne de Syrie, 40 p. 100; pour les familles des congressistes, 30 p. 100 (déduction faite de la nourriture calculée à 33 1/2 du prix du billet). La compagnie du Lloyd autrichien avait accordé 25 p. 100 sur les prix des billets simples et 35 p. 100 sur les billets aller et retour, cette décision a été rapportée; des démarches sont faites actuellement auprès de cette Compagnie pour obtenir les avantages primitivement accordés. Navigazione generale italiana, pour 40 personnes voyageant ensemble, 30 p. 100. — Chemins de fer égyptiens 50 p. 100 (première classe, Alexandrie-Caire, 11 fr. 50; première classe, Ismaïlia-Caire, 9 fr. 10 ; première classe Port-Saïd-Caire, 15 fr. 10), prix nets après réduction.

B. *Voyages dans la Haute-Egypte.* — Voyage rapide en Haute-Egypte par chemin de fer (prix établi avec la réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer égyptiens). Itinéraire : départ du Caire, le soir, à 6 h. 30, arrivée à Luxor le lendemain matin, à 8 h. 30. Premier jour, excursion à Thèbes, tombeaux des rois, Deir-el-Bahari, Ramsès, les Colosses, Médinet Abou, tombeau de la reine Hatascu; deuxième jour, temples de Karnak et de Luxor; à 11 h. 20 matin, départ pour Assouan, arrivée à 6 h. 30 soir; troisième et quatrième jours, excursion à Philœ, le Barrage et la première cataracte; visite à âne au sanatorium; promenade en barque à l'île d'Eléphantine. Séjour dans les hôtels de Karnak (Luxor), Cataracte et Grand-Hôtel (Assouan) : prix y compris tous les frais, voyage en première classe, 126 fr. 75; deuxième classe, 92 fr. 50. Voyages dans la Haute-Egypte par le Nil : compagnie Thos, Cook et Son (réduction de 50 p. 100); voyage de trois semaines (bateaux touristes, départ le 30 décembre, 25 l. st. (prix net après réduction); voyage de 19 jours (bateaux express), départ les 27 et 30 décembre, et 3 janvier, 10 l. st. 10 sh. (prix net après réduction). Renseignements complémentaires aux agences de la Compagnie Cook. — Anglo-Americain Nile steamer et Hotel Company : voyage de vingt jours (bateaux touristes première classe). Prix net uniforme 25 l. st. (au lieu de 35 à 60 l. st. prix habituels). Les renseignements et l'itinéraire seront adressés aux congressistes désireux de faire ce voyage et qui en feront la demande au secrétariat du Congrès.

C. *Excursions au Caire et dans les environs* : premier jour, matin : Matarieh, l'arbre de la Vierge, Héliopolis, l'obélisque, le parc aux Autruches. Après-midi : la citadelle, le puits de Joseph, panorama du Caire, mosquées de Hassan et de Mohamed Aly. — Deuxième jour, matin : pyramides de Ghizeh, sphinx, tombeaux, musée égyptien de Ksar el Nil. Après-midi : le Vieux-Caire, l'église copte, le Nilomètre, l'île de Rhodah. — Troisième jour matin : tombeaux des khalifes, des mameluks, vice-rois, retour par le Mousky. Après-midi : promenade de Ghezireh, grotte et parc du Ghezireh Palace, 15 francs par personne, pour l'excursion d'une journée aux Pyramides de Sakkarah ; 45 francs par personne pour les trois jours.

D. *Hôtels du Caire.* — Prix réduits obtenus pour les congressistes : hôtel Bristol (par jour et par personne), 10 francs; hôtel du Nil, 10 francs; Eden Palace hotel, 10 francs; hôtel d'Angleterre, 13 fr. 15; Continental hotel, 15 francs; Shepeard's hotel, 15 francs; Ghezireh Palace hotel, 15 francs; Savoy hotel, 16 fr. 90.

Programme élaboré pour les congressistes disposant de peu de temps. — 17 décembre, première excursion au Caire; le 18, deuxième excursion au Caire; le 24, troisième excursion au Caire; le 25, excursion à Sakkarah; les 26, 27, 28, 29, 30, excursion rapide en Haute-Egypte par chemin de fer; les 31 décembre et 1er janvier, excursion sur le canal de Suez le 1er janvier à quatre heures de l'après-midi. — Des fêtes et réceptions en l'honneur des congressistes seront données par S. A. le khédive, le gouvernement égyptien, le comité d'organisation. — Le programme définitif en sera publié ultérieurement.

N. B. — Les congressistes qui désirent prendre part aux voyages et excursions indiqués ci-dessus, sont priés de vouloir bien adresser au plus tôt leur adhésion au secrétariat général du Congrès au Caire. — Les adhésions et cotisations sont reçues chez M. le docteur Achard, faubourg Saint-Honoré, 164, où les cartes de congressistes leur sont aussitôt délivrées.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-cinquième semaine, 787 décès, au lieu de 780 pendant la semaine précédente et au lieu de 856, moyenne ordinaire des semaines de novembre. L'état sanitaire continue donc à être satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 11 décès, au lieu de 10 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (10); le nombre des cas nouveaux reste stationnaire (54, au lieu de 59 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 61).

La rougeole a causé 2 décès (la moyenne est 3); la scarlatine 1 décès, comme pendant la semaine précédente (la moyenne est 2); la coqueluche 2 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (3); la diphtérie, 5 décès, au lieu de 8 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (7); le nombre des cas nouveaux a cependant augmenté (105, au lieu de 85 et de la moyenne 64).

La variole n'a encore causé aucun décès; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins (8) reste toujours très inférieur à la moyenne (27).

La diarrhée infantile a causé 25 décès de 0 à 1 an, au lieu de 33 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (31).

En outre, 16 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 99 décès, au lieu de 105 pendant la semaine précédente : 120 est la moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 4 décès (au lieu de la moyenne 10); bronchite chronique, 22 (au lieu de la moyenne 21); pneumonie, 23 (au lieu de la moyenne 31); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 50 (au lieu de la moyenne 68), dont 15 sont dus à la congestion pulmonaire et 23 à la broncho-pneumonie. En outre, 2 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 186 décès ; la méningite tuberculeuse, 18 ; la méningite simple, 20, les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 19 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 55; les maladies organiques du cœur, 57; le cancer a fait périr 60 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 9 décès; la cirrhose du foie, 11; la néphrite, 20; enfin, 36 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

LE SAMEDI 13 DÉCEMBRE 1902 à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 69 lots, des fournitures *d'herboristerie et de substances pharmaceutiques et produits chimiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des Hôpitaux et Hospices civils pendant l'année 1903.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Bureau des Marchés et Services généraux, avenue Victoria, 3, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.



ZOMOL
Z
SUC DE VIANDE DESSÉCHÉ

N° 131 — JEUDI 20 NOVEMBRE 1902 75e ANNÉE. JEUDI 20 NOVEMBRE 1902. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

PARALYSIES UNILATÉRALES DU VOILE

CONSÉCUTIVES A DES ANGINES DIPHTÉRIQUES UNILATÉRALES

Par MM. Ch. Aubertin et L. Babonneix,
Internes des hôpitaux.

Bien qu'elles aient été signalées depuis longtemps, les paralysies unilatérales du voile du palais consécutives à une angine unilatérale sont loin d'être aussi bien connues que les autres manifestations nerveuses de la diphtérie, ce qui tient à leur rareté relative, et surtout à la facilité avec laquelle elles passent inaperçues quand on n'a pas le soin d'examiner systématiquement le voile de toute personne qui, à la suite d'une angine, présente des troubles de la phonation et de la déglutition. Aussi avons-nous cru utile de rappeler l'attention sur cette forme intéressante de paralysie en en publiant trois nouvelles observations recueillies dans les services de MM. Sevestre et Roger.

Observation I. — *Angine diphtérique intense localisée au côté droit. Paralysie du côté droit du voile.* — B..., dix-neuf ans, entre le 20 octobre 1900, à l'hôpital d'Aubervilliers, dans le service de M. Roger, par une angine diphtérique intense localisée au côté droit. La fausse membrane, épaisse et blanchâtre couvre toute l'amygdale, les deux piliers, et s'étend en avant sur le voile dont elle recouvre presque toute la moitié droite. Le lendemain, la fausse membrane atteint la ligne médiane, et s'y arrête très exactement, n'empiétant pas, même de quelques millimètres, sur le côté gauche du voile. Sur l'amygdale gauche il n'existe pas de fausse membrane. L'ensemencement donne du bacille de Lœffler pur.

On injecte du sérum et, en quelques jours, la gorge se nettoie, mais bientôt, deux jours après la fin de l'angine, apparaît une paralysie vélo-palatine.

Cette paralysie est nettement unilatérale. Du côté droit, le voile est relativement immobile et ne s'élève que très peu dans les mouvements d'ensemble, tandis que le côté gauche s'élève normalement. La luette est fortement déviée du côté gauche. Les piliers du côté droit, surtout le pilier antérieur, sont parésiés. Les piliers du côté gauche sont normaux. Tous ces symptômes s'accentuent encore quand le malade prononce les voyelles A, E, I, ou lorsqu'il fait un mouvement de déglutition : alors l'asymétrie du voile du palais est frappante. La sensibilité est normale des deux côtés, le réflexe pharyngien est intact.

Cette paralysie unilatérale dure une douzaine de jours, sans s'étendre au côté gauche; la déviation de la luette persiste un peu plus longtemps, mais elle finit par disparaître, et le malade sort de l'hôpital absolument guéri.

Obs. II. — *Angine diphtérique intense prédominante à droite. Paralysie du coté droit du voile.* — D..., onze ans, entre le 5 octobre dernier à Bretonneau, dans le service de M. Sevestre, pour une angine diphtérique très intense, prédominante à droite. L'amygdale et le pilier antérieur de ce côté sont recouverts par une fausse membrane très épaisse, qui s'étend sur le voile, en avant, jusqu'à cinq centimètres de l'arcade dentaire et, latéralement, jusqu'à un demi-centimètre environ de la ligne médiane. La luette est intacte. Du côté gauche il n'existe qu'une très petite fausse membrane, large de trois millimètres environ, recouvrant la face interne de l'amygdale et ne s'étendant nullement aux régions voisines. L'ensemencement donne du bacille long et moyen. Malgré l'intensité des troubles locaux, l'état général est relativement bon.

Le lendemain, la fausse membrane s'étend encore en avant ; elle envahit, par le côté droit, la luette, qu'elle finit par envelopper complètement les jours suivants. Malgré les injections de sérum et les applications locales de teinture d'iode, la gorge met plus de dix jours à se nettoyer complètement.

Etant donné la prédominance remarquable des symptômes à droite, et nous souvenant du cas analogue déjà vu à Aubervilliers, nous pensons qu'une paralysie unilatérale du voile pourrait bien s'observer sous peu. En effet, le 14 octobre, c'est-à-dire *neuf jours après l'entrée*, et alors que la fausse membrane n'a pas encore tout à fait disparu (précocité qui s'observe rarement), apparaissent du nasonnement et du reflux des liquides par le nez.

La paralysie est exclusivement localisée au côté droit. A l'état de repos, le voile est légèrement asymétrique, la luette un peu déviée du côté gauche, le voile légèrement abaissé du côté droit. Vient-on à faire prononcer à l'enfant la lettre A, les symptômes s'accentuent notablement : la luette se dévie très fortement à gauche, le voile se déplace à peine à droite, tandis qu'il s'élève normalement à gauche, de telle sorte qu'il existe à ce moment une différence d'un demi-centimètre au moins entre les deux côtés du voile; le pilier antérieur gauche se rapproche fortement de la ligne médiane, le droit ne bouge pas. Cette asymétrie est encore plus marquée lorsqu'on fait effectuer à la malade un mouvement de

déglutition. Enfin, *lorsque l'enfant boit, le liquide revient exclusivement par la narine droite*, résultat qui se reproduit toutes les fois que la malade boit, et quelle que soit la position qu'elle prenne pour boire. La sensibilité du voile est normale, le réflexe pharyngien intact.

L'examen laryngoscopique montre que les cordes vocales se contractent normalement des deux côtés, ce qui permet d'éliminer l'hypothèse d'une paralysie systématisée de la branche interne du spinal (syndrome d'Avellis).

Cet état persiste jusqu'au 19 octobre : à partir de ce moment, le caractère unilatéral de la paralysie devient moins net, non que la paralysie ait gagné l'autre côté, mais parce qu'elle diminue d'intensité du côté droit. La malade, revue le 1er novembre, conserve encore une paralysie nettement unilatérale. De plus, l'enfant présente une paralysie de l'accommodation frappant également les deux yeux. Les membres sont intacts. Le 10 novembre la paralysie est moins nette, mais persiste toujours : le pilier antérieur gauche se contracte seul, mais le mouvement d'élévation du voile est presque aussi fort des deux côtés.

La troisième observation est moins nette, mais intéressante néanmoins parce qu'elle montre la transition entre la forme unilatérale et la forme commune, dans une angine à prédominance unilatérale. Nous n'en donnons ici que le résumé :

Obs. III. — *Angine diphtérique légère prédominante à gauche. Paralysie tardive prédominante à gauche.* — M..., 3 ans, entre le 25 septembre dans le service de M. Sevestre pour une angine diphtérique peu intense à bacille moyen. La fausse membrane est très étendue à gauche, où elle couvre toute l'amygdale, le pilier antérieur, et s'étend un peu sur le voile. A droite, il n'y a qu'une petite fausse membrane sur la face interne de l'amygdale. La guérison est rapide et l'enfant sort le 7 octobre.

La paralysie débute le 25 octobre. L'enfant vient à la consultation le 4 novembre. La moitié gauche du voile est beaucoup plus nettement paralysée que la moitié droite, de sorte que la luette, sans être déviée, semble reportée du côté droit. L'isthme du gosier est beaucoup plus étroit à droite qu'à gauche. Le tout s'accentue quand l'enfant parle ou fait un mouvement de déglutition; le pilier antérieur droit se contracte fortement, le gauche est presque immobile. Il n'y a pas de troubles sensitifs. Les yeux et les membres inférieurs sont normaux.

L'enfant est revenue le 10 novembre. Sa paralysie présente les mêmes caractères d'unilatéralité, un peu moins accentués cependant.

Dans cette dernière observation, la prédominance unilatérale est un peu moins nette, ce qui tient surtout à ce que, l'angine ayant été plus légère, la paralysie a été moins intense. De même l'apparition tardive (trentième jour) de la paralysie contraste avec la précocité remarquable d'apparition dans les deux autres cas (neuvième et dixième jours) et est due également, sans doute, à la moindre intensité de l'angine.

Les principales observations de paralysie unilatérale du voile ont été publiées par Colin (1), Magne (2), Acker (3), Roger (4).

Obs. IV (Obs. XLIX de Colin). — *Angine couenneuse limitée au côté gauche, suivie d'une paralysie palatine limitée aussi à gauche, puis d'une paralysie généralisée* (résumée). — G..., fusilier, entre au Val-de-Grâce le 20 juillet 1862, salle 27, n° 15. Ce malade est atteint, du 1er au 7 août, *d'une angine diphtérique, localisée au côté gauche de la gorge.* La fausse membrane, épaisse et tenace, recouvre l'amygdale gauche et le pilier antérieur de ce côté. On la cautérise au nitrate d'argent, elle disparaît complètement le 15 août.

Huit jours après sa disparition, c'est-à-dire le 22, apparaissent le nasonnement et des troubles de la déglutition. Ces troubles s'accentuent de jour en jour, et, vers le 30, on s'aperçoit que la paralysie se généralise lentement. Le 6 octobre, bien que la gêne de la déglutition et le nasonnement aient en grande partie disparu, on peut encore constater d'une manière presque aussi nette qu'au début, la paralysie partielle du voile, *paralysie limitée au côté envahi par l'exsudation couenneuse.* Ainsi, à l'ouverture de la bouche, si l'on engage le malade à faire un effort de déglutition, on voit que le point le plus élevé de la voûte palatine ne siège plus immédiatement au-dessus de la luette, mais sur le côté droit de la ligne médiane, au point correspondant à l'insertion du péristaphylien interne droit, à la membrane fibreuse du voile, en raison de l'inertie du muscle symétrique du côté gauche.

Cette forme s'exagère si le sujet prononce la lettre A, et on remarque alors, en même temps, que la luette est généralement entraînée à droite, ainsi que le raphé médian du voile, vu la prédominance d'action des muscles de ce côté. Si, pendant l'examen, il arrive au malade d'éprouver une nausée, d'où résulte à l'état normal la réunion sur la ligne médiane des deux piliers postérieurs, on observe que, chez lui, le pilier postérieur ne vient plus s'étaler en rideau jusqu'à la rencontre du droit, en raison de l'inertie du muscle pharyngo-staphylin du côté gauche. Du reste, la sensibilité soit tactile, soit électrique du voile ne semble pas plus diminuée d'un côté que de l'autre.

En somme, voilà un cas bien net d'angine couenneuse limitée au côté gauche suivie d'une paralysie palatine limitée aussi à gauche, puis d'une paralysie généralisée qui s'est déroulée avec sa régularité habituelle d'évolution, sans que cette tendance à la généralisation ait entraîné l'extension au reste du voile de la paralysie de son côté gauche.

Obs. V (Obs. XLVIII, Colin). — *Angine prédominante à droite ; paralysie du côté droit du voile* (résumée). — C..., caporal au 41e de ligne, constitution moyenne, tempérament nerveux, âgé de vingt-deux ans ; le malade était en garnison à Agen, lorsqu'il fut atteint d'une angine couenneuse d'une assez courte durée.

Le 11 juillet, il entrait à l'hôpital d'Agen où l'on constatait *la présence de fausses membranes sur les amygdales et, particulièrement, sur l'amygdale gauche*, fausses membranes que l'on traite par des cautérisations à l'acide chorhydrique.

Le 15, la gorge s'est nettoyée, l'appétit est revenu ; mais le 20, le malade éprouve de la fatigue en parlant, sa voix est devenue nasonnée ; il rejette parfois par le nez la boisson qu'il prend. Ces symptômes d'une paralysie toute locale du voile s'accentuent les jours suivants ; il s'y joint, le 6 août, des phénomènes de généralisation pour lesquels le malade entre au Val-de-Grâce le 16 août 1860.

A la visite du 17, en plus des signes fournis par la paralysie des membres, des yeux, etc., on constate un nasonnement très marqué de la voix, la contraction de tous les muscles de la face, lorsque le malade parle, et une grande fatigue à la suite de ces efforts de prononciation, le rejet des boissons par les fosses nasales, l'impossibilité de siffler, de souffler, et de gonfler les joues. A l'examen de la bouche, on observe que le voile ne se relève pas, et que la luette traîne sur la base de la langue ; mais si l'on fait prononcer la lettre

(1) Colin. De la paralysie dite diphtérique, *Études cliniques de médecine militaire*, Paris 1864, p. 283.
(2) Magne. *Des paralysies diphtériques*, Th. de Paris, 1878.
(3) Acker. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, Bd. XIII.
(4) Roger. *Les maladies infectieuses*, Paris 1902, et *Revue de méd.*, 1899-1900-1901.

A, le voile est entraîné à droite, et la dépression qu'à l'état normal on remarque à la base de la luette pendant l'émission de cette voyelle, apparaît, dans le cas actuel, à droite du raphé médian, au point qui nous semble correspondre à l'insertion du péristaphylin interne à la membrane fibreuse du voile. Du côté droit aussi, le contact d'une plume provoque des nausées, de sorte que, dans cette région, *la paralysie n'existe complète que du côté gauche* et suffit néanmoins à produire tous les troubles fonctionnels de l'inertie du voile entier.

Sur ce sujet, la paralysie a été limitée à ce côté du voile, c'est de ce côté que l'angine avait été le plus intense et avait nécessité de fréquentes et énergiques cautérisations; à ce sujet M. Colin rappelle que lui-même, après une angine prédominante à droite, a eu une paralysie du voile limitée au côté droit.

Obs. VI (Acker). — *Paralysie vélo-palatine droite consécutive à une angine droite, généralisation* (résumée). — Un malade de trente-huit ans contracte une *angine diphtérique prépondérante à droite*. Au bout de quelques jours, apparaissaient les troubles fonctionnels de la paralysie du voile: reflux des liquides par le nez, nasonnement, etc. A l'examen direct, on constate que la partie gauche du voile se contracte énergiquement, la *partie droite faiblement*, si bien que, dans son ensemble, le voile semble se porter à gauche. En même temps, se manifestent des troubles paralytiques du côté des yeux, des membres et du larynx.

Trois jours après le début de la paralysie du voile, on constate que celle-ci, quoique étant toujours unilatérale, est en voie de disparition; mais les troubles paralytiques des membres affectent maintenant la forme hémiplégique et présentent le même siège que la paralysie du voile; la faiblesse est plus prononcée à droite qu'à gauche. Couché, le malade peut lever la jambe gauche, mais ne peut déplacer la jambe droite. Le bras droit est également beaucoup moins fort que le bras gauche, Tous ces symptômes cèdent rapidement à la galvanisation et à la strychnine, et le malade sort guéri de l'hôpital.

Enfin M. Roger signale plusieurs cas de paralysie unilatérale consécutive à une angine unilatérale. Chez un malade la paralysie vélo-palatine était unilatérale, frappant le côté où les fausses membranes avaient été surtout abondantes (*Revue de médecine*, 1899, p. 370). Dans un autre cas, la paralysie du voile prédominait sur la moitié droite, qui seule avait été atteinte par le processus pseudo-membraneux. Le voile était dévié, la luette entraînée à gauche (*Id.*, 1901, p. 522).

La lecture de toutes les observations met en évidence quelques détails intéressants. La paralysie siège le plus souvent du côté où l'angine a seule existé ou prédominé, comme dans les observations de Colin, Acker, Roger et dans les nôtres, si bien qu'on pourrait admettre comme une loi à peu près constante le rapport topographique qui existe entre le côté de l'angine et celui de la paralysie consécutive. Mais cette loi comporte quelques exceptions, et, dans la thèse de Magne (1), nous trouvons un cas de paralysie unilatérale consécutive à une angine franchement bilatérale.

Cliniquement, cette variété de paralysie se traduit par les signes moteurs habituels: immobilité plus ou moins absolue d'une moitié du voile, déviation de la luette du côté sain, gêne dans les fonctions du côté paralysé. Ces signes physiques se doublent des phénomènes fonctionnels de la paralysie totale: nasonnement, reflux des aliments par le nez, si bien que la paralysie unilatérale court grand'chance d'être confondue avec une paralysie totale, si l'on n'a pas soin d'examiner attentivement le voile. Ce n'est que rarement, en effet, que les signes fonctionnels donnent à eux seuls des renseignements suffisants, comme dans la seconde de nos observations, où l'on note du reflux unilatéral des aliments. La sensibilité est le plus souvent conservée du côté malade, et la plupart des auteurs ne notent pas de différence à ce point de vue, entre le côté malade et le côté sain. Le réflexe pharyngien est normal; les réactions électriques n'offrent rien de spécial dans le cas de Colin.

Les paralysies unilatérales ne paraissent presque jamais aboutir à la paralysie totale du voile. Elles peuvent être suivies d'une paralysie généralisée comme dans un cas de Colin, sans que la partie saine du voile soit touchée à un moment quelconque de la maladie. Il y a là un fait très important au point de vue doctrinal, fait à rapprocher de cet autre, que parfois, lorsque la paralysie se généralise, elle prédomine du même côté que la paralysie du voile, comme dans le cas d'Acker. Ces différents faits tendent à prouver qu'il existe, entre le siège de l'inoculation diphtérique et les phénomènes paralytiques ultérieurs, des rapports topographiques étroits, rapports dont l'histoire clinique des paralysies diphtériques, en dehors même des paralysies du voile, nous fournit de nombreux exemples et que l'on peut d'ailleurs, ainsi que l'a montré récemment l'un de nous (1), reproduire assez facilement par l'expérimentation.

(1) Th. de Paris, 1898.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(18 novembre 1902)

L'Académie a tenu, hier, sa dernière séance dans la salle de la rue des Saint-Pères, après plus de cinquante ans de séjour dans cette ancienne chapelle d'où elle a failli être expulsée par ministère d'huissier, d'où, depuis plus de trente ans, elle doit partir pour s'agrandir et s'installer chez elle, dans un local digne d'elle. Ce n'est certainement pas sans quelque émotion que quelques vieux habitués de la maison sont venus occuper leur place pour la dernière fois dans cette salle, aujourd'hui toute triste et toute dénudée. Beaucoup de ces habitués la regretteront et la regrettent peut-être déjà, à commencer par les représentants de la Presse, dont plusieurs se plaignent de l'installation qui leur est réservée rue Bonaparte.

A mardi prochain l'inauguration de la nouvelle salle, avec la présence de M. le président de la République. Espérons qu'on se remettra après au travail et que nous aurons à rendre compte de séances plus intéressantes et plus chargées que ces deux ou trois dernières séances qui ont surtout consisté, comme celle-ci, en comités secrets.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[XVe congrès, 20-25 octobre 1902 (2)]

CHIRURGIE DES MEMBRES

M. Calot (de Berck) a la spécialité des titres suggestifs, **les raccourcissements et boiteries consécutifs à la coxalgie; moyens de les guérir et de les éviter.**

Les raccourcissements et boiteries peuvent être guéris

(1) L. Babonneix. Monoplégies diphtériques expérimentales, *Soc. de biol.*, 25 oct. 1902.

(2) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 130, p. 1288.

en effaçant le raccourcissement par le redressement et l'ostéotomie cervico-trochantérienne, si la tête est conservée; par la réduction du trochanter dans le cotyle, si la tête est détruite ou à peu près, et en fixant ensuite le fémur dans la position de légère abduction où on l'a placé.

Mais, et surtout, ces raccourcissements et boiteries seraient évitables si, dans tous les cas de coxalgies en traitement, dès que le chirurgien a vu qu'il ne pourra pas obtenir la guérison intégrale, il mettait systématiquement la jambe dans une abduction suffisante pour corriger le raccourcissement et cherchait tout aussi systématiquement à provoquer la soudure immobile de la hanche dans cette position. En effet, avec une jambe raide, mais aussi longue et aussi solide que l'autre, et grâce à la mobilité supplémentaire qui se produit chez l'enfant dans les articulations du rachis inférieur, les anciens coxalgiques pourront s'asseoir assez aisément, mais surtout ils ne boiteront plus d'une manière appréciable, tandis que plus des neuf dixièmes des coxalgiques voient survenir des raccourcissements et des boiteries lamentables avec les modes de traitement actuels.

M. Péraire présente des malades chez lesquels il a fait des **transplantations tendineuses pour pied bot paralytique** Ses résultats sont très encourageants. Voici le procédé opératoire qu'il préconise.

1° Mise à nu des muscles à anastomoser;

2° Taille ou dédoublement des segments tendineux; le dédoublement s'effectue en coupant de haut en bas au bistouri un segment tendineux dans le tendon du muscle paralysé, et en agissant de même, mais de bas en haut, sur le muscle sain;

3° Écartement des deux segments tendineux, en haut et en bas, avec des pinces de Kocher. Cet écartement met à nu les deux surfaces cruentées des muscles ainsi avivés par dédoublement;

4° Réunion de ces deux surfaces musculaires ainsi avivées par un surjet ou une suture à points séparés au fil de soie;

5° Accolement par-dessus des lambeaux tendineux repérés par les pinces et rapprochés l'un de l'autre par deux points de suture en U, une fois les pinces enlevées;

6° Suture de la plaie cutanée, drainage, pansement aseptique, appareil plâtré.

M. Péraire présente une série de malades chez lesquels on pouvait observer toutes les variétés de pieds bots. On peut facilement se rendre compte qu'il y a eu non seulement correction de la marche et disparition des douleurs, mais encore, chez plusieurs d'entre eux, les déformations du squelette du pied lui-même ne sont plus appréciables à la vue.

Cette **transplantation tendineuse** a été utilisée par M. Vulpius (de Heidelberg) **pour les paralysies de la cuisse.**

Il existe un trouble fonctionnel constitué par la contracture du genou qui a son origine dans la paralysie des muscles extenseurs, alors que les fléchisseurs ont gardé leur vigueur; le malade marche courbé, la main appuyée sur la cuisse. Or, dans ces cas, la ténotomie simple des fléchisseurs n'a aucune valeur pour la guérison de la paralysie; beaucoup plus rationnelle est la transplantation des tendons qui transmet la vigueur des fléchisseurs au groupe des extenseurs.

Mais le remplacement opératoire du triceps fémoral par les fléchisseurs ou adducteurs est d'une technique extrêmement délicate et qui nécessite de la part du chirurgien une habileté exceptionnelle et surtout une grande pratique. Cependant, lorsqu'on le réussit, on a toutes les chances d'arriver à un résultat complet quant à la fonction; le genou reprend sa capacité d'extension active à mesure que le nouveau muscle se fortifie et s'exerce. Ce traitement peut donner de très bons résultats même dans les cas les plus graves; mais alors il doit souvent être complété par d'autres opérations. En tous cas, dès aujourd'hui, la transplantation tendineuse dans les paralysies de la cuisse apparaît comme une opération des plus intéressantes et des plus importantes.

M. Mencière (de Reims) est partisan de l'**opération d'Ogston** plutôt que de l'astragalectomie comme traitement du pied plat valgus douloureux. Mais après correction opératoire, ce chirurgien insiste sur la nécessité d'une gymnastique musculaire particulière, qui constitue un véritable dressage méthodique à la marche.

M. Berger revient sur l'**amputation inter-scapulo-thoracique**, qui donne de très bons résultats pour les tumeurs de l'extrémité supérieure de l'humérus, mais qui devient une opération meurtrière (50 p. 100) et suivre de fréquentes récidives pour les tumeurs malignes de l'omoplate.

M. Frœlich (de Nancy) lit un travail sur cette question, toujours un peu aride, du **traitement du pied bot congénital par le redressement manuel.**

Voici les conclusions de son travail, l'action anatomique du redressement manuel consiste à amener progressivement une luxation de l'avant-pied sur l'arrière-pied au niveau de l'articulation de Chopart. Le redressement est définitif lorque l'avant-pied reste luxé d'une façon permanente au-dessus et en dehors de l'arrière-pied; à ce moment le cuboïde s'est placé sur le bord externe du calcanéum et le scaphoïde s'est placé sur le bord externe, devenu supérieur, du col de l'astragale; cuboïde et scaphoïde ont entraîné dans leur déplacement les cunéiformes et les métatarsiens. Toutes ces luxations sont possibles grâce à l'allongement et à l'arrachement des ligaments en V, du grand ligament interne et des fibres rouges des deux jambiers. Le retour du corps de l'astragale dans la mortaise et la section du tendon d'Achille favorisent ce redressement. La forme même des osselets du tarse n'est que peu modifiée : tout se borne à un changement de direction de leurs facettes articulaires.

En analysant le redressement on voit :

1° Que l'adduction est guérie par la rupture des jambiers, du ligament en Y, et par la luxation du cuboïde sur le bord externe du calcanéum;

2° Que le varus disparaît grâce à la luxation du cuboïde au-dessus du calcanéum;

3° Que l'équinisme est détruit par la luxation du scaphoïde au-dessus de l'astragale, par la rentrée partielle de cet os dans la mortaise et par la section du tendon d'Achille.

La morphologie et le fonctionnement des pieds ainsi redressés sont plus satisfaisants qu'après des opérations sanglantes.

Pour arriver à transformer ainsi en un pied normal un pied varus équin, un an est nécessaire. Le nombre de séances de redressement varie de quinze à trente-deux. Le mode de fixation après chaque étape est gradué : successivement simple bande de flanelle, attelle externe de Saint-Germain en tôle, appareil à traction élastique, botte plâtrée, enfin bottine en cuir moulé.

Quant aux pieds bots qui ont marché, M. Frœlich les divise, comme les pieds bots des nourrissons d'ailleurs, en *pieds bots maigres* ou ostéo-tendideux, dont le redressement est obtenu en une seule séance de redressement forcé sous le chloroforme, et *pieds bots gras ou charnus*, qu'il opère par la tarsectomie cunéiforme postérieure avec ablation du coin calcanéo-cuboïdien et de l'astragale en entier.

M. Ménard (de Berck) donne la description d'une localisation peu connue de la tuberculose osseuse. Il a réuni 15 cas de **tuberculose du pubis.**

Les débuts de l'affection sont latents : jusqu'à la formation de l'abcès ou même l'apparition d'une fistule, elle ne se ma-

nifeste d'ordinaire par aucun signe apparent. Abcès et fistules occupent deux sièges de prédilection : la région inguinale et la région hypogastrique. Ce dernier est très difficile à diagnostiquer et on le prend le plus souvent pour un fibrome de la paroi ou une hernie musculaire. L'abcès inguinal s'accompagne souvent de troubles du côté de la hanche qui peuvent simuler une coxalgie ; à l'abcès, succède généralement, soit après une ouverture spontanée, soit après incision, une fistule. Parfois la fistulisation peut se faire au loin dans le voisinage de la hanche et de l'anus ; c'est dans ces cas surtout qu'on est porté à songer à la coxalgie, car le malade souffre du côté de sa hanche et présente une boiterie plus ou moins accentuée dans le membre correspondant ; il suffira cependant, pour élucider la question, d'explorer les mouvements de flexion, d'extension, d'abduction du membre, qui, dans la tuberculose du pubis, seront toujours complets. Fait curieux : les troubles vésicaux sont exceptionnels (incontinence d'urine, cystite).

Le diagnostic sera le plus souvent facile ; il suffira d'explorer le trajet fistuleux pour trouver, au bout, la partie d'os dénudée qui fixera l'origine du mal.

Le traitement est des plus simples : incision de l'abcès, suivant l'incision de la fistule quand il y a lieu, curetage et ablation des séquestres Tous les malades opérés convenablement ont guéri sans boiterie.

M. Ducroquet fait connaître les résultats que lui a donnés **la méthode orthopédique appliquée au traitement des luxations congénitales de la hanche.**

L'auteur présente un appareil articulé en celluloïd, qui lui permet de placer et de fixer la jambe dans n'importe quelle position, et de la ramener, par exemple, progressivement de l'abduction extrême à la position normale. Avec ce seul appareil on peut amener l'enfant à la guérison. M. Ducroquet présente en outre une table spéciale qui lui permet de fixer d'une façon absolue la jambe réduite soit pendant la fabrication de l'appareil plâtré ou la pose de son appareil articulé. Il s'étend ensuite sur la façon de faire la mobilisation lorsque tout appareil est enlevé ; il insiste beaucoup sur le massage du moyen fessier.

M. Ducroquet présente, à l'appui de sa communication, 10 malades sans appareil depuis plus d'une année et dont la marche est absolument normale, à tel point qu'il est impossible de reconnaître à l'œil quel était le côté luxé. La radiographie montre qu'il existe chez tous une réduction anatomique véritable.

M. Gangolphe (de Lyon) a réuni, en l'espace de seize ans, une quarantaine d'observations de **tumeur blanche sous-astragalienne.**

La synoviale astragalo-calcanéenne postérieure avoisine les gaines tendineuses rétro-malléolaires externes et internes, d'où envahissement fongueux très fréquent de ces gaines. La synoviale astragalo-calcanéenne antérieure communique avec l'astragalo-scaphoïdienne, d'où bourrelet fongueux rétro-scaphoïdien en pareil cas. Les mouvements de latéralité du pied se passent exclusivement dans la sous-astragalienne, ceux de torsion dans celle-ci et l'astragalo-scaphoïdienne. Dès lors l'envahissement bilatéral des gaines tendineuses rétro-malléolaires, la gêne dans les mouvements de latéralité du pied caractérisent cette affection et la différencient de la tarsalgie, de l'ostéite du calcanéum, des synovites tendineuses. A noter l'adénopathie inguinale fréquente.

Comme traitement, il faut enlever l'astragale chez l'adulte, alors que, chez l'enfant, on peut se contenter de moyens plus simples. On peut résumer les avantages de l'astragalectomie comme suit :

1° Elle ouvre une large voie à l'exploration et aux opérations complémentaires, parfois nécessaires sur le calcanéum ou le scaphoïde pour faire une toilette complète ;

2° Elle permet seule un drainage efficace et constitue une voie d'accès longtemps ouverte sur des surfaces susceptibles de devenir le point de départ de récidive ;

3° Elle supprime un os qui peut avoir été le point de départ de la maladie ;

4° Les résultats fonctionnels sont excellents.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Pronostic de la pleurésie séreuse établi d'après une statistique de 152 cas. — M. Richard Cabot a limité son observation à des sujets porteurs d'un épanchement séro-fibrineux manifeste et indemnes de tout signe apparent de tuberculose. Il a volontairement laissé de côté les cas de pleurésie sèche, de pleurésie purulente, de lésions tuberculeuses pleuro-pulmonaires, pour s'en tenir à la pleurésie aiguë avec épanchement.

Il résulte de ces recherches que 80 p. 100 des sujets, tenus en observation pendant cinq années et plus, sont en parfait état de santé ; 15 p. 100 ont eu, tôt ou tard, des manifestations tuberculeuses du côté des os ou des poumons. La forme de tuberculose habituellement observée dans ces circonstances était bénigne et à évolution lente. Dans les cas suivis de mort, celle-ci n'est survenue que cinq ans et plus après la pleurésie. Toutefois, une tuberculose à évolution rapide peut se développer longtemps après l'époque de la pleurésie (neuf ans dans un cas, seize ans dans un autre). Les sujets qui sont restés cinq ans et davantage sans présenter de déterminations tuberculeuses n'avaient pas d'antécédents morbides personnels ou héréditaires ; au contraire, parmi ceux qui sont devenus tuberculeux, les deux tiers avaient un passé morbide ou des antécédents familiaux entachés de tuberculose. Cette notion doit donc être envisagée très sérieusement dans l'évaluation du pronostic. La récidive de la pleurésie, après l'attaque initiale, n'est survenue que dans la proportion de 3 p. 100.

D'après l'auteur, le pronostic doit être considéré comme bénin quand il n'existe pas de tuberculose dans les antécédents du sujet. Il passe d'ailleurs rapidement sur la question de la nature tuberculeuse de la pleurésie séro-fibrineuse, se contentant de dire que, si cette affection est de nature bacillaire, il s'agit d'une forme très atténuée, même quand le parenchyme pulmonaire est intéressé ultérieurement. (*American Medicine*, p. 951, 1902.) A. H.

Diabète aigu chez un enfant de trois ans. — M. Swartzlander rapporte l'observation intéressante d'une fillette de trois ans qui a succombé à une forme particulièrement grave de diabète. Ses antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier. Six semaines avant de mourir dans le coma, l'enfant fut prise d'une indigestion dont elle parut tout d'abord guérir. Mais elle eut bientôt un besoin immodéré de boire, accompagné de polyurie, d'anorexie, et en même temps un certain degré d'émaciation. Un vase ordinaire pouvait à peine contenir l'urine de la nuit. Près de 3 litres et demi furent éliminés dans une seule période de vingt-quatre heures. Le liquide urinaire contenait 3,2 p. 100 de sucre ; pas d'albuminurie, le poids spécifique était de 1048. Les poumons étaient sains, le cœur présentait un léger souffle anémique à l'orifice mitral. Trois jours avant de mourir l'enfant entra dans le coma ; les extrémités étaient froides et cyanosées, les réflexes presque abolis, les pupilles dilatées, ne réagissant plus à la lumière, la respiration stertoreuse, le pouls déprimé et incomptable. L'odeur d'acétone de l'haleine était des plus marquées. La respiration devint

de plus en plus superficielle puis s'éteignit tout à fait. (*New-York med. Journ.*, 18 oct. 1902.) A. H.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine et de thérapeutique (1), publié sous la direction de MM. P. Brouardel et A. Gilbert. T. X. *Maladies des nerfs périphériques, névroses, maladies des muscles.*

Ce tome, récemment paru, complète la série des volumes déjà publiés dans le *Traité de médecine et de thérapeutique*, et termine l'étude des maladies nerveuses entreprise dans le tome X. Le chapitre des *névrites périphériques* est traité par MM. Pitres et Vaillard. On sait combien ce sujet s'est transformé en ces dernières années et quelle place, après avoir été systématiquement négligées au profit des poliomyélites, les maladies des nerfs tiennent actuellement dans la pathologie nerveuse. Malgré les recherches de tout ordre dont elles ont été l'objet, elles présentent encore beaucoup de points douteux, de chapitres inachevés, de détails à reviser. C'est que leur étude est fort complexe et que, étendus entre les centres nerveux et les tissus périphériques, les nerfs subissent l'influence trophique des uns et des autres, en même temps qu'ils exercent une influence trophique sur les uns et sur les autres. Il en résulte que leurs maladies, même si elles sont simples et localisées au début, tendent forcément à se propager au loin et à se compliquer. » Les notions que nous possédons actuellement sur les névrites, nous les devons en grande partie à MM. Pitres et Vaillard : aussi nul plus que ces auteurs n'était désigné pour écrire le chapitre des maladies des nerfs périphériques. Ils étudient successivement la séméiologie générale des maladies des nerfs, puis chacune des névrites en particulier, névrite du nerf cranien, du plexus cervical, brachial, lombaire, sacré. Le chapitre de l'*hystérie* a été rédigé par MM. Gilles de la Tourette et G. Gasne : ces auteurs nous donnent un exposé complet de la question de l'hystérie telle qu'on l'envisage aujourd'hui : maladie mentale due à une idée fixe (Charcot, Raymond, Janet) ; névrose du système nerveux tout entier (Grasset) ; maladie d'origne physiologique, les processus psychologiques étant des conséquences et non des causes (Sollier). De l'hystérie il faut rapprocher l'*hypnotisme*, que traitent les mêmes auteurs. La *chorée* et les *tics* ont été confiés à M. Triboulet, qui étudie séparément les désordres nerveux de la chorée (*chorée symptôme*) et les modifications de l'état général chez les choréiques (*chorée maladie*). M. Launois s'est chargé des articles *bégaiement* et *mutité*. MM. Grasset et Rauzier de l'*épilepsie*, question qui, à l'heure actuelle, « traverse une phase pénible de bouleversement médical. » Si bien qu'on est arrivé, « depuis les travaux de Chaslin (1889), depuis les récentes recherches concernant la physiologie pathologique de l'épilepsie et révélant le rôle des intoxications et auto-intoxications dans la genèse des accidents à restreindre de plus en plus le rôle et l'importance de la névrose comitiale. » Dans l'imposibilité où l'on se trouve aujourd'hui de donner de l'épilepsie une idée définitive, MM. Grasset et Rauzier étudient successivement la névrose comitiale et l'épilepsie symptomatique, tout en faisant remarquer qu'entre ces deux modalités de l'épilepsie, il n'y a pas de ligne de démarcation absolue. M. Guinon, médecin de l'hôpital Trousseau, nous donne un intéressant article sur l'*éclampsie infantile*, M. Lamy met au point la question si discutée et si intéressante de la *tétanie* et la *maladie de Thomson*, M. Sainton traite le *goitre exophtalmique*. On lira avec plaisir et profit les articles de Brissaud sur les *neurasthénies* et les *migraines*, articles qui précédent immédiatement ceux de M. Marinesco sur les *maladies des muscles*.

Ce tome du *Traité de médecine et de thérapeutique* sera consulté par tous ceux qui, sur la pathologie spéciale du système nerveux périphérique et des muscles, voudront avoir des idées exactes et complètes. Le soin avec lequel les collaborateurs ont été choisis, la beauté de l'impression assurent à ce volume un succès certain et font le plus grand honneur aux auteurs et aux éditeurs. L. B.

(1) T. X. In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — *Bordeaux.* — M. Cavalié, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux, est nommé professeur d'anatomie à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.

Le *Journal de médecine de Bordeaux* fait remarquer à ce propos que Bordeaux a fourni comme professeurs d'anatomie : MM. Cavalié à Clermont, Testut à Lyon, Planteau à Alger, Cannieu à Bordeaux.

Écoles de médecine. — *Poitiers.* — Après un très brillant concours, M. le docteur Beauchant, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé professeur suppléant de clinique médicale à l'École de médecine de Poitiers.

Guerre. — Par décret en date du 14 novembre 1902, ont été nommés dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe auxiliaire Philippe, maintenu au 5e d'infanterie coloniale, à Cherbourg; Rousseau et Heusch, en service, maintenus le premier au 5e d'infanterie coloniale à Cherbourg, et le second à Madagascar.

L'Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu le dimanche 30 courant, à deux heures précises dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Tout membre du Syndicat qui désirerait faire une communication à cette Assemblée, est prié de s'entendre, à ce sujet, avec le Conseil d'administration avant le 24 novembre.

A l'ordre du jour de cette assemblée figure l'élection du Conseil d'administration.

Tous les membres du Syndicat sont instamment priés d'assister à cette réunion.

Clinique ophtalmologique. (M. le docteur A. Terson.) — Les mardis et jeudis, à une heure et demie, à la Clinique, rue Jacob, 52, présentation de malades, conférence clinique et opératoire.

Cours périodiques (s'inscrire d'avance tous les jours d'une heure et demie à deux heures et demie) sur les notions d'ophtalmologie utiles aux praticiens (examen clinique de l'œil, diagnostic et thérapeutique, technique ophtalmologique, rapports des maladies des yeux et des maladies générales).

Œuvre générale des dispensaires antituberculeux. — Une conférence sur « Les dispensaires antituberculeux et les mutualités » sera faite par M. le professeur Charrin, médecin des hôpitaux, à la mairie du XIVe arrondissement (place de Montrouge), le mercredi 19 novembre 1902, à neuf heures du soir.

Cette réunion aura lieu à l'occasion de l'ouverture du Dispensaire antituberculeux de Plaisance, 10, rue Schomer.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 132. — SAMEDI 22 NOVEMBRE 1902. 75e ANNÉE SAMEDI 22 NOVEMBRE 1902. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Les sténoses pyloriques.

Par M. Paul THAON, interne des hôpitaux de Paris.

Préposé par sa situation à la partie terminale de l'estomac à commander le séjour du contenu d'un organe qui, comme la plupart des viscères creux, possède entre ses parois musculeuse et muqueuse et l'orifice régulateur de sa pression interne des connexions physiologiques aptes à se transformer en retentissements pathologiques, le pylore est de plus, au point de vue topographique accolé, à des vaisseaux sanguins, à des ganglions lymphatiques nombreux, et en contact ou voisinage rapproché avec les voies biliaires, le foie, le pancréas... rapports qui le rendent infiniment impressionnable aux modifications pathologiques de son entourage; s'il est cependant assez mobile (Braune) pour se déplacer encore, il trouve souvent là une raison de plus de se déformer.

Innombrables sont donc les causes possibles de sténose pylorique, les plus importantes étant cependant l'ulcère, le cancer et les adhérences et brides péritonéales de la région.

Cependant sous cette riche étiologie se dégage un syndrome assez caractérisé pour être étudié isolément, en faisant la restriction des signes et des variations conditionnés par l'affection causale. Les sténoses toutes sous-pyloriques ne sauraient motiver une description différente, car à part leur localisation lésionale différente et certaines particularités cliniques que nous indiquerons, elles ont une étiologie et un traitement analogues.

I

Symptômes. — Rapide dans certains cas, le syndrome de la sténose pylorique évolue plus habituellement d'une façon lente.

Si toute une série de troubles dyspeptiques ont marqué son installation et si les phénomènes fonctionnels et généraux appellent l'examen, ce sont cependant les signes physiques qui priment les autres séméiologiquement; c'est par eux qu'il faut commencer; ce sont eux qui définissent le syndrome, et, pour limiter la question, il faut s'en tenir au principe formulé par Hayem.

« Tout individu ayant dans l'estomac, non d'une façon passagère mais durable, après le jeûne de la nuit un liquide résiduel souillé de débris alimentaires reconnaissables, est atteint de sténose pylorique. » Il y a alors stase gastrique vraie, permanente et habituellement dilatation de l'estomac.

Normalement la *topographie de l'estomac* projetée sur la paroi thoraco-abdominale présente deux portions : une supérieure verticale qui, placée sous le gril costal répond à l'espace de Traube; une inférieure, région prépylorique ou antre pylorique. Cette dernière portion est la plus importante à déterminer car elle est la seule vraiment motrice. Tandis que la partie supérieure de l'organe est cachée par le foie, on peut examiner la partie inférieure : la portion la plus déclive à jeun est au niveau d'un plan passant par les neuvièmes côtes (Soupault, Terrier et Hartmann) ou par les dixièmes (Luschka, Jonnesco). On admet communément comme plan inférieur de l'estomac rempli ou insufflé, la ligne allant de la onzième côte à l'ombilic (Bouchard).

L'estomac *dilaté dans la sténose pylorique* se déforme surtout en hauteur, au détriment de la partie la plus déclive; la région prépylorique qui se disloque, s'élargit, descend au-dessous de l'ombilic, en se rapprochant (Mathieu) de l'épine iliaque antéro-supérieure droite; l'élargissement transversal s'y joint aussi, mais est exceptionnellement prédominant. Le degré de cette dilatation est infiniment variable; tantôt minime, elle peut tantôt descendre près du pubis.

Les *parois* du viscère se modifient. Duplay a, le premier, bien étudié la dilatation. Cruveilhier montra qu'il y avait en même temps hypertrophie portant sur toutes les parties constituantes : muqueuse, celluleuse, musculeuse, mais, qu'après cette première phase d'hypertrophie compensatrice, l'estomac entrait en asystolie, était forcé.

Dans cette dilatation s'accumulent les liquides de la stase que l'estomac ne peut plus faire passer par le pylore rétréci. Ce sont ces deux éléments, stase et dilatation, et leurs retentissements pathologiques sur les fonctions gastriques et sur les autres fonctions de l'organisme, qu'il faut étudier méthodiquement.

INSPECTION. — Hayem et Lion, après avoir fait coucher le malade sur le dos, le tronc légèrement élevé, les jambes légèrement étendues, respirant doucement et relâchant ses muscles abdominaux, recommandent de regarder de face et de profil : suivant les cas, on note que l'abdomen est évasé par en haut, par en bas, saillant au milieu, saillant en bas; ces deux derniers cas se rapportent à la dilatation, le dernier à la dilatation avec ptose; quelquefois on pourra ainsi remarquer la saillie d'une tumeur.

Souvent on voit se produire à gauche de l'ombilic, s'accompagnant parfois d'une petite colique, une tuméfaction globulaire qui se déplace jusque dans l'hypocondre droit, tantôt spontanée, à la suite d'un effort de l'estomac, tantôt provoquée par la simple palpation ou par une légère percussion. Ces mouvements se répètent et se suivent en ondes. Cette « agitation péristaltique » ou « ondulation épigastrique » décrite par Kussmaul n'apparaît que par accès, terminés souvent par un vomissement; elle traduit la lutte gastrique contre l'obstacle pylorique. On ne la confondra pas avec celle qui a quelquefois pour siège le côlon, mais où les mouvements vont de droite à gauche.

Cependant on a pu voir d'autres ondes gastriques progresser en sens inverse « antipéristaltiques ». Elles sont exceptionnelles.

Parfois l'estomac peut se contracter « en masse », dit Cruveilhier, sans ondulations, pareil sous la main à l'utérus contracté. Au cours des phases d'exacerbation de la tonicité gastrique, surtout chez les sujets très amaigris, on peut voir se dessiner la grande courbure et même la petite chez la femme dont l'estomac est vertical et abaissé, pendant que la main contrôle et signale une sensation de résistance diffuse.

Bouveret a récemment attiré l'attention sur un symptôme analogue : la « tension intermittente de l'épigastre ». Le malade étant couché, bien en résolution, on remarque que la région épigastrique est asymétrique, plus saillante à gauche qu'à droite, sans pourtant que cette tuméfaction aille jusqu'à l'ombilic; résistante au palper, tandis que l'hypocondre doit reste souple; la percussion dénote une sonorité variable avec le degré de tension du viscère. Cette tuméfaction reste immobile sans ondes, puis s'affaisse tout à coup sans laisser subsister la moindre asymétrie, pour se reproduire au bout d'un instant et ainsi de suite « comme un ballon qu'on gonflerait et dégonflerait avec une pompe foulante et aspirante ». Ce signe apparaîtrait bien avant les ondulations, alors que la rétention ne fait que s'ébaucher, et serait donc très utile pour un diagnostic précoce.

Quand la sténose est ancienne, l'organe est inerte; les ondulations s'espacent ou disparaissent.

Insufflation. — Souvent, pour bien mettre en valeur la dilatation, il faut distendre l'estomac; il serait défectueux de chercher à le distendre avec des liquides; on se sert d'air ou de gaz : ainsi insufflé, il donnera de nouvelles indications à comparer avec l'état de vacuité ou de stase simple, et ayant pris un contact plus étendu avec la paroi, il peut montrer une tumeur et en tous cas facilite toujours les déterminations de sa surface.

On pratiquera l'insufflation par l'ingestion d'acide tartrique et de bicarbonate de soude (6 à 8 grammes de chaque), qui dégagent ensemble de l'acide carbonique, ou en soufflant après cathétérisme dans la sonde avec la double poire du thermo-cautère, quelquefois directement avec la bouche.

Percussion et palpation. — Ainsi que la palpation, elle se pratique sur le malade couché horizontalement et en état de résolution; Soupault préférerait un plan incliné à 45 degrés.

La *percussion*, forte pour la portion thoracique, légère sur l'abdomen, montrera les limites supérieures et inférieures; en bas pour bien distinguer l'estomac du côlon, on aura recours à l'insufflation et on percevra alors des différences de son variables mais évidentes. « Il convient, dit Mathieu, de percuter tout d'abord de haut en bas, de la zone pulmonaire à la zone stomacale, puis lorsqu'on s'est mis le son gastrique dans l'oreille, de la zone intestinale à la zone stomacale. »

Quand des gaz viennent surnager dans l'estomac, souvent la percussion donne un bruit de claquement distinct du clapotage que révèle la palpation (Hayem et Lyon).

On pourrait faire aussi la percussion auscultée avec le stéthoscope de Bianchi-Bazzi et autres instruments analogues; Laboulais et Roux l'ont expérimenté pour rechercher la présence de liquide et n'ont pu obtenir nettement que la limite supérieure.

Chervinski a fait remarquer que la percussion au niveau des neuvième et onzième espaces intercostaux en arrière et à gauche décelait une matité analogue à un épanchement moyen, à convexité supérieure et disparaissant si le malade se penche en avant ou si on évacue l'estomac.

Citons encore le procédé de Queirolo qui, après introduction de la sonde, gonfle une petite vessie située à son extrémité intra-gastrique, puis percute et observe les mouvements imprimés à l'extrémité libre de l'instrument.

La *palpation* sera pratiquée avec une main, de température égale à celle du malade. Elle montre, à côté de la tension intermittente et du péristaltisme, l'existence de certaines tumeurs et apprécie de plus le degré de sensibilité douloureuse de la région.

Elle provoque du « clapotage », signe très important, décrit par Chomel, parfaitement étudié par Bouchard qui a montré toute sa valeur; il traduit l'existence de liquide et partant, dans certaines conditions, l'existence de la stase.

Rappelons-nous, pour son interprétation comme pour tous les examens de la stase, que l'estomac doit être vide deux heures après une ingestion de liquide, cinq à sept heures après un repas ordinaire, qu'il y a atonie simplement quand il s'évacue lentement, mais qu'il est vide en dix heures, qu'il y a bien stase, rétention permanente, quand d'une façon permanente il n'est pas vide en douze heures.

Le clapotage s'obtient en donnant avec les doigts réunis des petites secousses brusques et répétées; ce bruit diffère du gargouillement intestinal en ce qu'il est liquide et l'autre hydroaérique, bulleux. Mais veut-on ainsi se rendre compte de la forme de l'estomac, il faut se méfier des secousses qui lui seront transmises par un organe voisin et pour cela se borner à des chocs très légers et arrêter la propagation possible de l'ébranlement avec le bord cubital de l'autre main.

Dans les cas d'estomac très plein ou de tension gazeuse excessive, ce bruit ne se produit plus; dans ce cas et dans les cas précédents on pourra rechercher, en ébranlant latéralement d'un mouvement brusque le malade, le « bruit de succussion », entendu d'ailleurs parfois à l'occasion d'un mouvement spontané du malade; il corroborera les données du clapotage; d'ailleurs le cathétérisme vérifiera d'une façon absolue.

Quand les muscles abdominaux restent contractés, Mathieu conseille de placer une main de chaque côté en dehors des grands droits et de rechercher le clapotage par des pressions brusques alternatives.

On a fait beaucoup d'objections à la valeur du bruit de clapotage. Il existerait normalement au moment des repas; Elsner le retrouverait sur des femmes saines, parfois même à tous moments; il y aurait lieu de ne pas le confondre avec le bruit de collision d'anses intestinales flasques (Debove), fréquent chez les femmes entéroptosiques; Soupault l'a vu quelquefois manquer, alors que le cathéterisme était affirmatif.

Il est certain que bien des conditions interviennent dans sa production : quantité et qualité du liquide, relâchement des parois abdominales, atonie du muscle gastrique, distension gazeuse.

Il n'en est pas moins vrai que sa constatation, dans un examen soigneux et dans les conditions régulières, est significative.

Palpation du pylore. — Il est superflu d'insister sur la nécessité de la pratiquer soigneusement et de rechercher s'il y a une tumeur ou des contractions qui, quelquefois, auraient pu par leur persistance faire croire à une tumeur. Il faut palper après un vomissement ou après un cathétérisme; il pourra être utile de faire coucher le sujet sur le côté gauche et de palper à la fin d'une profonde inspiration (Bouveret). Obraztsow vient d'étudier ce point : pour lui le pylore, palpable seulement quand le foie s'élève ou quand lui-même s'abaisse, donne la sensation d'un cylindre gros comme le pouce, de consistance variable, alternativement flasque ou dur. Il y signale un borborygme spécial, une sorte de grincement. Ce sont là des symptômes normaux, mais pour lui la contraction pourrait devenir spasme pathologique. Bouveret avait déjà signalé que chez des sujets amaigris, surtout chez des femmes à cause de l'abaissement produit par le corset, il avait pu, pendant les accès douloureux de l'hyperchlorhydrie, sentir le pylore alternativement dur, puis flasque, et il insiste sur la confusion possible de ces cas de « crampe du pylore » avec une tumeur ou une induration cicatricielle.

Nous n'insisterons pas sur *d'autres méthodes* très nombreuses, utiles, mais n'étant pas d'une application clinique usuelle. Telles sont :

La *gastrodiaphanie* pratiquée par Millot, le premier en 1867, et utilisée fréquemment par Einhorn (de New-York), Rosenheim, Chauffard, Oppler..., où, à l'aide d'une puissante lampe électrique introduite dans l'estomac plein d'eau, on examine dans une chambre noire la transparence gastrique sur la paroi;

La *gastroscopie*, examen direct interne de l'organe à l'aide d'un appareil spécial (Mikulicz, Rosenheim, Redwizoff);

La *radioscopie*, pratiquée d'abord par Roux, Balthazard et Cannon, après ingestion de bismuth en suspension dans l'eau, et utilisée depuis par Boas et Lévy Dorn, Rosenfeld avec quelques différences de technique.

Étude de la tonicité stomacale. — Certains auteurs ont cherché à apprécier la tonicité musculaire de l'estomac et à en tirer des indications pour le traitement de la stase.

La constatation d'un péristaltisme intense pourra être dans cette circonstance assez favorable. Le clapotage donnera des indications à interpréter utilement. On comparera l'estomac vide évacué et l'estomac plein (méthode de Déhio: réplétion graduelle d'eau). On peut aussi se baser sur l'insufflation d'une quantité d'air mesurable par un dispositif approprié par le procédé de Jaworsky par exemple, ou celui de Bourget; ce dernier fait remarquer que, contrairement à ce qui se passe sur le cadavre, l'estomac ne reçoit qu'une « quantité maximale d'air », d'une fixité remarquable, au delà de laquelle se produit de la douleur et des mouvements réflexes de lutte.

Max Einhorn, en 1890, Hemmeter (de Baltimore) ont imaginé des appareils, véritables gastrographes, qui, introduits dans l'estomac, inscrivent les mouvements actifs et passifs de cet organe. Morat mesure la pression intra-gastrique par le procédé des « ampoules conjuguées », l'une étant dans l'estomac, transmettant la pression à l'autre, par laquelle se fait l'inscription.

Tubage. — Le cathétérisme évacuateur de l'estomac ou tubage fut tout d'abord pratiqué uniquement pour le lavage; Casimir Renaut, en 1802, le pratiqua le premier; il fut surtout appliqué par Kussmaul, en 1870, et perfectionné enfin par Faucher, Debove, Frémont... Il se pratique avec des sondes molles, selon une technique bien connue. L'évacuation de l'estomac se pratique soit par la méthode de l'expression ou en faisant tousser le malade, soit par l'aspiration par le siphon, poire, pompe, selon les dispositifs d'Ewald, Frémont, Soupault, Mathieu, ..

Le tubage est une opération facile, mais délicate; on évitera d'anesthésier le pharynx à la cocaïne et de mobiliser la sonde pendant l'aspiration (Mathieu).

Par ce procédé, on retirera le matin, après le jeûne de la nuit, soit environ douze heures après le dernier repas, des liquides contenant des résidus alimentaires; ce sont les « liquides résiduels » (Hayem).

Leur *quantité* donne la mesure de la stase, comme elle extrêmement variable, depuis des traces minimes décelant une stase parfois cliniquement latente, jusqu'à une abondance énorme : pour débarrasser l'estomac complètement des particules alimentaires, des lavages très répétés seront quelquefois nécessaires; dans certains cas même, il faudra faire passer dans l'estomac 20 à 30 litres). Disons dès maintenant qu'on en a profité pour reprocher à Reichmann d'avoir cru pouvoir, après un simple lavage la veille au soir, démontrer le matin que la sécrétion s'est faite sans excitation alimentaire.

D'ailleurs ces grands nettoyages sont, pour Hayem, inutiles quand il n'y a pas de débris alimentaires reconnaissables à l'œil nu, et de l'avis de tous ils ont le grave inconvénient d'exposer les malades atteints d'ulcères à des accidents, ainsi que de « pouvoir entraîner de la régurgitation duodénale et produire de l'excitation stomacale, de telle sorte que le liquide obtenu le matin dans ces conditions a une signification beaucoup moins précise que le liquide extrait après un jeûne suffisant ». Mathieu insiste sur le danger à évacuer d'un coup de grandes rétentions.

Faire donc plusieurs lavages à un jour d'intervalle avant d'examiner le suc gastrique.

La quantité des liquides de stase dépend en grande partie des vomissements; cependant, on peut dire que jamais les vomissements ne vident complètement l'estomac. Quoi qu'il en soit, le degré de cette quantité ne saurait être un criterium. C'est la qualité qui prime, selon Hayem, et il peut y avoir des débris alimentaires dans une quantité minime.

Veut-on mesurer cette quantité? C'est chose délicate à faire très exactement, car il est difficile d'évacuer rigoureusement tout le liquide et certains incidents peuvent se produire, tels que l'obstruction de l'orifice de la sonde par un débris alimentaire; ou bien il arrive parfois que l'on constate que, bien que l'estomac soit énorme, la sonde ne ramène qu'un liquide clair ou à peine souillé de résidus solides, ayant en réalité simplement décanté les couches supérieures du liquide de stase. La bouillie peut aussi être très épaisse et nécessiter une dilution. La consistance est d'autant plus filante qu'il y a plus de mucus; la filtration est plus difficile.

Pour apprécier exactement la quantité on peut recourir au procédé des mélanges préconisé par Mathieu et Rémond : ils prélèvent d'abord un premier échantillon de stase pure, puis ayant injecté une quantité déterminée d'eau dans l'estomac ils prélèvent un échantillon de la dilution ainsi obtenue et comparant les deux échantillons ils calculent le volume total; leur formule est établie en fonction des acidités, mais on pourrait prendre un élément chloré (Laboulais).

L'*aspect* est habituellement celui d'une boullie liquide, formée de débris alimentaires délayés dans un liquide acide. Hayem distinguait deux variétés, selon que ces débris sont reconnaissables à l'œil ou seulement au microscope.

Dans le premier cas, lorsqu'on place les liquides dans un verre, on les voit s'y déposer en trois couches : supérieure aérée, spumeuse, mêlée de filets de mucus et de matières grasses; quand il y a hypersécrétion et que le malade est au régime lacté absolu, une véritable couche huileuse provenant du beurre peut surnager (Laboulais); moyenne, liquide plus ou moins filante, trouble, grisâtre; inférieure, composée de fragments alimentaires; souvent des bulles de gaz de fermentations montent du fond à la couche supérieure.

Hayem insiste sur les débris : l'ingestion de pain au repas précédent donne l'aspect « d'une bouillie, la viande forme une masse brunâtre, les œufs une masse blanchâtre ou jaunâtre »; enfin on y reconnaît parfois des traces de légumes ou de fruits ingérés plusieurs jours auparavant. Bourget utilise même pour le diagnostic de sténose la difficulté qu'a l'estomac à digérer et à évacuer la peau des pruneaux et des raisins; il en met dans son repas d'épreuve et les recherche trois jours après.

Le sang plus ou moins altéré donne une coloration noirâtre brunâtre qui, lorsque le malade est depuis longtemps au régime lacté, serait un bon signe de diagnostic de néoplasme. L'examen spectroscopique simple ne suffit pas toujours à le déceler et on pourra alors recourir aux deux procédés pratiques de Winter. On peut se servir aussi du procédé de Teichman (procédé de la recherche de l'hémine). Citons encore la recherche par le procédé de Jaworski ou la réaction d'Almen avec la teinture de gaïac.

Le microscope décèlera des simples traces de débris alimentaires, débris végétaux, grains d'amidon, fibres musculaires, des cellules épithéliales venant des bronches, de la bouche, de l'estomac, enrobées de mucosités, des éléments cellulaires plus ou moins en dissolution, ou de simples débris nucléaires, parfois des cellules ou des morceaux de tissus cancéreux. Par addition d'un peu d'iode on pourra mettre en évidence des hématies altérées. On constatera souvent une riche flore microbienne.

En effet dans la masse en stase les *fermentations* sont actives : dans les cas de diminution de la sécrétion chlorhydropeptique, la fermentation butyrique semble intense et se traduit par une odeur de beurre rance, une forte odeur acétique, surtout dans le cas de persistance ou exagération de la sécrétion peptique; quelquefois une odeur de putréfaction. D'ailleurs il y a en quantité des sarcines, des levures, des moisissures. L'existence et le rôle en pathologie gastrique de ce microbisme, qu'il soit saprophyte (Coyon) ou non, est très bien connu maintenant, grâce à des travaux très nombreux depuis Godin, en 1842, jusqu'à De Bary, Abelous (Th. de Montpellier 1889), Lesage, Gilbert, Coyon. Il en résulte des phénomènes de fermentation et de putréfaction multiples qui donnent lieu à la formation de gaz contribuant à dilater l'estomac (distension douloureuse, essoufflements, éructations nauséabondes), et à la production d'acides organiques et probablement de substances actives dans la pathogénie des troubles toxiques que nous étudierons.

Bien que l'acide chlorhydrique gêne le développement de

ce microbisme, il est évident que la manière dont se fait l'évacuation stomacale a une influence plus considérable et que la stase favorise la pullulation microbienne; elle est maxima quand l'hypochlorhydrie s'y joint, par exemple dans le cas de cancer.

II

Le **chimisme** de la sténose pylorique a motivé des travaux et discussions innombrables. Peut-être n'en eût-il pas été ainsi, si on s'était efforcé de faire dans la mesure du possible le départ du chimisme de l'affection gastrique causale et d'envisager un peu isolément les modifications dues à la stase elle-même, ainsi que dans des cas, rares il est vrai, l'étude en est possible au cours de sténose pylorique par cause extrinsèque sans lésion préalable de la muqueuse.

Étudions donc d'abord le chimisme des sténoses elles-mêmes; nous reviendrons plus tard sur les particularités étiologiques. Nous envisagerons successivement : 1° les liquides résiduels obtenus par simple tubage le matin; 2° l'examen du chimisme après repas d'épreuve; 3° l'examen dit « en série continue », selon le procédé d'Hayem-Winter; 4° nous comparerons entre eux ces différents résultats; et 5° nous terminerons par la recherche de la fonction évacuatrice de l'estomac.

1. *Liquides résiduels.* — On pourrait se borner à doser l'acidité totale (en général élevée), rechercher l'acide chlorhydrique libre, les peptones, faire l'épreuve de la digestion artificielle de la fibrine. Ce seraient là des indications étiologiques plutôt que caractéristiques de la sténose pylorique. Bourget n'a-t-il pas écrit : « La composition chimique du suc importe très peu pour la décision que nous aurons à prendre, c'est l'appréciation du travail mécanique qui prime tout. »

C'est excessif. On a su tirer davantage de l'examen chimique. Hayem admet deux types de liquides résiduels :

1° Les liquides chloruriques ou hyperchloruriques « caractérisés par la présence d'abondants chlorures fixes (F) en l'absence d'acide chlorhydrique libre (H) et de composés organiques du chlore ».

2° Les liquides peptiques ou fermentatifs (qui sont le plus souvent hyperchlorhydriques) caractérisés « par l'existence des produits fermentatifs H et C, H étant presque toujours plus élevé que C » (acide chlorhydrique combiné aux matières organiques).

Entre ces deux types se placent tous les intermédiaires.

« Les liquides chloruriques se rencontrent nécessairement chez les apeptiques, mais ils peuvent aussi exister chez les hypopeptiques et même chez les hyperpeptiques. Les liquides peptiques ont une composition qui accuse un travail fermentatif tantôt inférieur, tantôt égal, tantôt supérieur à celui des liquides obtenus chez le même malade au cours de la digestion (1). »

Si on veut pousser cette analyse des liquides de stase aussi loin que le font Hayem et Winter, leur procédé est utile car il donne les valeurs de T (chlore total) et de F; sinon on peut se contenter des réactions colorimétriques, qualitatives.

Hayem et Winter font remarquer avec raison que le liquide de stase renfermant des débris macroscopiquement appréciables obtenu le premier jour est différent à l'analyse du liquide obtenu après plusieurs lavages quotidiens; de fermentatif il devient chlorurique. Une quantité de debris alimentaires n'excitent plus la muqueuse gastrique et on voit des liquides « qui au début renfermaient de l'acide chlorhydrique devenir beaucoup moins riches après quelques lavages » (Laboulais).

2. On procédera ensuite à l'examen du chimisme après le repas d'épreuve, repas précédé d'une évacuation totale et d'un lavage de l'estomac pratiqué une demi-heure avant (Mathieu). Hayem et Winter se servent du repas d'Ewald ainsi que la plupart des cliniciens; Bourget préconise un repas plus volumineux, plus rapproché de l'alimentation habituelle.

(1) Rappelons quel parallélisme il y a entre ces deux termes digestion et fermentation (Hayem-Winter); « fermentatif, » ne se rapporte pas aux fermentations microbiennes.

L'extraction se fait en général au bout d'une heure; les indications que donne ici l'analyse sont éminemment instructives au point de vue du diagnostic étiologique et de la muqueuse gastrique.

Mais au point de vue strict de la sténose il n'est guère qu'un signe qui soit significatif; il résulte de la comparaison du liquide de stase et du liquide obtenu après repas d'épreuve; Hayem l'a signalé et appelé « hyperpepsie ou mieux (l'hyperchlorhydrie étant alors habituelle) hyperchlorhydrie par rétention » : quand le liquide résiduel est hyperpeptique, tandis que le liquide digestif est plus ou moins hypopeptique, on peut affirmer l'obstacle.

Signalons encore l'élévation considérable de α (qui représente le rapport $\frac{A - H}{C}$ où A figure l'acidité totale); cet α élevé est significatif de la rupture, en faveur des groupes acides, de l'équilibre existant normalement entre ces groupes et les groupes chlorés pendant la peptonisation, et cela par formation d'acides organiques (en général fermentation acétique au cas d'hyperpepsie et fermentation lactique avec l'hypopepsie).

3. Enfin en établissant le tracé de l'évolution, dans le temps, de la digestion et de ses différents éléments constitutifs, on pourra se rendre compte que la digestion est « prolongée indéfiniment »; l'estomac n'est jamais vide. « Cette prolongation indéfinie de la digestion se montre fréquemment avec l'hyperpepsie, qui revêt alors l'aspect de l'hyperpepsie avec hyperchlorhydrie d'emblée ou tardive. »

L'examen en série continue après repas d'épreuve, par extraction à la poire aspiratrice pratiquée de demi-heure en demi-heure, complète ces notions. Sur le tracé « la marche de la courbe évolutive » apparaît dans sa prolongation tantôt régulière, tantôt « irrégulière ou polycyclique ». Avec l'hypopepsie, le trouble évolutif peut être analogue « mais ici les valeurs s'élevant moins, les irrégularités sont nécessairement moins prononcées ».

Quelle est la valeur diagnostique de cet irrégularité de la courbe évolutive? On peut la retrouver dans l'atonie prononcée et les désordres statiques; elle manque parfois lors de la sténose pylorique ou sous-pylorique peu prononcée. Elle reste cependant une indication utile et même puissamment significative quand elle est très accentuée.

Cette méthode des tubages successifs permet à Hayem de distinguer la rétention de l'hypersécrétion pure, gastrosuccorrhée simple, où on peut obtenir du liquide indéfiniment, mais sans résidu alimentaire, dès le deuxième ou troisième tubage.

Recherche de la fonction évacuatrice. — L'étude de l'évolution de la digestion dans le temps renseigne mieux que toute autre sur le pouvoir moteur de l'estomac (tonicité et fonction évacuatrice). Cette opinion d'Hayem est en harmonie avec la valeur primordiale qu'il donne à la fonction sécrétoire, celle-ci conditionnant les fonctions motrices.

« L'estomac, dit-il, se débarrasse de son contenu quand il a exécuté le travail qu'il est susceptible de faire. » D'autres auteurs admettent, au contraire, une subordination inverse. Pawlow, von Mering, affirment même que c'est le duodénum qui recevant la masse alimentaire apprécie son élaboration et règle le fonctionnement du pylore.

Quoi qu'il en soit, les auteurs modernes sont très nombreux qui accordent une part prépondérante aux *phénomènes moteurs*; on peut voir ainsi par exemple un estomac à la motricité encore puissante évacuer son contenu à travers une stricture assez serrée ou témoigner de son intolérance à la distension, à la stase, par des vomissements répétés. D'aucuns pensent même que la contraction musculaire du pylore peut être troublée, pervertie, pathologiquement prolongée, avec troubles sécréteurs secondaires. Ils ont donc cherché à évaluer ce pouvoir évacuateur de l'estomac dans l'intestin.

Bourget considère par des tubages faits cinq puis douze heures après le repas d'épreuve, s'il y a de la stase alimentaire.

Signalons le procédé d'Ewald et Sievers, notant le moment d'apparition dans l'urine de l'acide salicylique qui, ingéré dans l'estomac, ne se dédouble que dans le duodé-

N° 133. — MARDI 25 NOVEMBRE 1902 — 75e ANNÉE. — MARDI 25 NOVEMBRE 1902. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Paris, le 24 novembre 1902.

En février dernier, une dame commerçante recevait les soins d'un confrère, à l'occasion d'un accouchement. Quelques mois plus tard elle était mise en faillite.

La note du médecin fut versée à la liquidation; or, le syndic de la faillite a déclaré que l'*accouchement étant un acte naturel*, les soins donnés à cette occasion ne peuvent être assimilés à ceux nécessités par une maladie, qu'en conséquence l'accoucheur ne peut jouir des privilèges accordés aux médecins dans les conditions pathologiques habituelles.

Cette prétention du syndic de la faillite nous paraît extraordinaire. C'est la première fois, croyons-nous, que pareille question se pose.

Médicalement, la thèse du syndic n'est pas soutenable ; il nous semblerait ridicule d'avoir à y insister pour le démontrer. Le fait même qu'une parturiente appelle un accoucheur à son chevet prouve jusqu'à l'évidence que cet acte, qui paraît si naturel au syndic, ne l'est pas nécessairement ni toujours ; que le médecin qui est venu l'assister, est venu en tant que médecin, pour faire acte de médecin ! Pour quel autre motif serait-il venu près de la future accouchée? A quel titre aurait-il été appelé? M. le syndic serait bien aimable de dire quel a été le rôle de l'accoucheur, et sur quelle note de fournisseur il voudra bien le ranger, s'il le raye de la liste des médecins. Car, enfin, le médecin-accoucheur, qu'il offre de payer au marc le franc, figurera dans une catégorie quelconque de créanciers ! A moins peut-être que M. le syndic, trouvant inutile, et même immorale la présence du médecin à cet acte naturel, ne réclame à l'accoucheur des dommages et intérêts pour créance frauduleuse. Car il faut être logique, si l'accoucheur n'est pas venu en tant que médecin, à quel titre est-il venu?

Nous aurions mauvaise grâce d'insister. Pour nous, médecins, la cause est entendue, mais il est nécessaire qu'elle le soit effectivement. La solution du problème est d'intérêt général, aussi faut-il que la question soit résolue une fois pour toutes. La parole est donc aux différentes sociétés médicales, Société de médecine légale, Société obstétricale, syndicats, etc.

Il serait vraiment singulier que l'entêtement d'un syndic constituât un précédent qui risquerait de devenir définitif, si la corporation médicale, directement intéressée, oubliait de protester.

L'AUTO-REPRÉSENTATION ORGANIQUE

OU HALLUCINATION CÉNESTHÉSIQUE DANS L'HYSTÉRIE

Par le docteur J.-B. BUVAT,
Interne à l'Asile clinique.

L'hystérie, a dit M. Sollier (1), est une maladie physique du système sensitif, un trouble fonctionnel de ce système.

Cette conception nouvelle de l'hystérie, que l'on considérait jusqu'alors comme une maladie psychique, se dégage des travaux de Sollier et se justifie par eux.

Lorsqu'on pratique le réveil de la sensibilité chez les hystériques par la méthode de Sollier, on observe chez les malades, ainsi qu'en témoignent les publications de Sollier (2), de Comar (3), de Vial (4) une série de manifestations toujours les mêmes chez tous les malades à mesure qu'ils recouvrent leur sensibilité; et on les retrouve toutes les fois qu'on soumet une hystérique au traitement, lorsqu'on la réveille, puisque l'hystérie est un engourdissement, un sommeil plus ou moins profond.

Nos malades, observées dans les asiles de la Seine, traduisaient ce qui se passait en elles à mesure que leur sensibilité reparaissait avec les mêmes réactions, dans les mêmes termes, avec les mêmes attitudes que les malades de Sollier, de Comar, appartenant à d'autres conditions sociales. Ce n'est pas sur ces faits aujourd'hui connus et admis que nous appelons l'attention, mais sur un phénomène qui s'observe chez les grandes hystériques en travail, dans l'hypnose : l'auto-représentation organique.

L'auto-représentation organique est un fait rare. Jusqu'à ce jour il n'existe dans la science que les trois cas de Comar (5) et le cas de Sollier (6). Mais la méthode de Sollier a vu le jour il y a cinq ans et beaucoup de spécialistes s'at-

(1) SOLLIER. *Genèse et nature de l'hystérie*, t. I, p. 1, 1897.
(2) Loc. cit., puis *Revue de neurol.*, 1900, puis *Traitement de l'hystérie*, 1901.
(3) COMAR. *Bulletin méd.*, nov. 1899; *Revue de neurol.*, juin 1900.
(4) VIAL. *Archives de neurol.*, mars 1902.
(5) COMAR. *Revue de neurol.*, mai 1901.
(6) SOLLIER. *Bull. de l'inst. psychol. internat.*, janv.-fév. 1902.

tardent encore à la suggestion dans le traitement de la névrose.

Il est à présumer que, lorsque le traitement mécanothérapique de l'hystérie se sera généralisé, les phénomènes d'auto-représentation organique dans l'état d'hypnose apparaîtront avec plus de fréquence.

Dans les observations de Comar les malades « ont reconnu non seulement la position et le fonctionnement d'un de leurs organes, mais aussi sa constitution anatomique et sa structure intime ».

La malade qui fait l'objet de l'observation X dans la communication de Sollier sur les hallucinations autoscopiques, a présenté des phénomènes analogues que l'auteur qualifie : hallucination autoscopique interne et externe; pour Sollier il y a un rapport étroit entre l'hallucination autoscopique vraie, l'hallucination autoscopique négative et l'hallucination cénesthésique; il rappelle que dans le *Horla*, Maupassant esquisse ces trois variétés d'hallucination. Brière de Boismont, Lasègue, Michéa, Wigan, Féré, dit Sollier, avaient observé ces phénomènes et les avaient décrit sous le nom d'hallucination deutéroscopique puis autoscopique (Féré).

Les phénomènes d'auto-représentation organique ou d'hallucination cénesthésique (les deux expressions étant pour nous synonymes), que nous rapportons, se sont produits chez une grande hystérique profondément engourdie : les troubles de la sensibilité étaient périphériques et viscéraux; la maladie évoluait depuis dix-sept ans; au cours de la restauration de la sensibilité, nous avons observé des régressions successives de la personnalité jusqu'à l'âge de douze ans; la malade présentait un dédoublement complet de sa personnalité; l'auto-représentation organique s'est produite pendant les premières séances de réveil de l'abdomen et du thorax, elle a eu trait aux organes génitaux, aux intestins, aux poumons, au cœur. Elle ne s'est plus manifestée par la suite à mesure que nous avancions dans la restauration de la sensibilité, pendant que la malade décrivait ses organes, elle était totalement anesthésique hormis les parties susjacentes aux organes décrits où le contact et la piqûre étaient très bien perçus, il semblait même qu'il y eût plutôt hyperesthésie.

Réveillée, la malade n'avait gardé aucun souvenir de la description qu'elle nous avait faite.

Voici l'observation :

Célestine, vingt-neuf ans, entre à Villejuif le 25 juin 1901, dans le service de notre maître, M. Briand, avec les certificats suivants : « Dégénérescence mentale avec morphinomanie depuis douze ans, bizarreries, étrangetés, désire être guérie de sa passion pour la morphine. »

(Garnier.)

« Dégénérescence mentale avec morphinomanie, dépression mélancolique et tendances au suicide. »

(Magnan.)

La malade est amaigrie, elle pèse 43 kilos, elle est couverte d'indurations qui ont suppuré et qui laissent des traces rouges vineuses, reliquat de ses piqûres de morphine.

Elle n'a plus de dents, elles sont tombées les unes après les autres sans souffrance.

Aucun trouble des organes thoraciques.

La malade ne dort jamais.

Anorexie à peu près complète, si ce n'est pour la salade vinaigrée, le poivre; la mémoire est lente et incertaine, le regard est fixe, le champ visuel paraît très rétréci; la malade sursaute au moindre appel. La morphine a été supprimée le 21 juin sans entraîner de réactions pénibles. Anesthésie complète et profonde de toute la région frontale ainsi que de toute la moitié gauche du corps, à droite anesthésie en manchette, et zones d'hypoesthésie alternant avec des zones d'anesthésie franche. Nous trouvons de nombreux points douloureux dans les fosses iliaques derrière les malléoles, les têtes des péronés, à la racine des cuisses, sur les adducteurs, médio-dorsaux; la pression à leur niveau provoque l'esquisse de l'arc-de-cercle. La malade respire difficilement, elle a un poids sur la poitrine; sa respiration paraît très superficielle, les réflexes rotuliens sont très exagérés; la menstruation est irrégulière.

Voici les détails qu'elle nous a donnés sur son enfance, au moment de sa sortie alors qu'on pouvait la considérer comme guérie.

Dans ses antécédents, il y a une double hérédité névropathique et tuberculeuse. Grand'mère suicidée, mère morte tuberculeuse, père hystérique mort tuberculeux. Trois sœurs hystériques.

Dès l'âge de six ans, elle rêve beaucoup, elle a des crises somnambuliques qui l'obligent à quitter la pension. Elle revient chez elle et, là, elle présente des colères si brusques, des bizarreries telles, que le médecin n'hésite pas à ranger ces manifestations dans le cadre de l'hystérie.

A neuf ans, sur une observation de sa mère, elle veut se suicider en se jetant par la fenêtre; elle est envoyée à la campagne, chez sa grand'mère, elle assiste au suicide de cette dernière : la première crise apparaît à cette occasion.

Elle retourne chez sa mère, elle a dix ans; sa mère meurt; le jour de la mort, la malade ne peut pleurer, mais elle se sent très mal à l'aise, lorsqu'on met sa mère dans le cercueil, elle comprend qu'elle ne la reverra plus, elle tombe brutalement à la renverse et ne revient à elle que le troisième ou quatrième jour.

A partir de ce moment ses souvenirs sont un peu confus, elle sait seulement qu'elle ne veut plus écouter personne, pas même son père qui songe à la placer dans une maison de correction; le médecin s'y oppose.

Réglée à onze ans, à l'âge de quatorze ans, elle devient la maîtresse d'un pharmacien, jusqu'à quatorze ans et demi. Ce dernier la quitte parce qu'elle est trop nerveuse, il craint de le devenir à son contact. Ce pharmacien l'a habituée à la morphine, ils se piquaient mutuellement; après leur séparation la malade conserve l'habitude de la morphine; elle en prend à une certaine époque 1g50 par jour; c'est pour faire traiter sa morphinomanie, qu'elle s'est présentée à l'infirmerie du Dépôt. Le 25 juin, le docteur Briand rédige le certificat suivant :

« Dégénérescence mentale avec morphinomanie ancienne. Tendances mélancoliques. Angoisses. Accidents hystériques. Cette malade demande elle-même a être débarassée de ses habitudes de morphine. »

La malade est alitée, purgée; nous lui faisons quotidiennement une injection de sérum chloruré, tandis que nous la poussons à manger copieusement : elle engraisse rapidement.

Le 20 juillet elle est remise de sa démorphinisation et nous commençons à traiter ses accidents hystériques par la méthode de Sollier.

Nous faisons exécuter au pied droit des mouvements passifs d'extension et de flexion; pendant les manœuvres la malade s'endort spontanément, et continue seule les mouvements que nous lui faisions exécuter. Toute la série des réactions décrites par Sollier et les auteurs qui ont employé sa méthode, se déroulent; nous ne nous attarderons pas à les relater. Nous lui faisons récupérer ainsi ses membres inférieurs segment par segment. Le 26 juillet 1901 nous commençons l'abdomen; par la pression au niveau d'un

point situé dans la fosse iliaque droite, nous provoquons l'hypnose; nous engageons la malade à réveiller tout son abdomen; la malade présente les réactions caractéristiques, ce sont les mouvements de va et vient du ventre qu'on observe dans la crise complète, mais qui sont là limités à l'abdomen, comme dans une crise partielle. Comme nous l'engagions à sentir plus, à réveiller tout à fait son abdomen, tout à coup la malade qui jusque-là poussait quelques gémissements s'écrie : « Comme c'est drôle le ventre... une pointe en os... puis l'utérus qui correspond aux ovaires..., l'utérus est fendu, il est un peu ovale, rose rouge... il y a un boyau derrière l'utérus, un gros boyau, c'est sale, c'est sale, c'est pour les matières, il aboutit à l'anus, c'est dégoûtant, ça fait mal au cœur de voir ça... » puis la malade se tait. Nous nous assurons de sa sensibilité, nous trouvons une anesthésie complète et généralisée à tout le corps, les plus fortes piqûres n'entraînent aucune réaction alors que le bas-ventre est le siège d'une sensibilité exquise. — Réveillez plus encore. — Au bout d'un instant, la malade repart : « Oh! ce tas de boyaux, ce qu'il y en a à droite, ils ont l'air mieux portants, plus clairs, la peau n'est pas terne, ils n'ont pas la même couleur, il y a de petits vaisseaux rouges avec du sang; de petits vaisseaux blancs, ils se tiennent tous ensemble, et ils ne sont pas de la même couleur... il y a une petite peau fine imperceptible qui couvre tout ça... il y a de l'eau qui se promène parmi tous ces boyaux, il y en a qui ont une drôle de forme, ça forme des petits ronds... pourquoi le côté gauche ne ressemble pas au côté droit, ils sont plus ternes... le côté gauche me fait plus mal il n'est pas fait comme le droit c'est terne... C'est quand on respire que ça forme des gros vers... en remontant vers l'estomac le boyau s'amincit... » — puis la malade se tait, elle continue ses mouvements accompagnés de gémissements, encore pendant quelque temps; — nous lui disons de se reposer, elle reste dans l'hypnose, gardant une sensibilité très marquée de toute sa paroi abdominale et une anesthésie profonde partout ailleurs; un peu plus tard nous lui disons de réveiller toute sa poitrine, nous appuyons sur son point mammaire gauche : la malade s'étire, se met dans la position la plus favorable pour dilater sa poitrine; elle fait de grandes inspirations, se plaint de souffrir, puis au bout d'un instant, elle dit : « Je vois mes poumons... on dirait que j'ai des bêtes qui me rongent du côté gauche, à droite non... mais à gauche il n'est pas entier..., et puis, c'est creux tout ça... c'est vide, ça fait mal... c'est drôlement fait, on dirait de l'éponge. »

Quand nous passons au cœur la malade se plaint de souffrir atrocement dans la région précordiale, son pouls devient rapide et bat à 128. — Sentez plus! — Tout à coup s'arrêtant dans un gémissement elle dit «... La pointe de mon cœur est malade, c'est pas gros comme un cœur de mouton... il y y a une grosse veine... mais pourquoi le sang ne sort pas par la pointe, il passe tout par en haut (d'un geste elle esquisse la crosse de l'aorte)... C'est pas des veines qu'il y a dedans, on dirait de la petite peau blanche, c'est fin, fin, on pourrait en prendre pour coudre;... ces fils ne tiennent pas à la chair... il y en a du sang là-dedans, c'est d'un beau rouge foncé... Oh! comme ça tient après des fils, on dirait qu'il va se balancer il fait pan pan mais ce n'est pas le cœur, c'est le sang qui afflue... Ah! il ne fonctionne pas bien, c'est pour cela qu'il me fait mal... il y a une peau qui recouvre le cœur... et puis ce qu'il y en a de petites veines tout autour... »

Pendant qu'elle parle, nous nous assurons que la sensibilité est extrêmement fine dans la région précordiale et le thorax, conservée sur l'abdomen, totalement abolie sur le reste du corps. Mais ce que nous ne pouvons rendre en transcrivant fidèlement les propos de la malade dans l'hypnose, c'est sa mimique exprimant tour à tour l'étonnement, le dégoût, la curiosité, et l'expression lente de sa parole comme si elle cherchait les mots pour exprimer ce qu'elle voit.

Nous l'engageons à se réveiller tout à fait, elle accomplit les mouvements encore pendant quelque temps, puis nous dit qu'elle sent bien tout son ventre et sa poitrine, elle s'étire, esquisse une crise et se réveille en se frottant les yeux; nous la laissons; un peu plus tard, nous constatons qu'elle n'a gardé aucun souvenir de ce qu'elle a dit dans l'hypnose, qu'elle n'en a pas la moindre idée; du reste son instruction est très rudimentaire.

Nous avons continué, les jours suivants, les séances de réveil partiel, et cela pendant plusieurs mois; la malade reperdait très rapidement la sensibilité retrouvée, de sorte qu'il fallait refaire fréquemment ce qui avait été déjà fait. Jamais plus, elle ne nous a, au cours des séances de réveil consécutives, fait de l'auto-représentation, même quand nous avons travaillé de nouveau à la sensibilité thoracique et abdominale. En septembre, alors qu'elle travaille sa poitrine, elle est prise d'une quinte de toux persistante, nous appuyons à l'extrémité et un peu au-dessus de la pointe du sourcil gauche dans la région temporale, la quinte de toux augmente, la malade s'écrie : « Nous m'étouffez, vous m'appuyez sur la poitrine, laissez-moi respirer, vous me faites mal... » Quand la quinte cesse, la simple pression à ce point rappelle la toux; ce fait vient corroborer ce qu'a écrit Sollier (1) sur les localisations cérébrales.

Quand nous en eûmes fini avec le tronc, les viscères et les membres, nous procédâmes au réveil de la tête : nous avons assisté à une régression de la personnalité, non pas en une seule séance, mais en plusieurs, à dix-sept ans en arrière : la malade se retrouvait à l'âge de douze ans, elle revivait toutes les périodes de sa vie mouvementée avec un dédoublement complet de sa personnalité : cela nous entraînerait trop loin de donner même en raccourci l'histoire de la malade, histoire à laquelle nous assistions comme si nous avions tenu le récepteur d'un téléphone et écouté la conversation d'un seul interlocuteur : c'était les scènes de la vie d'une pauvre ouvrière qui se prostitue pour vivre, et qui malade s'adonne à la morphine; compromise dans des vols, elle passe en jugement deux fois, purge à Saint-Lazare, puis à Nanterre, une condamnation à un an de prison; scènes de famille, scènes d'atelier, scènes avec des amants de passage, heures de prospérité passagères, heures de misère consécutives, la vie à Saint-Lazare et à Nanterre. En janvier 1902 la malade quittait l'asile sur sa demande, très améliorée sinon guérie : elle avait beaucoup engraissé, dormait spontanément la nuit, était active et travaillait. Elle rédigea à notre demande une note, où elle retraçait tous les incidents de sa vie, cette note contrôlait tous les renseignements qu'elle nous avait fournis dans l'hypnose en retrouvant sa sensibilité cérébrale.

Comment interpréter ces phénomènes? On sait depuis les expériences de Schiff sur les réflexes médullaires que les sections successives de la moelle augmentent progressivement l'excitabilité des parties situées en arrière de la section et Jolyet (2) explique l'expérience de Schiff par ce fait que « chaque section empêche l'irradiation, c'est-à-dire la division de l'excitation, dans une partie plus étendue de la moelle et que, par conséquent, l'excitation de moins en moins divisée produit des effets de plus en plus énergiques ». Chez notre hystérique ne peut-on par analogie rapprocher

(1) Sollier. *Revue de neurol.*, 1900, p. 102; *Genèse et nature de l'hystérie*, t. 1, p. 385. — Rénon et Sollier. *Bull. méd.*, 9 nov. 1901, p. 938.

(2) Jolyet et Viault. *Traité de physiologie*, p. 761.

ce qui se produit dans le domaine de la sensibilité de ce que les physiologistes ont observé dans le domaine de la motricité; sensibilité et motricité ne sont-elles pas les aspects un peu différents d'un même phénomène; la sensation et le mouvement ne sont-ils pas le substratum de la conscience, sinon la conscience elle-même?

Notre hystérique, nous l'avons signalé plus haut, était profondément anesthésique, hormis les territoires cutanés correspondants aux organes, objets de l'auto-représentation, où nous constations une hyperesthésie très marquée; cette hyperacuité de la sensibilité occupant tout le champ de la conscience, étant même toute la conscience de la malade à ce moment, donnerait pour nous la clef de cette auto-représentation organique.

Cette tentative d'explication sera peut-être jugée bien insuffisante; nous laissons à des auteurs plus expérimentés et s'appuyant sur un plus grand nombre de cas, le soin de fournir une explication définitive, nous contentant d'avoir attiré l'attention sur ces phénomènes si curieux et si gros de promesse au point de vue médico-psychologique.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(14 novembre 1902)

Dans la précédente séance, à la suite d'une communication de M. Guinon, la question des **vomissements acétonémiques chez les enfants** a été assez longuement discutée. Voici ce qui nous paraît résulter de cette discussion.

On sait que c'est M. Marfan qui a tenté d'isoler, sous le nom de vomissement avec acétonémie, un type de vomissements incoercibles assez nettement caractérisé. Ces vomissements s'observent d'un à dix ans chez des enfants dont la santé est en apparence parfaite; aussitôt qu'ils ont commencé, l'intolérance est absolue pour tous les liquides, même quelquefois pour l'eau pure; le symptôme dominant est l'odeur de l'haleine, qui rappelle celle des sujets qui ont pris du chloroforme, avec quelque chose d'acide en plus; l'urine a souvent la même odeur au moment de l'émission, elle renferme de l'acétone décelable par les procédés ordinaires, la température est généralement peu élevée. Cependant la persistance des vomissements plonge parfois l'enfant dans un état de dépression qui rappelle l'état cholériforme. La guérison survient en général du troisième au sixième jour.

M. Guinon rappelle qu'il a observé ces vomissements à odeur acétonique surtout chez les arthritiques.

M. Marfan, qui le premier a isolé ce syndrome, fait remarquer que, dans sa description, il n'a pas mis les vomissements sous la dépendance de l'acétonémie; mais qu'il a dit que les vomissements et l'acétonémie étaient deux symptômes concomitants d'un état dont on ne connaît pas la véritable cause et que, s'il la désigne sous le nom de vomissements avec acétonémie, c'est parce que les vomissements et l'acétonémie sont les deux symptômes les plus frappants, ceux que le médecin constate tout de suite avec facilité.

M. Barbier croit de son côté que l'acétonurie coexiste avec certains troubles des fonctions digestives, que ceux-ci se manifestent par des vomissements cycliques ou par des phénomènes d'un autre ordre, dans le cours des dyspepsies gastro-intestinales de la première enfance, et qu'elle a à cet égard une valeur clinique révélatrice incontestable; mais que ces troubles digestifs ne paraissent pas liés à une acétonémie qui se révélerait par l'odeur de l'haleine et par l'acétonurie. Il y a donc autre chose. Est-ce l'acide β-oxybutyrique qui est en cause? S'agit-il d'une intoxication acide? Les chimistes en décideront.

Nous avons à signaler encore une observation publiée dans la dernière séance par MM. Merklen et Heitz, relative à des **crises gastriques du tabes**, compliquées d'œdème hémorragique aigu de la face, avec chute consécutive des dents et nécrose du maxillaire inférieur. Ce sont des accidents à ajouter à la liste déjà longue des troubles vaso-moteurs signalés au cours du tabes et dont les principaux sont: le purpura; les ecchymoses sous-cutanées; les efflorescences ortiées; les œdèmes; tous phénomènes en relation habituelle avec les douleurs fulgurantes.

(21 novembre 1902)

A propos des observations présentées par MM. Souques et Morel sur l'action de l'**adrénaline dans les hémoptysies**, MM. Louis Rénon et Louste rapportent des faits cliniques et expérimentaux qu'ils ont observés.

Dans un cas d'hémoptysie chez un tuberculeux à la troisième période, la solution au millième d'adrénaline administrée à la dose quotidienne de xv, puis xx et xxv gouttes par voie gastrique, avait paru donner des effets favorables qui ne se sont pas maintenus, puisque le malade a succombé à une hémoptysie. Les modifications de la pression artérielle se sont montrées variables et inconstantes, passant de 15 millimètres à 20 millimètres ou baissant au contraire de 18 à 14 millimètres. D'ailleurs dans un cas de maladie de Basedow avec hypotension, la dose quotidiennement répétée de x, xv, xx gouttes pendant dix jours n'amena aucune modification de la pression artérielle.

L'action locale sur la muqueuse gastrique semble avoir été plus favorable. Chez un homme de cinquante-deux ans, entré avec des hématemèses abondantes et répétées au point de faire poser la question d'une intervention chirurgicale, les auteurs ont donné pendant sept jours L gouttes de la solution au millième, par doses fractionnées toutes les deux heures. Les hématémèses se sont arrêtées. Le traitement de ce cas a été complété par une diète absolue, des injections de sérum artificiel à doses massives sous la peau, des lavements alimentaires, conditions qui ont empêché de tenir compte de la pression artérielle.

Les auteurs n'ont pas osé employer des doses plus considérables à la suite d'expériences faites chez les animaux. Il suffisait en effet d'une injection sous la peau d'un cobaye de 4 centimètres cubes de la solution au dix-millième pour déterminer la mort en vingt-quatre heures. Le cœur était contracté en systole, très dur, les cavités ventriculaires n'existaient plus virtuellement.

M. Widal présente un malade âgé de vingt-neuf ans et porteur depuis son enfance de symptômes d'un **subictère chronique**. Il s'agit en quelque sorte d'un ictère congénital et d'un ictère vrai décelé par l'examen du sérum. Il est curieux de constater que cet homme est d'ailleurs tout à fait bien portant; la teinte subictérique qu'il présente l'ennuie; mais l'affection ne le gêne en aucune façon. Il y a chez lui un ralentissement du pouls très réel, variable d'ailleurs suivant qu'il est debout ou couché. Pas de stigmate de dégénérescence. Ce fait est curieux et rappelle celui d'un malade présenté par M. Legendre il y a quelques années. On pourrait citer ensuite les cas de Hayem, Gilbert et Lere-

boullet, Chauffard, etc. Le malade présenté par M. Widal a été examiné par M. Vaquez au point de vue spécial du sang. Il y a chez cet homme une augmentation considérable des globules rouges qui de 7 μ. vont à 9 et 10 μ.

Cette hypertrophie est due à la pénétration de pigments modifiés dans les globules.

M. Thibierge présente une malade atteinte de **paralysie faciale** survenue au cours de la période secondaire de la syphilis. La paralysie faciale siège du côté droit; elle est très accusée, et présente les caractères d'une paralysie périphérique. Ce fait est d'autant plus intéressant que l'examen du liquide céphalo-rachidien pratiqué par M. Ravaut a dénoté une lymphocytose extrêmement prononcée. Ceci viendra sans doute en aide à la pathogénie de la paralysie faciale dans la période secondaire de la syphilis, car dans le cas actuel la lympocytose indique qu'il existe une lésion intéressant les méninges, d'où l'on peut conclure que la paralysie faciale précoce peut reconnaître pour cause la compression du nerf facial par une plaque de méningite de la base...

MM. Vaquez et Laubry rapportent deux observations de **rhumatisme blennorragique à forme de mono-arthrite plastique ankylosante**, survenu à la même époque chez deux sœurs âgées l'une de dix-sept ans, l'autre de quinze ans et demi. Or, la contamination avait été faite par le même individu chez qui la blennorragie s'était accompagnée de légères douleurs rhumatoïdes. Les examens bactériologiques ont été pratiqués dans les deux cas et dans deux autres formes, l'une d'hydarthrose, l'autre d'arthrite purulente blennorragique, à la suite de ponctions articulaires. Positifs dans ce dernier cas, ils ont été négatifs dans les autres cas. L'examen du sérum pratiqué dans les quatre cas, a démontré l'absence de réaction leucocytaire au cours de réactions articulaires blennorragiques différentes : plastique, séreuse et purulente.

MM. Chauffard et G. Froin font une communication sur la **nature, l'évolution et la durée de la réaction méningée dans le zona**.

Dans deux cas de zona ils ont pratiqué des ponctions rachidiennes en série. Un zona ophtalmique a été ponctionné les deuxième, quatrième, quinzième et trentième jours après l'apparition de l'éruption. Un zona thoraco-abdominal a été ponctionné les dixième et vingtième jours après l'apparition de l'éruption.

Chaque ponction a décelé, dans le liquide céphalo-rachidien centrifugé selon la technique précise de MM. Widal et Ravaut, de nombreux lymphocytes. Cette réaction méningée, en particulier celle qui a accompagné le zona ophtalmique, apporte un argument favorable à la théorie métamérique du zona. Si cette réaction se produit seulement dans le territoire séreux qui avoisine le métamère malade, les ponctions démontrent qu'elle est néanmoins aussi intense que dans des processus plus diffus tels que la méningite tuberculeuse, le tabès, etc. La lymphocytose rachidienne ne concorde pas avec une réaction sanguine homologue : MM. Chauffard et Froin n'ont constaté qu'une légère polynucléose au moment de la période de l'éruption zonateuse.

Ils signalent une corrélation entre le nombre et les dimensions des lymphocytes. Les ponctions pendant les premiers jours de l'éruption décèlent des lymphocytes nombreux et volumineux; après la période d'éruption, les lymphocytes diminuent de nombre et de volume : il semble qu'il y ait macro-lymphocytose à la période initiale, faisant place à une micro-lymphocytose tardive.

Ils ont trouvé une lymphocytose très nette, bien que plus discrète que dans les cas précédents, chez un malade arrivé à six mois et demi de l'apparition de l'éruption de son zona. Ce malade, de même que les deux précédents, conserve des douleurs dans le territoire zonateux. Ceci amène à penser qu'il y a probablement un rapport entre l'intensité et la durée de la lymphocytose et des douleurs. MM. Chauffard et Froin pensent en un mot, qu'il y a lieu de rechercher, en dehors de ces cas, si les zones à douleurs persistantes sont ceux qui restent longtemps lymphocytiques.

M. Campbell présente une observation de **phlébite syphilitique secondaire** observée dans le service du docteur Marie.

FORMULAIRE

Traitement de l'adynamie cardiaque de la fièvre typhoïde et des maladies infectieuses en général.

M. le docteur E. Périer conseille, dans les *Annales de médecine et de chirurgie infantiles*, l'emploi des moyens suivants :

1° *Potion :*

Sulfate de spartéine.............	0gr10 centigr.
Eau distillée....................	25 grammes.
Sirop d'écorce d'oranges amères...	20 —

Une cuiller à café contient 0gr01 centigr. de sulfate.

On en donnera à partir : de trois ans, deux cuillerées à café; de cinq ans, cinq cuillerées à café; de dix ans, dix cuillerées à café.

2° *Injections hypodermiques :*

Sulfate de spartéine...............	0gr25 centigr.
Eau distillée.............. q. s. p.	0gr25 —

A partir de l'âge de : trois ans, deux demi-seringues Pravaz dans la journée; de cinq ans, deux seringues; de dix ans, deux seringues et demie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 1er AU 6 DÉCEMBRE 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 1er DÉCEMBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Broca (Aug.) et Gosset; — (2e partie, 1re série) : MM. Hayem, Teissier et Legry; — (2e série) : MM. Brissaud, Roger et Bezançon; — M. Rémy, suppléant.

MARDI 2 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Hartmann et Thiéry.

3e (oral, 2e partie), *Salle Richet* : MM. Budin, Pozzi et Schwartz; — M. Rémy, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Faure et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Albarran et Marion; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Dupré et Renon; — M. Thiroloix, suppléant.

MERCREDI 3 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste) : MM. Landouzy, Roger et Legueu.

3e (oral, 2e partie) : MM. Brissaud, Dejerine et Legry.

4e, *Salle Richet* : MM. Pouchet, Wurtz et Teissier; — M. Broca (André) suppléant.

JEUDI 4 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Méry et Guiart.

2e (chirurgien-dentiste), *Salle Thouret* : MM. Launois, Thiéry et Dupré.

4e, *Salle Richet* : MM. Chantemesse, Thoinot et Vaquez ; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 5 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste) : MM. Landouzy, Walther et Bezançon.

4e, *Salle Béclard* : MM. Hayem, Thoinot et Wurtz ; — M. Cunéo, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* : MM. Kirmisson, Legueu et Gosset ; — M. Mauclaire, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Richaud, suppléant.

SAMEDI 6 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Chantemesse, Méry et Desgrez.

2e (chirurgien-dentiste) : MM. Gilbert, Gouget et Auvray.

2e, *Salle Richet* : MM. Rémy, Langlois et Broca (André).

3e (oral, 1re partie), *Salle Thouret* : MM. de Lapersonne, Potocki et Marion ; — M. Guiart, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin ; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — *Bordeaux.* — Ont été nommés, après concours :

Chef de clinique médicale, M. Lafargue ; adjoint, M. Carles.
Chef de clinique ophtalmologique, M. Aubaret.

Marine. — Par décret, en date du 20 novembre 1902, rendu sur le rapport du ministre de la Marine, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal de réserve. — M. le médecin principal en retraite Piton, affecté au port de Brest.

Au grade de médecin de première classe de réserve. — MM. les médecins de première classe en retraite Marchandou et Rochard, affectés au port de Brest ; — Duprat, affecté au port de Toulon.

La Société de médecine légale de France a déclaré vacantes trois places de membres titulaires (section de médecine). Les lettres de candidatures seront reçues jusqu'au 7 décembre par M. le docteur Motet, secrétaire général, 161, rue de Charonne, Paris.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-sixième semaine, 823 décès, au lieu de 787 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 856.

La fièvre typhoïde a causé 11 décès, comme pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (10) ; le nombre des cas nouveaux (59) reste stationnaire et à peu près égal à la moyenne (51).

La variole a causé 1 décès (la moyenne est 4) ; le nombre des cas signalés par les médecins (8) est stationnaire, mais inférieur à la moyenne (27). La rougeole a causé 4 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (3) ; la coqueluche 1 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (3) ; la diphtérie, 6 décès, au lieu de 5 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (7) ; le nombre des cas nouveaux pour cette dernière affection (82) est revenu au chiffre d'il y a quinze jours, mais est toujours supérieur à la moyenne (64). La scarlatine n'a causé aucun décès.

La diarrhée infantile a causé 22 décès de 0 à 1 an, au lieu de 25 pendant la semaine précédente et au lieu de 31, moyenne des semaines de novembre pendant les cinq années précédentes.

En outre, 20 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 114 décès, au lieu de 99 pendant la semaine précédente : 120 est la moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 9 décès (au lieu de la moyenne 10) ; bronchite chronique, 13 (au lieu de la moyenne 21) ; pneumonie, 27 (au lieu de la moyenne 31) ; les autres maladies de l'appareil respiratoire, 65 (au lieu de la moyenne 68), dont 37 sont dus à la congestion pulmonaire et 17 à la broncho-pneumonie. En outre, 2 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 21 décès ; la méningite tuberculeuse, 10 ; la méningite simple, 13 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 9 décès ; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 54 ; les maladies organiques du cœur, 50 ; le cancer a fait périr 52 personnes ; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 6 décès ; la cirrhose du foie, 11 ; la néphrite, 22 ; enfin, 36 vieillards sont morts de débilité sénile.

Cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. — M. le professeur Joffroy a commencé le cours de clinique des maladies mentales le lundi 17 novembre 1902, à deux heures et demie, à l'amphithéâtre de l'asile Sainte-Anne, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

1° Une affiche ultérieure fixera la date des conférences que MM. Mercier et Guillain, chefs de clinique, feront sur l'anatomie pathologique du cerveau et la séméiologie des maladies mentales.

2° M. le docteur G. Dumas, chef du laboratoire de psychologie, chargé de cours à la Faculté des lettres, dirigera les exercices pratiques de psychologie, le samedi matin à neuf heures et demie (salle des cours et laboratoire de psychologie).

3° M. le docteur Schrameck, chef des travaux d'ophtalmologie, dirigera les exercices pratiques d'ophtalmologie, le mercredi matin à dix heures.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Voyages à itinéraires facultatifs de France en Algérie et en Tunisie.* — Il est délivré pendant toute l'année, dans toutes les gares P.-L.-M., des carnets de 1re, 2e et 3e classes pour des voyages sur les lignes des réseaux : Paris-Lyon-Méditerranée, Est, État, Midi, Nord, Orléans, Ouest, P.-L.-M. algérien, Est algérien, Etat (lignes algériennes), Ouest algérien, Bône-Guelma, et sur les lignes maritimes desservies par la Compagnie générale transatlantique, par la Compagnie de navigation mixte (Compagnie Touache) ou par la Société générale des transports maritimes à vapeur. Les itinéraires sont établis à l'avance par les voyageurs eux-mêmes. Les parcours sur les réseaux français doivent être de 300 kilomètres au moins ou être comptés pour 300 kilomètres.

Les parcours maritimes doivent être effectués exclusivement sur les paquebots d'une même Compagnie. La nourriture à bord des paquebots est comprise dans le prix des billets.

Les voyages doivent ramener les voyageurs à leur point de départ. Ils peuvent comprendre, non seulement un circuit dont chaque portion n'est parcourue qu'une fois, mais encore des sections à parcourir dans les deux sens, sans qu'une même section puisse y figurer plus de deux fois (une fois dans chaque sens ou deux fois dans le même sens).

Arrêts facultatifs dans toutes les gares du parcours.

Validité : 90 jours, avec faculté de prolongation de trois fois 30 jours, moyennant le paiement d'un supplément de 10 p. 100 chaque fois. — Faire la demande des carnets 5 jours au moins à l'avance, à la gare où le voyage doit être commencé.

Traitement des urétrites chroniques, par le docteur BENSA (de Nice). 1 vol. in-8° de 120 p., avec une planche hors texte. Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

La rééducation motrice, par le docteur Maurice FAURE. In-8° de 20 p. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 134 — JEUDI 27 NOVEMBRE 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 27 NOVEMBRE 1902. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

LES ABUS DU LAVAGE DE L'ESTOMAC

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

Grâce à la pompe stomacale de Kussmaul et mieux encore à la sonde molle de Faucher fonctionnant par le mécanisme du siphon, les médecins ont eu entre les mains un appareil permettant d'exécuter facilement l'évacuation du contenu de l'estomac et le lavage de sa paroi interne. Cette petite opération eut tout de suite une grande vogue et on ne tarda pas à en abuser. On en use actuellement plus discrètement, mais il n'est pas rare encore qu'on en abuse.

On peut abuser du lavage de l'estomac en le répétant trop souvent, en employant pour le faire une quantité d'eau trop considérable, ou encore en le pratiquant lorsqu'il n'est pas indiqué; à plus forte raison, lorsqu'il est contre-indiqué

Les théories médicales de la gastrite catarrhale chronique et de l'auto-intoxication par stase gastrique ont ésé très favorables à la vulgarisation et à l'abus du lavage de l'estomac.

Beaucoup de médecius rapportaient presque exclusivement la dyspepsie à la gastrite et ils considéraient la gastrite chronique avec hypersécrétion muqueuse comme d'une fréquence très grande. Par le lavage, ils espéraient enlever le mucus, en débarrasser les muqueuses, ramener leur fonctionnement à la normale et guérir leurs lésions. C'est ainsi que le lavage de la vessie tient une place considérable dans le traitement de la cystite. Plus tard, exagérant les idées de M. Bouchard, un grand nombre de cliniciens ne comprirent plus guère la dyspepsie sans dilatation, sans tendance à la stase, aux fermentations anormales et excessives, et à l'auto-intoxication.

Sous l'influence de ces conceptions théoriques, beaucoup de personnes furent soumises aux lavages de l'estomac qui ne devaient en retirer aucun bénéfice. Parmi ces malades indûment lavés, les névropathes suggestionnables furent à peu près les seuls à se réjouir; mais leur nombre est très grand et le bien qu'ils croyaient retirer du lavage stomacal contribua beaucoup à entretenir le crédit et la réputation de la méthode.

En réalité, en dehors des intoxications aiguës et de l'occlusion intestinale, qui correspondent à des catégories particulières de faits, les cas de stase permanente sont les seuls qui réclament véritablement le lavage. On ne doit donc le pratiquer que lorsqu'il y a dans la poche gastrique le matin à jeun une certaine quantité de liquide et de détritus alimentaires.

Mais, en admettant même qu'on se borne à pratiquer le lavage évacuateur dans les cas de stase permanente, il convient encore de le faire avec mesure.

Il semble bien, n'est-ce pas, que plus la dilatation de l'estomac est grande, plus la stase est considérable, plus il est indiqué de vider rapidement la poche gastrique de sa surcharge et de nettoyer sa muqueuse. Eh bien, dans les cas de très grande stase, il faut être prudent, surtout lorsqu'il s'agit de malades déprimés, cachectiques, et, plus particulièrement encore de malades atteints d'une sténose néoplasique du pylore. Si l'on procède à l'évacuation du contenu stomacal brusquement, sans précaution préalable, on s'expose à voir l'affaiblissement augmenter rapidement et le collapsus survenir. La terminaison fatale peut être ainsi sensiblement accélérée.

M. Boas (1) a vu comme nous des aggravations redoutables se produire dans ces conditions, aussi conseille-t-il d'évacuer le contenu de l'estomac en plusieurs fois, progressivement. Pour notre part, nous ne craignons pas d'effectuer cette évacuation rapidement en cas semblable; mais nous avons soin de préparer le malade à soutenir le choc et de le préserver des effets dangereux d'une déshydratation rapide.

Les malades atteints d'une sténose organique étroite du pylore ont souvent un estomac extrêmement dilaté et des vomissements abondants; ils s'affaiblissent par inanition et par déshydratation progressive. Leur estomac fait encore pénétrer une certaine quantité de liquide dans l'intestin, mais en quelque sorte seulement par regorgement, lorsque la stase a atteint un certain étiage. Si, brusquement, on supprime cette stase, l'afflux de l'eau dans l'intestin se trouve suspendu complètement pour quelque temps. A la fati-

(1) *Therapie der Gegenwart*, p. 519, 1901.

gue du tubage et du lavage, s'ajoute donc rapidement l'aggravation de l'inanition et de la déshydratation. Pour éviter ces accidents, nous avons toujours soin maintenant, en semblable cas, de faire au malade une injection hypodermique massive de 500 à 600 centimètres cubes de sérum chloruré sodique peu de temps avant d'évacuer le contenu de l'estomac; nous exécutons le lavage aussi rapidement que possible et nous avons soin, le lavage fait, d'introduire dans l'estomac un volume assez élevé de solution de chlorure de sodium au taux physiologique (un litre par exemple). Depuis que nous avons pris ces précautions, nous n'avons plus jamais observé les accidents de dépression et de collapsus et même de mort rapide que nous avions vus se produire autrefois.

Nous pensons du reste qu'il ne faut jamais que le lavage dure longtemps au risque d'amener une fatigue trop grande. Nous avons vu naguère, aux temps héroïques du lavage, faire passer 6, 8, 10 litres d'eau et plus dans un estomac pour en amener en une seule séance la propreté absolue. L'opérateur se déclarait satisfait seulement lorsque l'eau du lavage revenait absolument pure, sans détritus alimentaires, sans flocons de mucus, dût le tubage se poursuivre pendant une demi-heure. Souvent des lavages prolongés étaient ainsi répétés tous les jours pendant des semaines et des mois.

L'expérience clinique nous a convaincus qu'il y avait avec cette façon de procéder des inconvénients sérieux et un véritable abus.

Nous avons vu maintes fois des personnes venir nous trouver qui se soumettaient depuis très longtemps à la pratique du lavage quotidien, à grande eau. La plupart appartenaient à la catégorie des gastropathes atteints de sténose consécutive à un ulcus chronique ou à une cicatrice d'ulcus. Eh bien, en supprimant le lavage, en le modérant beaucoup, en le remplaçant par un tubage à sec le matin, suivi souvent d'injection de poudre de viande, nous avons vu presque toujours la stase du matin diminuer, nous l'avons vue quelquefois même disparaître complètement. Le lavage. même dans les cas de stase considérable, ne doit, en principe, être fait que le matin à jeun. Les malades, qui ont appris le maniement du siphon, ont souvent tendance à abuser de l'évacuation du contenu stomacal et ils la provoquent plusieurs fois par jour, un certain temps après les repas. De cette façon, ils évacuent une quantité plus ou moins considérable de substances en voie de digestion et ils diminuent si fortement leur ration alimentaire qu'ils s'amaigrissent et s'affaiblissent; on en peut voir réduits à l'état de véritables momies.

Quand il n'y a pas de stase permanente, lorsque l'estomac est vide le matin à jeun, nous considérons le lavage répété comme abusif. Il peut être utile, d'une façon en quelque sorte épisodique; il est nuisible, s'il est pratiqué tous les jours à grande eau. Ceci s'applique plus particulièrement aux estomacs ptosés et allongés à évacuation tardive, tels que les fait le corset chez des femmes prédisposées.

On le comprend facilement, l'abus du lavage peut fatiguer les parois musculaires de l'estomac et en amener le relâchement, exagérer le spasme du pylore, et exciter l'hypersécrétion, directement ou indirectement.

Depuis que nous en sommes arrivés à cette conception, nous ne pratiquons plus le lavage de l'estomac qu'avec réserve; quelquefois trois ou quatre fois seulement au début de la cure, d'autres fois à des intervalles plus ou moins éloignés; mais, toujours, nous n'employons qu'une quantité d'eau modérée, trois à quatre litres par exemple. Jamais nous n'introduisons plus d'un demi-litre d'eau en une seule fois.

Nous n'employons pas le lavage dans le traitement de la gastrite chronique, où il ne nous paraît avoir aucun avantage. Nous ne sommes nullement convaincus qu'il puisse servir à guérir plus rapidement l'inflammation catarrhale de l'estomac et refréner l'hypersécrétion muqueuse. Il nous paraît du reste impossible de juger de l'état de la muqueuse par la quantité de mucus trouvé dans le liquide du repas d'épreuve, ou dans l'eau du lavage : il faudrait pouvoir tenir compte, chose impossible, du mucus d'origine buccale et d'origine œsophagienne surajouté au mucus d'origine véritablement gastrique.

La faiblesse très grande du malade, des lésions pulmonaires étendues, une hémoptysie récente, les anévrysmes, l'asystolie, une lésion cérébrale récente, la péritonite, l'ulcère aigu et l'hémorragie gastrique constituent autant de contre-indications.

Nous ne retiendrons pour les discuter que l'ulcère aigu de l'estomac et la gastrorragie, parce que tous les auteurs ne sont pas d'accord pour y voir une contre-indication au lavage.

La première indication du traitement de l'ulcère aigu de l'estomac, c'est le repos absolu de l'organe, inconciliable avec la pratique du tubage et du lavage.

Reste l'hémorragie gastrique pour laquelle la même fin de non-recevoir pourrait être répétée avec la même formule. Toutefois, ici, l'opinion n'est pas unanime et certains auteurs prescrivent le lavage comme mode de traitement de l'hémorragie elle-même. Récemment, M. Bourget (de Lausanne) a conseillé le lavage systématique, avec une solution étendue de perchlorure de fer. Jusqu'ici il n'a pas eu d'accidents et n'a eu qu'à se louer de cette façon de faire. Toutefois, il ne faut pas oublier qu'on a vu plusieurs fois une grande hémorragie se produire pendant le lavage ou peu de temps après, et, lorsqu'on a en main des pièces anatomiques montrant une petite artériole béante ou même un petit anévrysme de l'artère splénique, on en vient à penser que mieux vaut ne pas risquer d'aller déplacer le caillot oblitérateur, qui eût pu, peut-être, se produire en cas semblable; c'est aussi l'avis de Boas et de Leube, ces maîtres en pathologie gastrique.

La contre-indication est moins absolue quand il s'agit de petites hémorragies répétées dans des cas de sténose pylorique avec grande stase, surtout lorsqu'il s'agit d'un néoplasme cancéreux. Il y a moins d'inconvénient pour le malade à subir un tubage évacuateur qu'à faire des efforts répétés de vomissement. Habituellement du reste, en cas semblable, nous avons vu le sang disparaître du liquide stomacal après un ou deux lavages. Nous avons l'habitude, dans ces conditions, de pratiquer un lavage léger avec une solution à 4 p. 1000 de chlorure de calcium dans de l'eau à 45-48 degrés.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

INAUGURATION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(25 NOVEMBRE 1902)

Vingt-cinq novembre, date mémorable dans l'histoire de l'Académie de médecine. C'est en ce jour, en effet, qu'ont été inaugurés en grande pompe, sous la présidence de M. le président de la République, les nouveaux locaux vraiment dignes d'elle et qu'elle attend depuis si longtemps. La salle très belle et très luxueuse, quoique simplement décorée, est absolument remplie, non seulement par les membres de l'Académie, mais aussi par leurs femmes dont les toilettes jettent une note gaie dans l'assistance ; une réelle satisfaction, satisfaction de propriétaire content de son immeuble, règne sur tous les visages académiques. Le bureau, la tribune, les fauteuils et les pupitres, tout cela est très bien disposé, très élégamment agencé. En un mot, tout est fort bien... sauf la Presse, très peu commodément reléguée dans un bout de tribune d'où elle peut à peine voir et entendre ce qui se passe dans l'enceinte, et d'où il lui est impossible de pénétrer directement dans celle-ci et d'aller demander le moindre renseignement aux auteurs des communications. On s'en plaignait beaucoup sur le modeste banc des journalistes et chacun exprimait le vif désir et l'espoir qu'on modifierait cette incommode organisation.

A trois heures précises, M. le président de la République pénètre dans la salle, accompagné par le bureau tout entier en uniforme et suivi d'un imposant cortège dans lequel nous reconnaissons M. Chaumié, ministre de l'Instruction publique, M. Bourgeois, M. Rambaud, M. Liard, M. Rabier, M. Straus, M. de Selves, M. Lépine, M. Lucipia, M. Combarieu, le général Dubois, etc.

M. le président de la République prend place au bureau, dans le fauteuil présidentiel, ayant à sa droite M. Chaumié et à sa gauche M. Riche. Celui-ci prend aussitôt la parole et fait l'historique de l'Académie en faisant ressortir le rôle important qu'elle a toujours été appelée à remplir au point de vue administratif. Après un rapide exposé des travaux des commissions permanentes, commissions des épidémies, des eaux minérales, de la vaccine, etc., M. Riche rappelle ce qu'a fait l'Académie dans la lutte pour l'assainissement des colonies, contre le paludisme, contre la tuberculose, contre l'alcoolisme et cite ici les noms de ses collègues Laveran, Grancher, Bergeron ; il rappelle le rôle important pris par l'Académie dans l'application de la loi Roussel et termine ainsi :

« Monsieur le président de la République, malgré les conditions défavorables dans lesquelles elle n'a cessé de se débattre, l'Académie a tenu à honneur de remplir toutes les obligations qui constituent l'héritage des anciennes institutions de l'Etat.

Marchant avec son temps, le devançant quelquefois, elle a créé des rouages nouveaux pour embrasser l'étude des graves questions qui ont surgi de son temps : commissions du paludisme, de la tuberculose, de l'alcoolisme, de l'hygiène de l'enfance.

Elle est heureuse de prendre possession d'une résidence digne de la France, qu'elle doit à la libéralité du gouvernement de la République et à sa prévoyance personnelle, parce qu'elle acquiert les moyens de mieux servir les intérêts de la santé publique, noble mission qu'un homme, à la fois grand philosophe et grand savant, Descartes, a exprimée par ces mots : « C'est à la médecine qu'il faut demander « la solution des problèmes qui intéressent le plus la grandeur et le bonheur de l'humanité. »

L'Académie vous est profondément reconnaissante, monsieur le président de la République, d'avoir bien voulu venir présider la cérémonie de notre nouvelle et définitive installation. »

M. le secrétaire perpétuel prend ensuite la parole et dans un de ces brillants et éloquents discours dont seul il a le secret et qu'il dit avec la perfection d'un véritable artiste, il retrace les interminables vicissitudes par lesquelles est passée l'Académie avant de toucher au port bienheureux où elle a enfin abordé, cette continuelle agitation dans cette immuable immobilité d'où elle semblait ne devoir jamais sortir, puis abordant le rôle scientifique, administratif et humanitaire de l'Académie de médecine, il s'est élevé aux hauteurs de la plus pure éloquence pour retracer les travaux accomplis, les progrès réalisés, les services rendus.

Le salut au nouveau palais de la rue Bonaparte, comme les adieux à la rue des Saints-Pères restera comme un des plus beaux spécimens de l'éloquence médicale.

Après lui, M. Chaumié, ministre de l'Instruction publique, a pris la parole et s'est exprimé en ces termes :

« Depuis bien longtemps, tous les ans, le bureau de l'Académie de médecine, dans la visite officielle qu'il lui faisait, apportait au ministre de l'Instruction publique de trop légitimes doléances sur une lamentable installation. En le rappelant, dans un article qu'il publiait en 1895, sur les vicissitudes de votre logement, le Dr Dureau, votre bibliothécaire, préoccupé d'un souci d'exactitude, ajoutait même : « Il y a parfois plusieurs visites, lorsque le ministre « change dans l'année. »

Ces vicissitudes sont enfin terminées ; l'injustice trop longtemps soufferte est réparée. L'Académie n'est plus locataire : elle est désormais installée chez elle dans un hôtel digne d'elle, que nous avons la joie d'inaugurer solennellement aujourd'hui. »

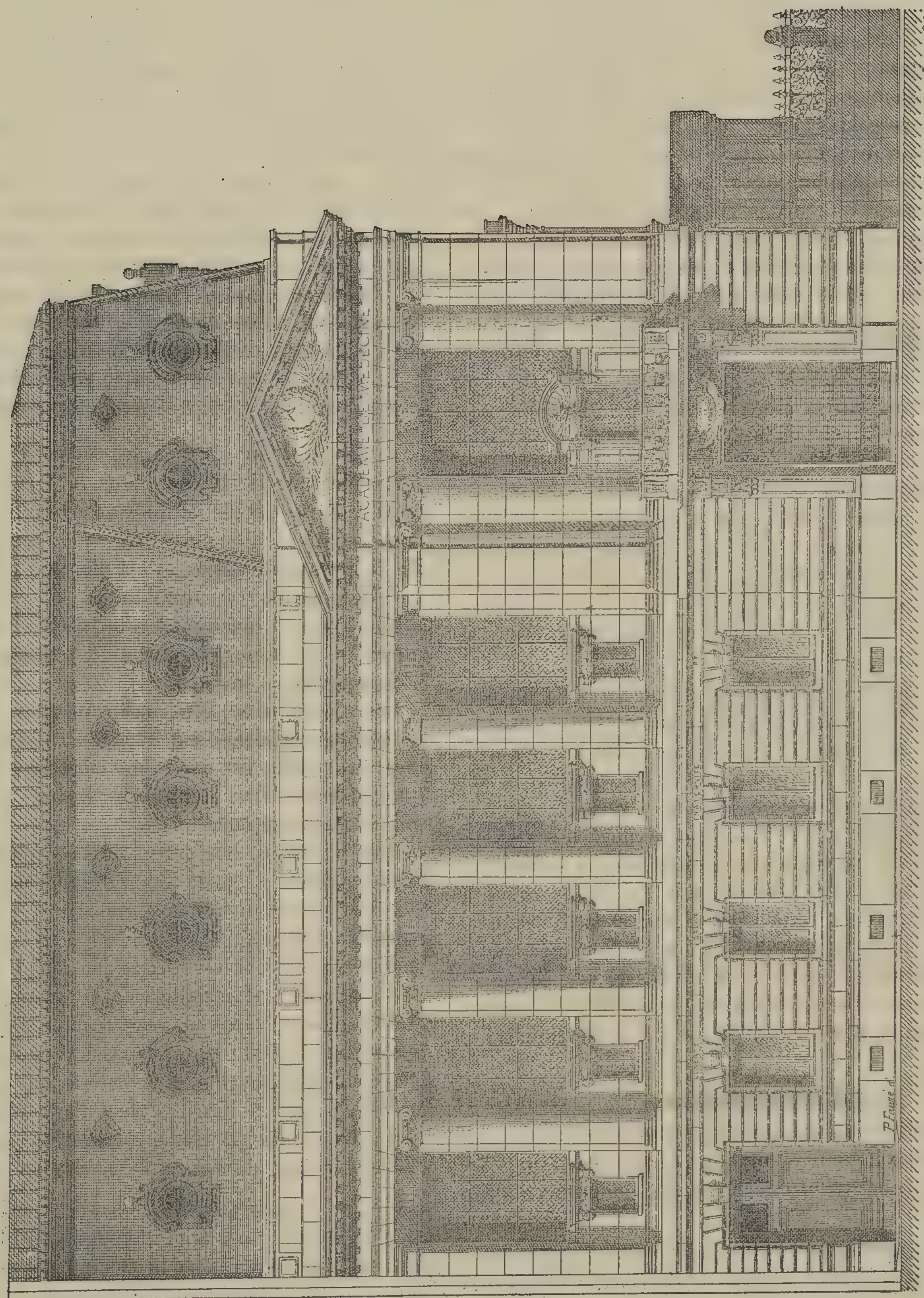
Puis il revient sur cette ancienne chapelle de la Charité où l'Académie a vécu si longtemps, fait un tableau saisissant de ce local insuffisant, malsain, sans jour, sans air, de cette bibliothèque où s'accumulaient sans cesse des richesses considérables, forcément reléguées dans des caves, des greniers inaccessibles, et il tient à saluer ce vieil établissement, non d'un regret, mais d'un souvenir et d'un hommage. Partant de là, M. Chaumié rappelle les travaux, lee recherches, les découvertes qui ont été accomplies dans ces vieux murs. « Tant qu'elles n'auront pas définitivement péri, dit-il, ces murailles délabrées garderont quelque chose du passé glorieux qu'elles ont vu. »

Puis M. le ministre retrace à son tour l'histoire complète de l'Académie qui n'a été d'abord que la fusion de l'Académie de chirurgie et de la Société royale de médecine, en suivant scrupuleusement les diverses phrases de cette glorieuse histoire, et termine ainsi :

« Plus de quatre-vingts ans se sont écoulés depuis, Messieurs, et vos devanciers, comme vous-mêmes, avaient amplement justifié la confiance du gouvernement.

La liste est glorieuse de ceux qui, tour à tour, ont fait partie de votre Compagnie. Tous les noms qui y sont inscrits signifient travail, savoir, dévouement à la science et à l'humanité ; beaucoup d'entre eux rappellent une conquête précieuse faite sur la maladie et la souffrance ; quelques-

ACADÉMIE DE MÉDECINE



FAÇADE PRINCIPALE DE LA NOUVELLE ACADÉMIE DE MÉDECINE (ARCHITECTE : M. ROCHET)

uns sont impérissables. Derrière vous, formés par vos leçons, exaltés par votre exemple, montent de jeunes maîtres dont les travaux sont le gage de ce que la science et le pays ont le droit d'attendre d'eux.

Vous saurez et ils sauront faire après vous, à ces murs neufs, une histoire aussi belle que celle que vos devanciers et vous avez faite à la salle en ruines à laquelle vous venez de dire adieu.

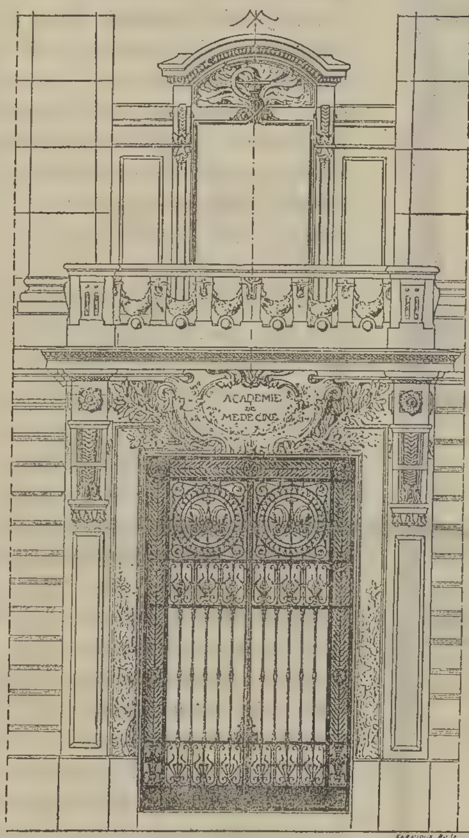
Prenez donc possession, Messieurs, de votre nouvelle demeure. Au nom de la France admiratrice et reconnaissante, le gouvernement de la République vous y souhaite la bienvenue. »

Avant de lever la séance, M. le président de la République a lui-même attaché la croix de commandeur au cou de M. Jaccoud, aux interminables applaudissements de l'assemblée.

Bonne journée pour l'Académie ; hommages officiels, congratulation ministérielle, haute récompense accordée à son secrétaire perpétuel, rien ne lui a manqué. Tout le monde était satisfait de son sort, sauf, j'y reviens à dessein, les représentants de la Presse vraiment trop mal partagés et qui seuls, peut-être, se prendront à regretter le local vermoulu de la rue des Saints-Pères.

LA NOUVELLE ACADÉMIE DE MÉDECINE (1)

L'Académie de médecine, fondée en 1820 par Louis XVIII, fut installée provisoirement rue de Poitiers, d'où elle émigra



DÉTAIL DE LA GRANDE PORTE D'ENTRÉE

vingt-neuf ans plus tard rue des Saints-Pères, dans une chapelle, dépendance de l'hôpital de la Charité. Après être restée ainsi de longues années locataire de l'Assistance publique, l'Académie s'est depuis hier installée définitivement *dans ses meubles*, dans le beau palais du 16 de la rue Bonaparte. C'est là, en effet, que M. le président de la République est venu inaugurer les nouveaux bâtiments construits à côté de l'École des beaux-arts, sur l'emplacement d'une ancienne succursale du Mont-de-Piété.

Le nouveau palais s'élève dans un espace assez resserré, entre la cour de l'École des beaux-arts et un immeuble voisin. Dans cet étroit terrain, M. Rochet, l'éminent architecte de l'Assistance publique, a résolu un véritable problème ; faire un palais pratique, confortable, luxueux même... et à bon marché.

D'une façon générale, ce qui frappe en visitant la nouvelle Académie, c'est la rare élégance de l'ensemble et c'est le goût parfait qui a présidé à tous les aménagements. Tous les services de l'Académie : laboratoires, archives, sont installés d'une façon vraiment moderne, digne de l'Académie de médecine.

Nos lecteurs nous sauront gré de leur faire connaître les dispositions intérieures du nouveau palais. Grâce à l'extrême amabilité de M. Rochet, et à la gracieuse obligeance de notre confrère le journal *L'Architecture*, nous sommes en mesure de mettre sous les yeux de nos lecteurs tous les plans du nouveau palais.

Au rez-de-chaussée, on voit de la rue Bonaparte, de part et d'autre de la façade, deux larges portes d'entrée. Par celle de droite, on entre dans un grand vestibule de niveau avec la rue sur lequel s'ouvre la loge du concierge, et donnant accès, par un perron de cinq marches, à l'escalier d'honneur et à l'ascenseur menant au premier étage. Une galerie dessert le vestiaire des académiciens, le vestiaire des étrangers, une salle d'attente pour le public qui vient se faire vacciner, les archives des bureaux et les laboratoires de chimie pour les analyses. L'extrémité de la galerie aboutit à la cour, qui contient des écuries pour les génisses et trois laboratoires pour le service de la vaccine. On accède aussi à cette cour par la porte cochère de gauche de la façade.

L'escalier d'honneur, dont la rampe en fer forgé est remarquable, ne monte qu'au premier étage. Deux autres escaliers partant également du rez-de-chaussée, desservent les autres étages de l'édifice.

Au premier étage, en arrivant en haut de l'escalier, on trouve à gauche la bibliothèque avec une grande salle de lecture, le bureau du bibliothécaire et le musée qui lui est contigu. Dans le plan primitif le musée devait se trouver au-dessus de la salle de lecture. L'ascenseur se trouve en face de l'escalier, et à droite s'ouvre la salle des pas-perdus.

Cette belle salle, éclairée par en haut, donne accès par un tambour dans la salle des séances. Elle contient les bustes et les tableaux de l'ancienne Académie. Elle sera certainement, comme d'habitude, plus fréquentée que la salle des séances.

En traversant cette salle on accède à une galerie qui dessert une salle de conversation, le cabinet du secrétaire perpétuel, la salle du conseil et une petite pièce pour l'examen des malades présentés à l'Académie.

Au-dessus de ces pièces, au second étage, trois salles de commissions et cabinet pour le trésorier. Au troisième étage et au quatrième étage, des appartements pour le bibliothécaire et des dépendances.

La salle des séances, d'une sobre élégance, est peinte dans

(1) Tous les clichés contenus dans ce numéro nous ont été fort aimablement communiqués par notre excellent confrère *L'Architecture* auquel nous adressons nos meilleurs remerciements.

des tons gris clair, la voûte ainsi que certains panneaux, pourra recevoir des fresques.

Elle comprend deux étages.

En bas se trouvent le bureau et les gradins. Le bureau est installé sous une large arcade. En face de lui s'élèvent les gradins formés d'une marche en marbre rose et à la suite d'une aire en liège recouverte de linoléum. Car l'Académie a banni, au nom de l'hygiène, et les tapis et les tapisseries.

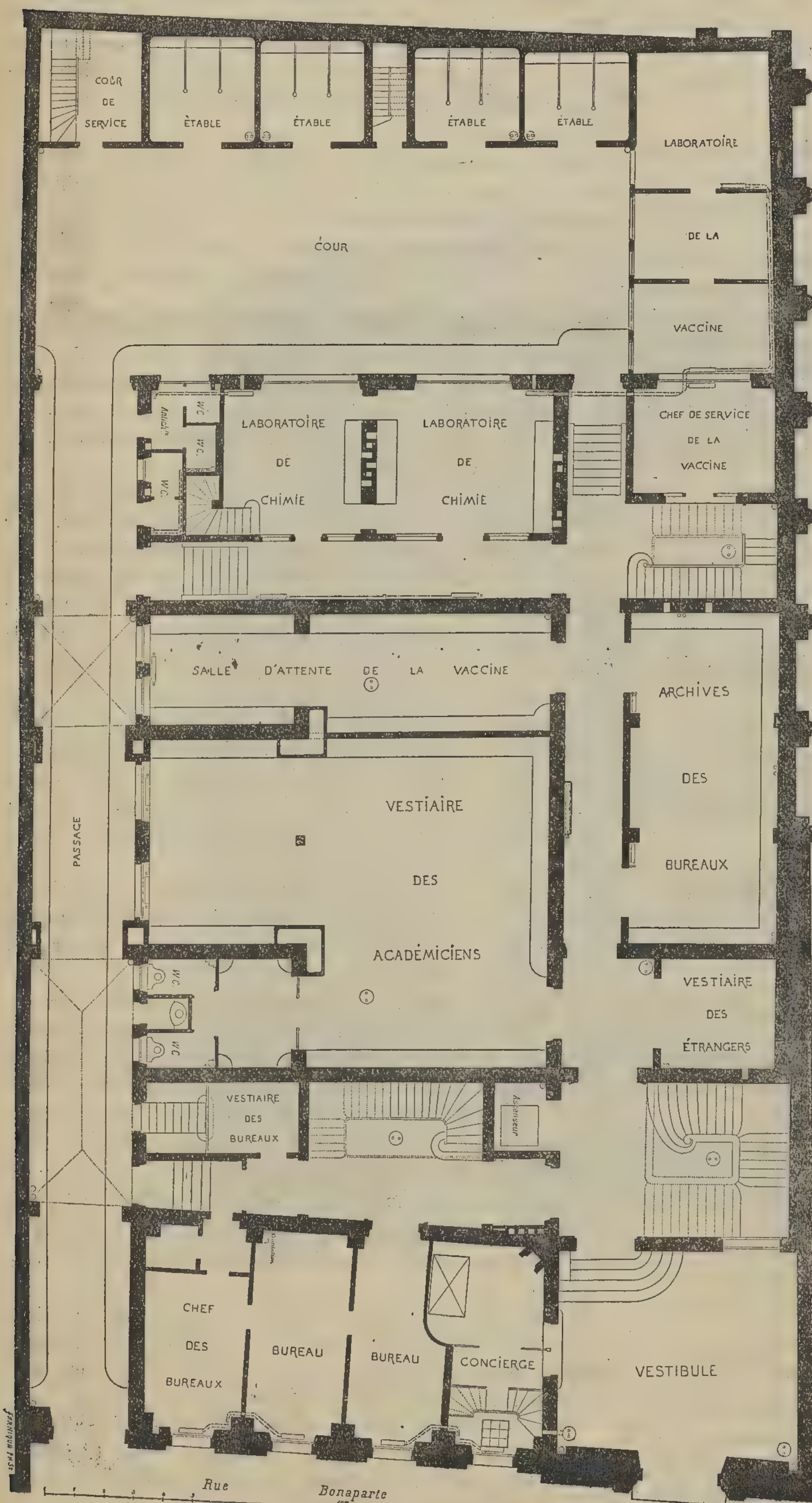
Les académiciens prennent place dans des sièges groupés deux par deux au-devant de petites tables.

Le public est placé dans quatre tribunes et sur un balcon, trois mètres environ au-dessus du plancher de la salle. Une partie de ce balcon, à droite du bureau, est réservée à la presse. On y accède par une petite salle de repos pouvant servir aussi de vestiaire, avec lavabos et W. C.

Et, à ce propos, notons le grand nombre de water-closets mis à la disposition des académiciens ou du public. Notre excellent confrère le docteur Grisel, de l'*Echo de Paris*, dit avoir compté jusqu'à *vingt places assises* !

Tout à l'égout, chauffage à la vapeur, lumière électrique, ascenseur, téléphone... Si nos académiciens ne sont pas satisfaits, c'est qu'ils sont difficiles !

F. R.



PLAN DU REZ-DE-CHAUSSÉE

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(19 NOVEMBRE 1902)

Toujours la discussion sur l'**appendicite**.

M. Poirier défend, avec son talent habituel, l'intervention à outrance. Opérez toujours et tout de suite, dit-il, c'est ce qu'il fait lui-même en conscience et sa statistique ne lui donne que 8 p. 100 de mortalité, ce qui est incontestablement préférable à la mortalité de 30 p. 100 constatée chez les abstentionnistes.

M. Ricard porte la question sur le terrain clinique, M. Routier a dit, au cours de cette discussion, avec trop de modestie, qu'il se sentait incapable de diagnostiquer la forme anatomo-pathologique d'une appendicite aiguë. Il est vrai que, dans bien des cas, cela est difficile ; mais, aux yeux de M. Ricard, cela n'a qu'une importance secondaire, ce qu'il importe ou plutôt ce qu'il importerait de savoir, en pareil cas, c'est la façon dont va réagir le péritoine en présence d'une appendicite. Tout est là au point de vue du pronostic. Nous avons tous vu, dit M. Ricard, des appendicites aiguës légères avec une réaction très grave du péritoine ; nous avons tous vu des appendicites aiguës graves avec réaction péritonéale légère, des appendicites gangréneuses avec très peu de réaction du côté du péritoine ; nous avons tous vu des appendices sphacélés à moitié détruits, sectionnés, séparés, du cæcum n'ayant donné du côté du

péritoine qu'une réaction très minime et ayant guéri puisque nous opérions ces appendicites à froid. Ce que M. Ricard voudrait donc pouvoir diagnostiquer, c'est la forme clinique de l'appendicite, c'est la réaction du péritoine.

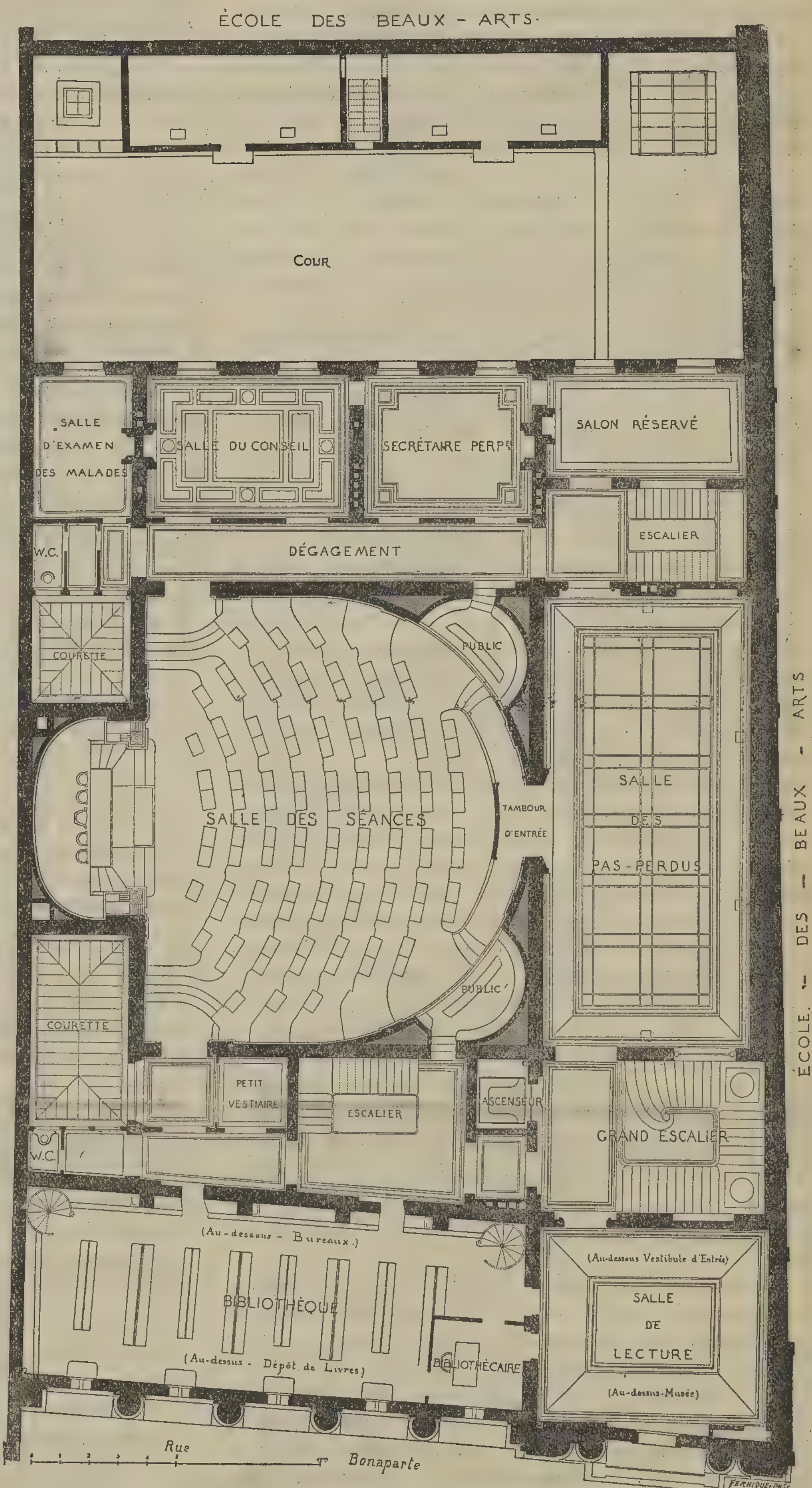
Il divise, à ce point de vue, les appendicites en trois catégories : les cas légers, les cas moyens, les cas graves. Voyons quelle sera sa conduite dans ces différents cas : dans les cas légers, M. Ricard n'opère jamais; d'ailleurs dans ces cas les médecins appellent rarement le chirurgien et il serait peut-être heureux qu'ils n'appelassent jamais quelques-uns d'entre nous. Il y a tout avantage à s'abstenir dans ces cas fugaces; en effet, si l'on prend trop tôt le bistouri, on s'expose à opérer une indigestion ou une fièvre typhoïde. Il arrive bien souvent qu'on s'est trop pressé de faire le diagnostic d'appendicite et M. Ricard cite plusieurs exemples, dans lesquels cette erreur a été commise et où les chirurgiens se sont félicités de s'être montrés temporisateurs.

Pour les cas très graves, les appendicites hypertoxiques, septicémiques d'emblée, tous les chirurgiens sont d'accord; il n'y a pas de temporisateurs, tous opèrent immédiatement ces cas-là. Il n'y a pas de discussion à ce sujet, ce sont ces cas graves d'emblée, qu'il faut opérer tout de suite, qui nous donnent la plus grande mortalité et qui chargent nos statistiques.

C'est dans les cas moyens que la conduite à tenir est la plus difficile à préciser. Il y a un départ à faire dans ces cas; tout le monde est d'accord pour opérer les véritables abcès de la fosse iliaque, les péritonites enkystées. Quant aux cas qui étaient désignés autrefois sous le nom de pérityphlite, M. Ricard ne les opère jamais. Il suit, en cela, la conduite de Broca, de Jalaguier et de bien d'autres. Dans cette forme d'appendicite à plastron, M. Ricard surveille de très près son malade et il n'intervient que s'il saisit des signes de réaction péritonéale.

Il y a d'autres cas d'appendicites aiguës sans plastron, sans abcès, cas plus délicats, plus difficiles tant au point de vue du diagnostic précis qu'au point de vue de la conduite à tenir : si le pouls est plein, vibrant, la température par trop élevée, la lésion bien localisée, M. Ricard institue le traitement médical et il attend en exerçant une surveillance constante; il attend ainsi tant que l'infection reste purement localisée; au moindre signe de généralisation, il opère. Si, malgré le traitement médical, on observe un certain recul de la maladie, une exagération quelconque dans l'intensité das symptômes, ou l'apparition d'un phénomène nouveau, prouvant que la maladie est en marche, quoi qu'on fasse, alors il faut opérer sans attendre.

En résumé, M. Ricard est devenu, en matière d'appendi-



PLAN DU PREMIER ÉTAGE

(Dans l'aménagement définitif, le musée, au lieu de se trouver au-dessus du vestibule, sera installé dans la bibliothèque.)

cite, de plus en plus temporisateur, et il n'admet pas qu'on enferme cette affection dans une formule trop étroite pour lui l'équation : appendicite égale opération, est un danger si on la fait passer dans le domaine de la pratique courante.

M. Richelot repousse toutes les formules intransigeantes entre ceux qui disent : Opérez toujours, et ceux qui disent : N'opérez jamais, il y a place pour les éclectiques. En matière d'appendicite, M. Richelot estime donc qu'il faut souvent intervenir, mais avec opportunité. M. Richelot émet quelques doutes sur ces cas de guérison apparente suivie de brusque retour d'accidents graves, comme celui de M. Legueu qui fait le point de départ de cette discussion. M. Legueu n'a pas suivi lui-même cet enfant; la détente était-elle si franche, si régulière qu'on le lui a dit? Cette amélioration n'était-elle pas trompeuse? Cette accalmie traîtresse n'était peut-être bien qu'apparente. En présence de toute appendicite aiguë, fébrile, M. Richelot intervient; il considère comme une imprudence d'attendre, dans ces cas, le refroidissement de l'appendicite. M. Nélaton a insisté, avec raison, sur l'importance du signe tiré de l'altération des traits. Mais ce signe n'est pas constant et bien des malades sont gravement atteints sans le présenter.

M. Richelot a vu récemment une jeune femme de vingt-neuf ans, auprès de laquelle il a été appelé trente-six heures après le début d'accidents d'appendicite aiguë ; il n'y avait aucun signe alarmant, pas d'altération des traits, mais la maladie était en période ascendante ; la température était de 38°6. M. Richelot opère et trouve un appendice gangréné. La malade a guéri. Si M. Richelot avait attendu, elle serait morte, dit-il. Ce n'est pas absolument certain pour nous. M. Quénu a appelé l'attention sur l'importance d'un autre signe tiré de la diffusion de la douleur. Mais c'est encore là un signe qui n'est pas constant.

De son côté, M. Richelot attache une grande importance à l'augmentation croissante de la fièvre. Dans ces cas, il opère le plus tôt possible. Quand la fièvre monte ainsi, l'affection ne se refroidit pas, le mal est progressif et c'est une raison pour se hâter d'intervenir. Il ne faut pas s'endormir dans un optimisme exagéré; c'est une question d'impression, de tact médical; M. Richelot ne croit pas beaucoup à ces transformations soudaines, à ces aggravations inattendues d'une appendicite en apparence bénigne. Ce sont là, suivant lui, les conséquences d'un état trompeur, qui a trompé médecins et chirurgiens; il y a quelque chose qui leur a échappé : un médecin ne doit jamais dormir tranquille à partir du moment où il a porté le diagnostic d'appendicite. Il faut donc apporter la plus grande surveillance dans ces cas d'appendicites dites légères. M. Richelot se résume en disant : Soyez très radicaux dans les cas d'appendicites aiguës; soyez très cliniciens dans les cas d'appendicites légères.

La discussion se poursuivra dans la prochaine séance.

M. Delbet fait connaître un procédé de **périnéorraphie** qui lui a donné de bons résultats. Ce procédé consiste à séparer le vagin du rectum, à aller jusque derrière le col utérin chercher les muscles releveurs de l'anus, à les mettre à nu et à les rapprocher l'un de l'autre comme deux rideaux en les maintenant ainsi rapprochés par une suture perdue au catgut ou même au fil d'argent, mais ces fils d'argent peuvent ne pas être sans inconvénients. Ils blindent le vagin. Il ne faut blesser personne, dit avec raison M. Delbet.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

La transmission de la fièvre typhoïde par les huîtres à Constantinople. — D'après M. Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople, l'étiologie ostréaire n'est pas rare dans cette ville. En effet, Constantinople est entouré de toutes parts par l'eau. Le Bosphore, la Marmara, la Corne-d'Or reçoivent les immondices d'une population de près de deux millions d'habitants et on trouve là le mélange d'eau de mer, d'eau douce et d'eau d'égouts que les ostréiculteurs donnent comme étant le milieu idéal pour le rapide accroissement de l'huître. Dès lors, il est inutile d'avoir des parcs. Les huîtres poussent sur les rives indiquées comme en autant de parcs naturels. Malheureusement les mollusques pêchés dans ces conditions paraissent susceptibles de nuire à la santé, ainsi que le prouvent de nombreuses observations cliniques et examens bactériologiques. Un centimètre cube d'eau d'une huître pêchée dans la Corne-d'Or peut renfermer jusqu'à 65000 bactéries, parmi lesquelles figurent les espèces microbiennes les plus nocives. M. Remlinger insiste au point de vue clinique sur la coexistence de la diarrhée avec la fièvre typhoïde d'origine ostréaire. Fréquemment, en effet, on voit un sujet être pris de diarrhée quelques heures après l'ingestion d'huîtres suspectes. Cette diarrhée dure huit à dix jours et elle fait place alors aux symptômes classiques de la dothiénentérie. D'autres fois, des huîtres ingérées simultanément par deux personnes déterminent la diarrhée chez l'une, la dothiénentérie chez l'autre. Au point de vue prophylactique, il semble qu'un séjour d'une semaine en eau de mer pure des huîtres pêchées en milieu suspect serait un moyen suffisant de parer aux accidents. Le bacille d'Eberth disparaît en six jours des huîtres ainsi traitées et, au point de vue pratique, ce bain d'eau pure ne présente rien d'irréalisable. (*Revue d'hygiène*, 20 oct. 1902.)

F. R.

CHIRURGIE

Perforation de l'appendice dans un sac herniaire. — Les cas de hernie de l'appendice compliqués d'inflammation ou d'étranglement de cet organe ne sont relativement pas rares; au contraire, l'accident dont il s'agit est beaucoup moins fréquent. Dans le cas signalé par M. Basil Hall, le sac contenait à la fois une portion du cæcum et de l'intestin grêle. Il est probable que l'appendice était adhérent vers l'orifice d'un canal vagino-péritonéal non oblitéré et que la descente de l'intestin avait dû s'effectuer brusquement, rompant les adhérences de l'appendice et altérant ses parois.

Le sujet était un homme de vingt-trois ans, lequel, cinq jours avant l'examen, avait éprouvé une vive douleur dans l'aîne droite en soulevant un sac. Il s'aperçut que le scrotum présentait un gonflement marqué et il se mit au lit. Tout d'abord il n'avait pas de vomissements. Le lendemain, la douleur devint très vive, la température était peu élevée.

On trouva, en examinant le malade à ce moment, une volumineuse hernie inguinale droite. La tumeur était douloureuse à la pression, tympanique dans sa moitié supérieure, mate à la percussion dans sa portion inférieure. Le gros intestin fut évacué au moyen d'un lavement; les selles étaient normales. Le lendemain la température s'éleva à 38°6; l'état général paraissait satisfaisant.

Dix jours après l'accident, le sac fut ouvert et le côlon mis à nu. L'incision fut prolongée par en bas, montrant un cæcum baignant au milieu de sang décomposé et de pus. A la place de l'appendice se trouvait une masse irrégulière et, près de sa base, un orifice dû à la chute d'une escare laissait échapper des matières fécales et du pus. Il était impos-

sible, sous peine de déterminer une péritonite septique, de réintégrer dans l'abdomen la portion d'intestin ainsi mise à nu. Toute la partie infiltrée et friable fut donc réséquée.

Des ligatures élastiques furent posées sur le côlon et sur l'iléon et l'anastomose fut pratiquée au moyen du bouton de Murphy. Le sac fût réséqué et l'anneau suturé. La guérison s'effectua sans incidents.

Bien que le sac fût d'origine congénitale et l'anneau largement ouvert, il n'y eut pas de récidive dans la suite. (*Brit. med. Journ.*, 28 juin 1902.) A. H.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement des alopécies.

Nous empruntons à l'excellent petit livre du docteur Gastou sur les *Maladies du cuir chevelu* (1), les renseignements pratiques qui suivent sur le traitement des alopécies.

En présence d'une alopécie, il faut d'abord en chercher la cause, générale ou locale; combattre la cause générale; lutter contre la cause locale, mauvaise hygiène, sécheresse du cuir chevelu, pellicules, stéatidrose, éphidroses et aider à la repousse.

1° *Cuir chevelu irritable, sec.* — Lavages à l'œuf, à l'eau amidonnée, à la décoction de panama faible. Si le cuir chevelu est facilement squameux, pommades au goudron et à l'acide salicylique; s'il est prurigineux, carbonate de potasse, soufre, naphtol, ichtyol, résorcine. Comme cosmétiques, pommades, huiles (huile de ricin, de vaseline), préparations alcalines.

2° *Cuir chevelu humide, sueurs.* — Lavages et lotions astringents, alcooliques, alcalins; préparations à base de résorcine, d'acide salicylique, de salol. Poudrages avec des poudres inertes absorbantes.

3° *Cuir chevelu gras.* — Lavages à l'eau de son, à l'alcool camphré, eau sédative, ammoniaque, saponine, panama, borax, alcalins. Lotions dégraissantes. Formol, éther et alcool, térébenthine, benzine, chloroforme, ammoniaque. Cosmétiques : baumes, huiles volatiles (essences), glycérine, pétrole, acide salicylique, naphtol.

4° *Pellicules.* — Nettoyages au panama, aux alcalins, au sublimé, savons au goudron, au soufre, à l'ichtyol, à l'acide salicylique. Lotions à l'alcool et au sublimé. Cosmétiques : pommades soufrées : acides chrysophanique, salicylique, mercure, ichtyol, baume du Pérou, huile de cade; éther de pétrole pour les pellicules grasses.

5° *Pour arrêter la chute des cheveux.* — Couper et raser les cheveux, donner la préférence aux lotions et frictions énergiques, aux pommades à base de quinine, camphre, pilocarpine, nitrate de potasse, cantharides, goudron et fer.

6° *Pour faciliter la repousse.* — Rasages successifs. Lotions excitantes alcooliques. Alcoolat, baumes (de Fioraventi, du Pérou). Formol, acides acétique, citrique, lactique, phénique; camphre.

7° *Alopécie en clairière* (syphilitique). — Traitement spécifique. Lotions avec

Alcoolat de romarin		200 grammes.
Teinture de Baumé	} *ââ*	10 —
Teinture de cantharides		
Liqueur de Fowler		

Appliquer ensuite :

Moelle de bœuf		30 grammes.
Sulfate de quinine	} *ââ*	0g50 centigr.
Turbith minéral		

(Mauriac.)

Couper les cheveux ras, savonner à l'eau chaude; frictions avec

Alcoolat de romarin	100 grammes.
Teinture de cantharides	10 —

Et pommade :

Acide salicylique		1 gramme.
Soufre précipité		10 —
Lanoline	} *ââ*	50 —
Vaseline pure		

(Besnier.)

Alopécie des convalescents (Brocq). — Médication tonique générale. Couper les cheveux courts et même ras. Puis frictions et pommades.

Frictions.

Alcoolat de citron	150 grammes.
Acide chlorhydrique	4 —

Pommade (en cas de sécheresse).

Moelle de bœuf	20 grammes.
Huile d'amandes douces	10 —
Sulfate de quinine	2 —
Baume du Pérou	1 —

(Bazin.)

Mixture.

Huile de ricin		20 grammes.
Teinture de quinquina	} *ââ*	10 —
— romarin		
— jaborandi		
Rhum		

(Brocq.)

Alopécies innominées. (Acné décalvante. Pseudo-pelade.) — S'il y a irritation vive, couper les cheveux ras aux ciseaux. S'il n'y a pas d'irritation, épilation. Faire des lavages savonneux, suivis de lotions de sublimé à 1 p. 1 000, ou avec :

Bichlorure de mercure	} *ââ*	1 gramme.
Biiodure		
Alcool		60 —
Eau		500 —

Appliquer ensuite :

Turbith minéral	} *à* 5 p. 100.
ou :	
Soufre précipité	
ou :	
Acide salicylique	

Faire une zone de défense par un badigeonnage à la teinture d'iode tous les deux ou trois jours.

Alopécie moniliforme. — Lavages au savon noir de potasse : frictions quotidiennes avec lotions excitantes (camphre et térébenthine). Glycérolé cadique (Gaucher). Epilations répétées, applications de glycérine et frictions avec :

Baume de Fioraventi	} *ââ*	100 grammes.
Teinture de pyrètre		
— de capsicum		
Ammoniaque liquide		6 —

(Lallier.)

Brûlures. — Badigeonnages et compresses de solution d'acide picrique à 1 p. 100. Liniment iléo-calcaire. Même traitement que pour la peau.

Calvitie. — Combattre l'état général (arthritisme) et local : rasage à plusieurs reprises, entre quinze et vingt-cinq ans; douches statiques, hautes fréquences.

1° *Alopécie sans stéatorrhée, séborrhée, ni éphidrose.* — Lotions quotidiennes avec :

---

(1) *Actualités médicales.* J.-B. Baillière et fils, Paris 1902.

Alcool camphré	100 grammes.	
Acide acétique	2	—
Chlorhydrate de pilocarpine	0g50 centigr.	
Chlorhydrate de quinine	1 gramme.	
Teinture de cantharides	2	—
Eau distillée	200	—

ou frictions quotidiennes avec :

Baume de Fioraventi	120 grammes.	
Baume du Pérou	20	—
Nitrate de pilocarpine	0g50 centigr.	
Teinture de cantharides } ãã	4 grammes.	
— quinquina } ãã		

2° *Alopécie pityriasique.* — Lavages à la décoction de bois de Panama, au savon à l'ichtyol. Lotions quotidiennes avec :

Alcool camphré	100 grammes.	
Essence de térébenthine	10	—
Baume de Fioraventi	40	—

Appliquer le soir la pommade suivante :

Baume du Pérou	10 grammes.	
— de Fioraventi	20	—
Acide salicylique	2	—
Soufre précipité	3	—

3° *Alopécie avec séborrhée huileuse.* — Mêmes lavages, surtout alcalins. Lotions avec :

Glycérine neutre	20 grammes.	
Ammoniaque	1	—
Soufre sublimé	2	—
Alcool camphré	100	—

Et pommades :

Baume de Fioraventi	50 grammes.	
— du Pérou } ãã	10	—
Soufre sublimé } ãã		
Huile de cade	10 grammes.	
Acide salicylique	1	—
Baume du Pérou	10	—
Lanoline	30	—

4° *Alopécie avec séborrhée croûteuse fluente.* — Lavages très fréquents; si elle atteint un degré très élevé, faire des applications de caoutchouc deux à trois heures par jour, et dans l'intervalle, des frictions avec

Baume du Pérou	60 grammes.	
Soufre sublimé	10	—
Carbonate de potasse	5	—
Naphtol β	2	—
Essence de romarin	xx gouttes.	

5° *Alopécie avec hyperhidrose.* — Lotions excitantes avec :

Chloral	1 gramme.	
Phénol	4	—
Baume de Fioraventi	30	—
Ether	30	—
Eau distillée	200	—

Après avoir séché, appliquer des poudres absorbantes.

6° *Alopécie avec sclérose du cuir chevelu.* — En cas de chute de cheveux progressive avec œdème, dureté du cuir chevelu, essayer l'iode.

Mixture

Teinture d'iode	5 grammes.	
Glycérine	25	—
Huile de cade	10	—

Pommade

Vaseline	30 grammes.	
Iode	1	—
Iodure de potassium	2	—

En application tous les deux ou quatre jours.

Les traitements relatifs à la calvitie doivent être surveillés et cessés à la moindre irritation. Le malade doit être prévenu que les cheveux tombent plus abondamment pendant un certain temps et que les sels mercuriels peuvent donner de la stomatite.

L. B.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Amiens.* — Un concours pour deux places de médecin suppléant s'ouvrira le lundi 2 mars 1903, à midi.

Asiles publics d'aliénés. — A la suite du concours qui vient de se terminer, MM. les docteurs Mercier, Capgras, Simon, Lagriffe, Aubry, Coulonjou, Parant, Vernet, Guibal, Masselon et Malbois ont été admis aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés.

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 23 novembre 1902, M. Poirier est nommé professeur d'anatomie à ladite faculté.

Écoles de médecine. — *Marseille.* — A la suite de différents incidents le concours pour une place de chef des travaux anatomiques vient d'être annulé.

Guerre. — M. le professeur Delorme est nommé médecin-inspecteur. Nous sommes heureux d'adresser ici à notre éminent confrère et ami toutes nos félicitations.

Marine. — MM. Duliscouët, Lutaud, Benjamin, Geoffroy, Beinet, Millon, Cunaud, Pochoy, Villeneuve et Derémaux sont nommés élèves à l'École du service de santé de la marine à Bordeaux.

Leçons de clinique chirurgicale. — Le docteur Lucas-Championnière reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, le jeudi 4 décembre 1902 et les continuera les jeudis suivants à dix heures.

Opérations avant la leçon. — Le mardi : opérations abdominales. — Le mercredi : visite dans les salles (hommes, hernies), salle Saint-Cosme; le samedi (femmes), salle Sainte-Marthe.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 135. — SAMEDI 29 NOVEMBRE 1902 75e ANNÉE SAMEDI 29 NOVEMBRE 1902. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Les sténoses pyloriques (1). — Le traitement.

Par M. Paul THAON, interne des hôpitaux de Paris.

Quand le diagnostic étiologique est formel et qu'il comporte une indication thérapeutique évidente, par exemple, celle d'aller sectionner une bride cicatricielle, ou d'enlever une tumeur d'organe voisin comprimant le pylore, le traitement sera directement celui de l'affection causale. Mais le plus souvent au contraire, encore qu'un diagnostic immédiat et précis soit ici chose toujours difficile, il y a lieu, selon la forme clinique de la sténose et son étiologie présumée, de considérer deux phases au traitement.

La première où le traitement médical tentera d'amener la régression des troubles et par là confirmera ou même souvent fera le diagnostic (dans certains cas d'ulcère en activité par exemple); la seconde où, cette thérapeutique ayant épuisé ses ressources, on recourra à l'intervention armée, celle-ci devant d'ailleurs être appliquée d'emblée dans certains cas que nous préciserons.

I

LE TRAITEMENT MÉDICAL. — Celui-ci sera donc essayé dans tous les cas où l'on ne pensera pas à un cancer ou bien à une stricture extrinsèque ou une obturation intrinsèque irréductibles, et dans la majorité des cas alors il s'agira d'un ulcère encore en activité plus ou moins latent.

Y a-t-il intolérance grave, douleurs très vives, embarras gastrique, crise, on supprimera toute alimentation et on administrera par le rectum du sérum en abondance, des lavements alimentaires. Bourget est sceptique à leur égard; pour lui l'eau, les sels et les sucres (surtout la maltose) sont seuls absorbés ainsi. On mettra le malade au lit. On ne saurait d'ailleurs trop insister (Soupault) sur les avantages du repos physique et moral le plus absolu dans l'ensemble du traitement.

En dehors de ces périodes accidentelles, ou quand elles auront été dominées, on donnera d'abord le régime lacté, surtout au cas d'ulcère. Hayem prescrit un demi-verre de lait écrémé, puis un verre toutes les 3, 2, enfin une heure et demie, pour faire absorber jusqu'à 3 à 4 litres par vingt-quatre heures, en respectant toujours le repos de la nuit; en même temps pansement humide recouvert de gutta sur l'épigastre (méthode de Priessnitz) et absorption au cas de douleurs et d'irritation gastrique très vives d'un lait de bismuth (15 à 20 grammes de bismuth dans 200 grammes d'eau), en se couchant aussitôt après, alternativement pendant 10 minutes sur le dos, puis sur le ventre, enfin sur les deux côtés.

La majorité des auteurs suivent une conduite analogue.

Si le lait est bien digéré et absorbé, on pourra, au bout d'une ou deux semaines, d'abord ajouter au lait du tapioca, des crèmes, des œufs à la coque peu cuits, des purées... Pour Einhorn l'estomac sténosé a de grandes difficultés à digérer et évacuer le riz.

Dans les cas très heureux on arrivera ainsi à l'alimentation normale en proscrivant alors tous mets ou boissons irritantes; « le régime d'exclusion » de Mathieu.

Quelques médicaments peuvent être indiqués : on a fait grand usage des alcalins au cas d'hyperchlorhydrie manifeste. Mathieu surtout au début donne comme Debove le bicarbonate de soude à haute dose habituellement associé à la magnésie, à prendre au moment des douleurs. Au bicarbonate de soude à haute dose on a objecté le dégagement d'acide carbonique dans un estomac déjà trop distendu. Pour Hayem il exciterait la sécrétion chlorhydrique et aggraverait la situation; il le prescrit donc en petite quantité avec la craie, la magnésie, le bismuth, dont on combinera les proportions selon qu'il y a diarhée ou constipation.

Il utilise souvent contre l'hyperchlohydrie une solution combinée sulfate, bicarbonate de soude, chlorure de sodium. On peut se servir aussi d'eau de Vichy en y ajoutant du sulfate de soude. Bourget use d'une solution assez analogue à celle d'Hayem.

A. Robin n'est pas non plus partisan du bicarbonate de soude à haute dose. Contre l'excitation sécrétoire il se sert parfois de la vératrine, de l'atropine qui a donné quelques bons résultats à Riegel. Ces médicaments s'adressent à l'hypersthénie; on sait que pour A. Robin la sténose pylorique peut être envisagée comme la complication finale, la

(1) Suite et fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 132, p. 1293. — Dans cette première partie, lire à RADIOSCOPIE : «... Roux et Balthazard (après ingestion de Bi en suspension dans l'eau), Cannon, et utilisée encore depuis... » Et à la 22e ligne de la première colonne, supprimer « toutes ».

« période cachectique de la dyspepsie hypersthénique ». Contre les douleurs très violentes, on peut essayer la compresse humide, ou des appareils spéciaux de même but (Winternitz, Larat), donner de la codéine, ou de la belladone. Einhorn, dans les douleurs du cancer, se sert d'une solution d'hydrate du chloral à 3 p. 100, une cuillerée à bouche toutes les 2 à 3 heures, comme l'a indiqué Ewald.

Contre les fermentations on pourra essayer le fluorure d'ammonium, l'érythrol, le soufre ioduré le benzonaphtol, e salol, le bétol associé au salicylate de bismuth, 1 ou 2 grammes de chacun par jour (Soupault); Einhorn se sert de la résorcine alliée au bismuth et fait souvent dans l'estomac avec son appareil spécial une vaporisation de solution de nitrate d'argent à 1 p. 100.

Dubard (de Dijon) a pratiqué le massage contre le spasme pylorique.

P. Conheim, après essais chez Boas, recommandait récemment l'ingestion méthodique, d'huile à la dose de 50 centimètres cubes trois fois par jour, une heure avant le repas.

Des considérations étiologiques spéciales peuvent inspirer certains moyens thérapeutiques; c'est ainsi que la contention avec une ceinture de Glénard a donné de bons résultats à Bouveret; la position horizontale et le décubitus sur le flanc droit seront parfois très utiles.

L'hydrothérapie surtout tiède peut être un bon adjuvant.

En ce qui concerne la thérapeutique de la stase elle-même la question du lavage d'estomac se pose en première ligne. En cas de très grande rétention l'évacuation brusque expose à des accidents de collapsus. Frémont les a reproduits sur le chien. Roux cite deux morts survenues dans ces conditions. Les soustractions répétées de liquide abondant déshydratent l'organisme et soit par osmose, par spoliation des chlorures, soit par troubles nerveux réflexes, les dangers sont grands.

Pour y parer, Mathieu fait d'abord, au cas de grande stase, une injection hypodermique de 500 centimètres cubes de sérum, puis l'évacuation gastrique, aussi complète que possible, suivie aussitôt d'introduction d'une quantité équivalente de la solution physiologique de NaCl et qu'il laisse dans l'estomac; avec cela repos au lit, diète hydrique, lavements alimentaires pendant quelques jours.

Hayem recommande d'être prudent et d'espacer les lavages; en effet ils peuvent devenir irritants et exagérer la sécrétion; on a donc renoncé aux premières pratiques des grands lavages quotidiens. A. Robin permet les lavages, mais seulement pendant les premiers jours: se servir d'eau salicylée ou boratée; après cela ne faire que de simples évacuations.

Pour les cas de sténose modérée, Mathieu a institué une pratique spéciale : l'estomac est évacué, lavé même au début s'il y a des fermentations abondantes; au bout de trois à quatre jours, il espace progressivement les lavages, se bornant à des évacuations simples, mais il fait suivre celles-ci d'un gavage de poudre de viande, en allant d'une dose de 60 grammes délayés dans 300 centimètres cubes de lait jusqu'à 100 grammes dans 500 centimètres cubes. Pendant ce traitement : régime exclusivement lacté, avec alcalins selon le cas. En cas d'ulcus, pas de tubage, ou, si les douleurs et la stase sont trop intenses, tubage extrêmement prudent.

En résumé, il s'agit de supprimer les liquides résiduels; calmer l'estomac; relever la nutrition. Toutes les fois que les vomissements sont très abondants et que les urines baissent, faire pénétrer dans l'organisme beaucoup de sérum, d'eau, par injections, lavements.

Au cas de tétanie, Bouveret prescrit d'évacuer et laver aussitôt l'estomac sans temporiser, sans craindre d'exagérer les contractures par action réflexe; en même temps chloral, bromures, ou injection d'éther, de caféine s'il y avait dépression nerveuse accentuée. De même pour le coma.

Dans cet exposé des moyens médicaux, nous avons dû plus d'une fois tracer la thérapeutique des causes internes de la sténose. Le traitement chirurgical, lui aussi, s'adressera tantôt à la raison première de la sténose, tantôt tournant l'obstacle il agira directement sur la stase : gastro-entérostomie dans ce dernier cas; dans la premier, opérations diverses et variant à chaque cause.

II

Le traitement chirurgical. — Pour le détail du procédé opératoire consulter les récents traités et publications chirurgicales si précises sur ce point (Terrier et Hartmann, Marion, Tuffier, Doyen, Roux, Cunéo). Nous n'envisagerons que les indications opératoires et les résultats, après avoir exposé d'abord en deux mots les moyens dont on dispose.

La section des adhérences et brides périgastriques, les interventions sur une vésicule malade (Marion, Tuffier, Marchais Routier, Fleischauer...), l'intervention sur les tumeurs de voisinage comprimant le pylore, suffisent dans des cas particuliers.

Mais contre un obstacle pylorique, au vrai sens, on dispose de trois moyens : l'excision du pylore, sa réfection, l'abouchement de l'estomac dans l'intestin, pour tourner l'obstacle.

1. Pour refaire le pylore et le *rendre perméable*, on a le choix entre la dilatation et la pyloroplasie.

Pour la *dilatation du pylore* (Richter 1881, Loreta 1884), après incision de l'estomac, les deux index sont introduits dans le pylore et l'élargissent. Cette opération expose à des accidents et ne semble indiquée que dans le spasme; encore lui préfère-t-on maintenant les suivantes.

La *pyloroplastie* (Heinecke 1886, Mikulicz 1887) ou l'élargissement du passage s'obtient en faisant une incision longitudinale qu'on suture transversalement après rapprochement des deux extrémités de l'incision. Bien appliquée, c'est une opération excellente, pratiquable même chez l'enfant, et qu'on doit choisir de préférence à la gastro-entérostomie quand elle est indiquée (Terrier et Hartmann); elle l'est dans les cas de spasmes récidivants et très graves, de sténose cicatricielle, en un mot toutes les fois que le pylore est mobile, souple, libre d'adhérences; toutes autres conditions l'excluent formellement.

2. La *pylorectomie* pratiquée la première fois en 1879 par Péan a été extrêmement perfectionnée par Billroth, Guinard, Czerny, Mikulicz, Doyen, Tuffier, Chaput, Ricard, Hartmann, Cunéo..., la mortalité post-opératoire, considérable au début, encore considérable actuellement, s'abaisse tous les jours; elle oscille dans les meilleures statistiques aux environs de 25 p. 100; la continence gastrique reste très suffisante, le chimisme proche de la normale. Sa principale application est le cancer, mais on s'en est servi aussi pour d'autres sténoses, tumeurs bénignes, ulcère avec rétraction cicatricielle, ulcère en voie d'évolution; dans ces derniers cas, à moins de redouter la transformation cancéreuse secondaire où elle est formellement indiquée, on lui préfère maintenant la gastro-entérostomie.

3. *La gastro-entérostomie* faite par Wölfler le premier en 1881, est maintenant entrée dans la chirurgie courante; tous les auteurs s'en sont occupés, les procédés opératoires sont innombrables, les résultats vont sans cesse s'améliorant.

C'est l'intervention habituelle au cas de sténose, celle à laquelle on a toujours recours quand on ne peut pas lever l'obstacle pylorique. C'est elle aussi qu'il faut toujours choisir quand « l'obstacle vient d'une tumeur, de la tête du pancréas, d'un obstacle bas situé sur le duodénum, ou d'un traumatisme dans la région du pédicule artériel » intestinal (Roux). Elle est une intervention excellente dans les sténoses de l'enfant et du nouveau-né. C'est, en un mot, l'opération quasi-spécifique de la stase gastrique; on l'a même essayée au cas de dilatation idiopathique de l'estomac (Baudoin, Jeannel).

« L'idéal, dans une gastro-entérostomie, est d'aboucher l'estomac à une portion d'intestin assez élevée pour que la partie du canal alimentaire devenue inutile soit aussi courte que possible » (Terrier et Hartmann); Jaboutay a même essayé la gastro-duodénostomie. Habituellement on choisit à partir du duodénum, intestin fixe, la première aire jéjunale mobile; on peut l'anastomoser de différentes façons avec l'estomac, dont on déviera la face antérieure (gastro-entérostomie antérieure) ou la face postérieure (gastro-entérostomie postérieure). Dans le premier cas on fait passer l'anse intestinale soit en avant du côlon (gastro-entérostomie antérieure pré-colique, procédé de Wölfler), soit en arrière (gastro-entérostomie antérieure rétrocolique de Brenner, Haasler). La gastro-entérostomie postérieure (Courvoisier 1883, Von Hacker 1885 qui l'a parfaitement étudiée et réglée), le côlon transverse est relevé et à travers son méso on attire l'estomac; c'est actuellement le procédé le plus courant avec quelques modifications : on a surtout cherché à empêcher le réflexe secondaire du contenu intestinal dans l'estomac (circulus vitiosus). On a quelquefois, rarement, ajouté à la gastro-entérostomie l' « exclusion du pylore » (Doyen, von Eiselberg, Chauvel); section de la région du pylore du côté de l'estomac, et suture des deux branches de sections, pour empêcher totalement l'écoulement du contenu de l'estomac à travers cette région et le duodénum, par exemple, au cas d'ulcère très douloureux, par exemple.

III

D'une façon générale, les indications de l'intervention chirurgicale dans la sténose pylorique peuvent se ramener à trois ordres de cas : *cancer*, *ulcère* au début, en activité, ancien, *stricture ou compression* de cause extérieure.

Nous n'envisageons plus ces derniers faits qui ne commandent pas un procédé opératoire déterminé et dont nous avons plusieurs fois parlé, on aura d'ailleurs toujours recours à la gastro-entérostomie en cas d'échec.

Le *cancer* de l'estomac est un cancer essentiellement chirurgical, bien plus que ceux des autres régions (langue, rectum) à marche lente, situé dans un organe bien isolable, avec des lymphatiques faciles à découvrir et dont on peut aisément déterminer l'état; on peut dire que, lorsqu'on saura intervenir dès le début du processus; on obtiendra une cure définitive (Hartmann); « tout cancer de l'estomac doit être extirpé dès qu'il est diagnostiqué, à moins que l'état général du malade ou l'extension trop grande de la lésion ne constitue une contre-indication. »

Cette appréciation est souvent encore fragile et, il faut bien le dire, tous les cliniciens ne sont pas également interventionnistes.

L'opération est-elle décidée, on étudiera encore soigneusement après laparotomie, avant de faire l'exérèse, la nature apparente de la tumeur, le degré de l'envahissement, l'état du système lymphatique (Cunéo), du foie, du pancréas, et on réséquera toutes les parties équivoques largement; dans les cas de diagnostic clinique douteux, il ne faut pas être trop économe de laparotomies exploratrices. On peut en effet diagnostiquer ainsi un cancer qui était cliniquement inappréciable, ou trouver simplement un ulcère formant tumeur. Ce dernier cas est pour Terrier Hartmann « rare en l'absence d'adhérences qui, par le fait même de leur existence, éloignent toute idée d'ablation »; telle est la règle, mais les exceptions restent malgré tout nombreuses.

Si on ne peut pas enlever le pylore cancéreux, on fera une gastroentérostomie pour parer à la stase; les malades en tirent un bénéfice momentané, mais considérable; quelquefois cette gastro-entérostomie sera le premier temps d'une pylorectomie secondaire (Roux).

L'*ulcère* sténosant en voie d'activité commande rarement une résection, à moins de complications que nous n'avons pas à envisager, telles qu'hématémèses très abondantes à répétition...; dans les cas déjà énoncés, où il forme tumeur, la résection de toutes les parties infiltrées, scléreuses, avec péritonite adhérentielle, trouvera ici sa place, encore que bien souvent tout disparaisse après la gastro-entérostomie (Chaput, Mauclaire).

Dans les cas habituels de sténose par ulcère, c'est donc la gastro-entérostomie que l'on fera en se basant sur la persistance de douleurs et de stase intenses, après le traitement médical; mais il ne faudra jamais attendre, pour intervenir, que la dénutrition soit trop accentuée.

Cependant on est allé plus loin dans les applications de cette opération; on l'a étendue à l'ulcère de la région pylorique sans sténose, à l'ulcère latent ou seulement en préparation quand il y a des spasmes fréquents et intenses, des troubles dyspeptiques de longue date, rebelles au traitement médical, douleurs, vomissements survenant trois ou quatre heures après le repas, caractérisant le « syndrome pylorique »; les résultats immédiats et éloignés de l'opération sont excellents.

La maladie de Reichmann entre dans le domaine de la gastro-entérostomie, et quelques chirurgiens tendent à intervenir d'une façon précoce. Roux préconise l'opération avant que les troubles mécaniques de l'ulcère se soient constitués définitivement.

Cette opinion n'est pas encore unanimement acceptée. Soupault insiste pour qu'on réserve la gastro-entérostomie « au cas où un traitement médical a donné des résultats insuffisants ». Hayem, Robin, Mathieu, Debove, Chauffard, dans leurs dernières leçons cliniques, demandent un traitement médical longtemps et scrupuleusement poursuivi. Pour Bourget, il faut soigneusement mettre à part les névropathes dyspeptiques et ne pas opérer aussi longtemps que ne se présentent pas « les signes d'une rétention gastrique permanente »; il insiste longuement sur les difficultés du diagnostic et la gravité des erreurs possibles chez les névropathes, neurasthéniques, hystériques et psychopathes de toutes nuances qui arrivent à simuler toutes les affections gastro-intestinales, depuis la vulgaire dyspepsie jusqu'à la

tumeur maligne ». Hartmann vient d'insister sur l'importance de cette différenciation.

A propos des sténoses pyloriques chez l'enfant et le nouveau-né, Weill et Péhu écrivent : « Nous n'oserions pas cependant conseiller une intervention de ce genre en l'absence d'une sténose franchement organique. »

IV

Pratiquement la gastroentérostomie étant décidée, voici comment on procédera : on cherchera à relever les forces du malade, à l'alimenter comme on pourra; les lavages de l'estomac avant l'opération n'ont plus la vogue passée, et pour cause; les injections de sérum préopératoires sont utiles (Roux).

Immédiatement après la gastro-entérostomie, on redoutera le collapsus, la congestion pulmonaire, broncho-pneumonie, quelquefois des phénomènes légers de putréfaction stomacale (auxquels sans hésiter dès le deuxième jour on opposera un lavage de l'estomac), enfin de la diarrhée incoercible pouvant être fatale (cas de Hartmann, Tuffier, Letulle), contre laquelle on administrera dès le début du laudanum. Quoi qu'il en soit, bien que sa mortalité soit moindre que celle de la pylorectomie et qu'elle soit en décroissance, la gastro-entérostomie est encore une opération assez grave, en tous cas toujours très délicate, et dont les alea sont encore suffisants pour expliquer dans certains cas les réticences dans la décision opératoire.

Et cependant l'examen des résultats éloignés en est favorable. Depuis les premières publications sur ce sujet (Obalinski et Jaworski en 1889, Rosenheim en 1892 et Kaensche), actuellement, grâce aux travaux de Dunin, Mintz, Debove et Soupault, Hayem, Mathieu, Mahaut, Kovesi, Soupault et Hartmann, Guedj, des notions précises sont acquises.

En l'absence des accidents secondaires que nous avons énumérés, le bénéfice est considérable; les divers troubles s'atténuent vite; on assiste parfois à une véritable résurrection; la région pylorique, libérée du passage du contenu gastrique, répare ses lésions; dans des cas exceptionnels seulement, une ulcération nouvelle s'est formée sur le nouvel orifice ou dans l'anse jéjunale (Mickulicz, Quénu).

— L'étude systématique des fonctions motrices et chimiques donne les indications suivantes :

1. Dilatation et motricité : La capacité de l'estomac revient vers la normale; cette régression est rapide quand la sténose s'était installée rapidement. Elle est lente au contraire dans certains cas; on a alors invoqué la mauvaise position du nouvel orifice ou une coudure (Hayem). Terrier et Hartmann dans la pathogénie de ces accidents réclament une grande part pour les adhérences fixant l'estomac en dilatation anormale.

« Il n'est pas juste de croire qu'on a transformé l'estomac en une sorte d'entonnoir parce qu'on en a perforé le fond » (Bourget). L'insufflation montre bien que le nouvel orifice est continent, les gaz ne passent qu'exceptionnellement dans l'intestin. Il n'y a cependant pas formation d'un nouveau sphincer; les examens histologiques de Siegel, Soupault, Bourbon (cités par Hartmann) n'en montrent pas.

La stase ne semble pas disparaître totalement, du moins est-elle à ce degré habituellement insignifiante au point de vue fonctionnel. Pendant les premiers jours seulement elle reste intense (Bourget). La fonction évacuatrice ne revient pas non plus complètement à la normale; son accomplissement reste un peu plus long. La digestion est encore légèrement prolongée.

On s'est enfin beaucoup préoccupé du reflux de la bile dans l'estomac, qui se produit dès les premiers jours après l'opération; les vomissements et le cathétérisme en avertissent; souvent très abondant au début il disparaît ensuite progressivement. Il semble acquis que cet afflux de la bile se produit d'une façon intermittente et que c'est la nouvelle bouche qui lui donne passage sans qu'on puisse incriminer aucun procédé opératoire spécial dans la production de cet accident; il n'a du reste pas grande importance, la digestion gastrique souffre peu de cette présence anormale (Dastre); Soupault considère même comme favorable l'action neutralisante de l'alcalinité biliaire sur l'hyperchlorhydrie gastrique.

2. Sécrétion et chimisme : Ici après la gastro-entérostomie les modifications sont importantes aussi. (Souvent d'ailleurs cela importe peu; les troubles du chimisme peuvent subsister alors que les troubles fonctionnels ont bien disparu.) L'hyperacidité des liquides résiduels à jeun baisse en même temps que leur quantité, cependant elle ne disparaît complètement que dans des cas rares. L'hypersécrétion semble aussi directement influencée. Les variations toujours possibles dans la modification de tous ces éléments tiennent (nous avons déjà énoncé ces problèmes) à la suppression plus ou moins complète de la stase en même temps qu'à l'état des éléments glandulaires, sécréteurs; en effet l'hyper ou l'hypopepsie préexistante peut encore progresser après l'opération dans certains cas (Fischer). Dans la majorité des cas, l'examen du chimisme après repas d'épreuve dénote une dépression intense, et l'examen en série montre un retard évident de la sécrétion et du processus digestif. On a même vu dans des cas anciens l'acidité tomber au-dessous de la normale, probablement par gastrite atrophique (Soupault). N'a-t-on pas constaté parfois, après une gastro-entérostomie pour sténose pylorique nettement cancéreuse avec chimisme légèrement hyperpeptique, la formule tomber à l'hypopepsie la plus intense (Terrier, Hartmann)?

Ajoutons que les fermentations disparaissant et l'intestin ayant repris l'utilisation de ses fonctions d'absorption, les excreta se rapprochent progressivement de la normale; telle est l'urée, même au cas de cancer (nouvelle atteinte à la loi de Rommelaer). Au point de vue de la nutrition générale, dans la sténose pylorique l'influence de ce que nous pourrions appeler l'exclusion intestinale semble ainsi de plus en plus prédominer sur la cause même de cette sténose. En résumé, la gastro-entérostomie, appliquée d'une façon judicieuse et habile, est et sera de plus en plus une excellente intervention. Mais à moins d'une sténose apparaissant nettement irréductible dès le début, elle ne viendra qu'après une scrupuleuse application du traitement médical.

V

Conclusions. — Il serait peut-être encore prématuré de poser, à une étude d'ensemble des sténoses pyloriques, des conclusions absolues : certains points de nos connaissances restent encore perfectibles. Cependant une considération générale s'impose : les données précises de l'anatomie pathologique et les constatations chirurgicales démontrent la nécessité d'un substratum organique dans la plupart des cas considérés comme de simples troubles fonctionnels, et

ont du même coup ramené au seul grand syndrome de sténose pylorique certains groupes de symptômes dont on voulait faire, à tort, des entités pathologiques.

Bibliographie. — ALBU. Tétanie, résection de tumeur fibreuse du pylore, guérison, Soc. de méd., Berlin, fév. 1899. — APERT et MONSSEAUX. Difficultés du diagnostic macroscopique entre l'hypertrophie scléreuse et le néoplasme stomacal, Soc. anat., 28 avril 1899. — BOUCHARD. *Leçons sur les auto-intoxications*, 1887; *id.* La dilatation d'estomac, Soc. méd. des hôp., 13 juin 1884. — BALTHAZARD et J.-Ch. ROUX. Soc. de biol., janv. 1897. — BOAS. Diagnose und Therapie der Magenkrankheiten; *id. Zeits. f. klin. Med.* — BOAS et LEVY DORN. *Deuts. med. Woch.*, Leipzig 1898. — Henry BERNARD. Complications de l'ulcère du duodénum, *Gaz. des hôp.*, 1897. — BARDET. Soc. de thérap., 20 nov. 1901. — BOURGET et ROUX. La gastro entérostomie, 1902, monographie clinique. — BOUVERET. *Traitement des maladies de l'estomac*, 1893; *id.* La tension intermittente de l'épigastre, *Lyon méd.*, 1901; *d.* Hématurie mortelle avec vaste ulcère du pylore, chez un sujet opéré de gastro-entérostomose deux ans auparavant, *Rev. de méd.*, janv. 1899; *id.* La crampe du pylore, *Lyon méd.*, 23 juin 1901; *id*, Formes anormales de la sténose pylorique, sténose sans vomissements, *Lyon méd.* 1901. — BOUVERET et DEVIC. Recherches cliniques et expérimentales sur la tétanie d'origine gastrique, *Rev. de méd.*, n[os] 1 et 2, 1892. — BRÉMONT. *La dilatation aiguë de l'estomac*, Th. Paris, 1900. — BRISSAUD. *Sem. méd.*, 5 déc. 1900. — CAHN. *Berl. klin. Woch.*, 1895. — CARLE et FANTINO. *Sem. méd.*, 1897, p. 269. — CANNON. *Amer. Journ. of phys.*, mai 1898. — CANJOLE. *Essai sur la pyloroplastie*, Th. Lyon, 1896. — CHAPUT. *Ulcus avec tumeur, gastro-entérostomie; guérison*, Soc. de chir., 1898. — CHAUFFARD. Soc. méd. des hôp., 1897. — CHAUVEL. *L'exclusion du pylore*, Th. Paris, 1898. — COMBEMALE. Maladie de Reichmann, *Écho méd. du Nord*, 1897. — P. CONHEIM. Soc. de méd. int. de Berlin, 29 janv. 1900 et Congrès de Paris, 1900. — CORNIL. Polypes de l'estomac, *Soc. anat.*, 1863, p. 582. — COYON et LEGROS. Les sténoses pyloriques, *Gaz. des hôp.*, 1898. — COYON. *Flore microbienne de l'estomac*, Th. Paris, 1900; *id.* Les fermentations gastriques, *Gaz. des hôp.*, 1902. — CZERNY. *Berl. klin. Woch.*, 1897. — CRUVEILHIER. *Traité d'anat. pathol.*, 1852. — B. CUNÉO. Th. Paris, 1900. — DASTRE. La bile et la digestion gastrique, *Arch. de physiol.*, Paris 1890 — DEBOVE et RÉMOND. *Traité des mal. de l'est.*; *id. Lavages de l'est.*, 1892; DEBOVE et SOUPAULT. *Bull. Acad. de méd.*, août 1895; DEBOVE. Acad. de méd., mai 1897; DEBOVE. *Presse méd.*, 14 sept. 1901. — DEGORCE. *Gastro-entérostomiæ dans la succorrhée*, Th. Paris, 1902. — DIEULAFOY. Syphilis de l'estomac, Acad. de méd., 1898. et *Cliniques Hôtel-Dieu*, 1897-1898, p. 62; *id.* Transformation de l'ulcère en cancer, *Presse méd.*, nov. 1897, et *Cliniques Hôtel-Dieu*, 1898. — DOYEN. *Traitement chirurgical des maladies de l'estomac*, 1895; *id.* Spasme du pylore, *Méd. mod.*, 1897, p. 336. — DUNIN. Gastro-entérostomie dans les sténoses pyloriques, *Berlin. klin. Woch.*, 1895. — DUPOUY. *De la périgastrite adhésive*, Th. Paris, 1898. — DUPLAY. *Arch. gén. de méd.*, nov. et déc. 1833. — DURAND. *L'insufflation stomacale*, Th. Paris, 1890. — DUVAL. *La sténose congénitale du pylore chez le nouvan-né*, Th. Paris, 1901. — EDEL et VOLHARDT. La méthode de Queirolo, *Deut. med. Woch.*, 30 août 1900. — EINHORN. Sténose syphilitique, *Philadelph. med. Journ.*, 1900; *id. Les maladies de l'estomac*, 1901. — VON EISELSBERG. Congrès de chirurgie allemand, Berlin, avril 1900. — ELSNER. *Berlin. klin. Woch.*, 2 juin 1902. — EWART et JAFFREY. *Lancet*, 28 oct. 1899. — FAUCHER. Th. Paris, 1882. — FLEISCHAUER. *Deuts. med. Woch.*, n° 17, 1899. — FISCHER. Les fonctions sténosantes après la gastro-entérostomie, *Washington med. News*, 5 mai, et *Med. Record*, 8 sept. 1900. — GALLIARD. Obstruction pylorique par calculs biliaires, *Presse méd.*, 1897, p. 377. — GENEVRIER. *De la dilatation bidigitale du pylore*, Th. Lyon, 1898. — GILBERT. Action de l'HCl sur les microbes, Soc. de biol., 10 nov. 1894. — GLÉNARD. *Les ptoses viscérales*, 1899. — Urbain GUINARD. Th. Paris, 1897. — GUEDJ. Th. Paris, 1898. — HARTMANN. Soc. de chir., 1897; *id.* Soc. de chir., 25 oct. 1899; *id.* XIII[e] Congrès de chirurgie, Paris, oct. 1899. — HARTMANN et SOUPAULT. Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie, *Rev. de chir.*, 1899. — TERRIER et HARTMANN, *Chirurgie de l'estomac*; HARTMANN. XV[e] Congrès français de chirurgie, Paris, oct. 1902. — HANOT et MEUNIER. Soc. méd. des hôp., 1894. — HAYEM. La digestion gastrique après gastro-entérostomie, Soc. méd. des hôp. nov. 1895; *id.* Sténose incomplète du pylore, prétendue maladie de Reichmann, *Presse méd.*, 31 mars 1897; *id. Des sténoses incomplètes pyloriques et sous-pyloriques*; HAYEM et LION. Maladies de l'estomac, in *Traité* de Brouardel Gilbert, t. IV, 1897; HAYEM. Note sur les variations de la capacité stomacale dans les sténoses pyloriques, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, nov. 1897; *id.* Sténose pylorique, *Presse méd.*, 20 nov. 1897; Sténose pylorique incomplète, *Méd. mad.*, 9 et 12 fév. 1898; *id.* Rapp. sur les trav. de Tuffier « gastro-entérostomie dans les sténoses pyloriques non cancéreuses », Acad. de méd. 12 avril 1898; *id.* Acad. de méd., mai 1897; *id.* Diagnostic du cancer du pylore, *Méd. mod.*, 11 juin 1898; *id*, L'ulcéro-cancer prépylorique, *Presse méd.*, nov. et déc. 1901; *id.* La sténose pylorique au début, *Méd. mod.*, 25 juin 1902. — HEMMETER. *New.-Y. med. Journ.*, 1895. — JABOULAY. Kystes gazeux intestinaux, *Lyon méd.*, 26 mai 1901. — JAWORSKI et KORCZINSKI. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1891. — KAENSCHE. *Deut. med. Woch.*, 1892. — KATZ. Soc. anat., 12 juill. 1900. — KELLING (de Dresde). Congrès allemand de chirurgie. *Le mécanisme de la dilatation aigue de l'estomac*, Berlin, avril 1901. — KOVESI. *Münch. med. Woch.*, 22 août 1898. — KUSSMAUL. Dilatation et pompe stomacale, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1869, Bd. VI; *id.* Die peristaltiche Unruhe des Magens, *Vollmann's Sammlkung klin. Vorträge*, 1880. — LABOULAIS. *Étude de la stase gastrique*, Th. Paris, 1902. — LÉPINE (de Lyon), *Semaine méd.* 15 mai 1901. — LEVEN. Soc. anat., fév. 1902. — G. LION. Les signes objectifs des affections stomacales, *Arch. gén. de méd.*, août et sept. 1895; G. LION avec HAYEM. Maladies de l'estomac, in *Traité* de Brouardel-Gilbert, 1897. — LINOSSIER. Maladie de Reichmann, *Semaine méd.*, 1898, p. 65. — MACÉ. Soc. d'obst., 21 déc. 1899. — MAHAUT. Th. Lyon, 1895. — MARCHAIS. *Sténose d'origine biliaire*, Th. Paris, 1898. — MARION. *De l'intervention chirurgicale de l'ulcère de l'estomac*, Th. Paris. — MORAT et DOYON. *Traité de physiologie*, 1900. — MATHIEU et HALLOT. Congrès de Lyon, 1892; MATHIEU, Soc. de biol., janv.-fév. 1896; MATHIEU et ROUX. Sur une forme particulière du syndrome de Reichmann, Soc. méd. des hôp., 11 mai 1900; MATHIEU et LEBOULAIS. Traitement de la sténose gastrique avec hypersécrétion, *Bull. gén. thérapeut.*, 1901; *id.* et *id.* Congrès de Montpellier; MATHIEU. *Traitement des maladies de l'estomac*, 1901; *id.* Maladies de l'estomac, in *Traité* de Charcot-Bouchard, *id.* Soc. de thérapeut., 1901; MATHIEU et J.-Ch. ROUX. Le diagnostic de l'ulcère de l'estomac, *Gaz. des hôp.*, nov. 1902. — MARTINS. *Deuts. med. Woch.*, 1894, n° 32. — MERKLEN. et FAURE. Résection d'ulcère avee adhérences, Soc. méd. des hôp., 1899. — MICHÆLIS. Soc. de méd. int., Berlin, 1897. — MINTZ. *Wien. klin. Woch.*, 1895. — MIKULICZ. *Berlin. klin. Woch.*, 1897. — MONPROFIT. XV[e] Congrès français de chirurgie, Paris, oct. 1902. — NATTAN-LARRIER. Les cancers du duodénum, *Gaz. des hôp.*, 2 déc. 1899. - VON NOORDEN. *Pathologie des Stoffwechsels*, Berlin, 1893. — OBALINSKI et JAWORSKI. *Wien. klin. Woch.*, 1889, n[os] 5 et 17. — V. F. OBRATZOW. *Wratshebnaäia Gazetta*, cité in *Presse méd.*, 1902. — W. ŒTTINGER. De la sténose hypertrophique du pylore, *Semaine méd.*, 17 mai 1902. — PAUCHET. XV[e] Congrès de l'Association française de chirurgie, Paris, oct. 1902. — PATELLA. Sténose pylorique dans la tuberculose, Congrès de Naples, in *Gaz. degli Osped.*, 3 mai 1902. — PAWLOW. *Le travail des glandes di-*

gestives, Traduct. 1901. — PENZOLDT. *La dilatation d'estomac*, 1875. — PFAUNDLER. *Wien. klin. Woch.*, 1897 et 1898. — POIRIER. Soc. de chir., 25 oct. 1899 ; *id.* Spasme simulant une tumeur, Soc. de chir., 26 fév. 1902. — PORAK et BERNHEIM. *Répertoire universel de gynécologie et d'obstétrique*, 1891, p. 392. — QUÉNU et PETIT. *Rev. de chir.*, 1902. — REICHMANN. *Berlin. klin. Woch.*, 1882, p. 606 ; 1884, p. 21 ; 1887, p. 199, 221, 241. — RICHARDSON et STEELE. Proced of Path., Soc. of Philadelphia, fév. 1901. — RIEGEL. Die Erkrankungen des Magens, *Deut. med. Woch.*, 1892-1893. — A. ROBIN. *Maladies de l'estomac*, 1901 ; *id.* Acad. de méd., mai 1897 ; *id. Traité de thérap. appliquée*; *id.* Soc. de thérap., 1900. — ROSENFELD. *Cetralbl. f. innere med.*, 1899, n° 1. — *id.* Situation et forme de l'estomac, *Munch. med. Woch.*, 28 août 1900. — ROSENHEIM. Ueber gastroscopie, *Deut. med. Woch.*, 22 oct. 1896 ; *id. Deut. med. Woch.*, 8 déc. 1892; *id.* Hypertrophie pylorique chez un enfant de sept ans, pyloroplastie, gastro-entérostomie, guérison. Soc de méd., Berlin, 15 mars 1899. — ROUTIER. Soc. de chir., 12 avril 1899. — J.-CH. ROUX. Le syndrome de Reichmann, *Gaz. des hôp.*, 1897 ; *id.* Soc. de biol. 1896. — J.-CH. ROUX et BALTHAZAR. *Bull. de la Soc. de biol.*, janv. 1897. — ROUX et MATHIEU. Sur une forme particulière du syndr. de Reichmann, *Société méd. des hôp.*, 11 mai 1900. — ROUX (de Lausanne). *Arch. de gynéc. et de chir. abd. de Pozzi*, t. I. — ROUX et BOURGET. *La gastro-entérostomie*, 1902 ; *XV[e] Congrès franç. de chir.* Paris, oct. 1902. — SABATIÉ. *Les ulcères de la région pylorique.* Th. de Paris, 1902. — SAVARIAUD. Th. de Paris, 1898. — SCHREIBER. *Arch. f. expérim. path. med. pharm.*, 1888, et *Deut. med. Woch.*, 1893. — SCHNITZLER. *Wien. med. Woch.*, 1898, n° 15, p. 682. — SIGAUD. Exploration ext. du tube digestif. *Lyon méd.*, 6 et 13 oct. 1900. — SOUPAULT. *Les dyspepsies nerveuses.* Th. de Paris, 1892 ; *id.* Gastrosuccorrhée, *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1897, p. 13. — SOUPAULT et HARTMANN. Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie, *Revue de chir.*, 1899. — SOUPAULT. *Manuel de méd.* ; *id.* Gastrosuccorrhée traitée par la gastro-entérostomie, *Presse méd.*, 1898; *id.* Méthodes d'exploration de l'estomac, in *Manuel de diag.* Debove-Achard. Paris, 1898 ; *id.* Rétrécissements du pylore sans rétention alimentaire, *Société méd. des hôp.*, 1901 ; *id. Traité de la stase gastrique;* Soc. de thérap., 20 nov. 1901 ; *id. La dilatation de l'estomac*, 1902. — R. STERN. *Ueber traumatische Enstehung innerer Krankheiten*, Iéna, 1900. — STRAUSS et WÜRTZ. De l'action du suc gastrique sur les microbes pathogènes, *Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol.*, t. I, 1889. — SYDNEY-MARTIN et BILTON-POLLARD. *Brit. med. Journ.*, 8 déc. 1900. — TERRIER et HARTMANN. *Chirurgie de l'estomac*, 1899. — THIERS. *Résultats de la pylorectomie dans les stén. cancér.*, Th. de Paris, 1897. — TOURLET. *La tinitis plastiq.*, Th. de Paris, 1902. — TUFFIER. *Presse méd.*, 9 fév. 1898; *id.* Acad. de méd. 1897 ; *id.* Soc. de chir., 25 oct. 1899. — TUFFIER et MARCHAIS. Les sténoses pylor. d'origine biliaire, *Rev. de chir.*, 1896. — URY. Tétanie et états tétaniformes dans la dilatation gastrique, *Deut. med. Woch.*, 19 et 26 juillet 1900. — VERCHÈRE. in *Traité de thérap. appliquée* de A. Robin. — VINCENT. Exploration ext. du tube digestif et nouvelle méthode d'observation clinique, *Presse méd.*, 8 mars 1902. — VILLARD. *Gaz. hebd.*, 5 juin 1902. — FREEMAN WARD. Tum. syph. et stén. pylor., *New-York Record*, 23 juin 1900. — WEILL et PÉHU (de Lyon). Les stén. pylor. chez le nouveau-né et le nourrisson, *Gaz. des hôp.*, 29 sept. 1901. — WINTER. *Le chimisme stomacal*, 1901.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(26 NOVEMBRE 1902)

Quelques-uns des orateurs qui ont pris les premiers la parole dans cette discussion sur l'appendicite reparaissent à la tribune et alors on peut constater — ce qui n'a pas de quoi nous étonner, les choses se passant toujours ainsi dans toutes les discussions — que chacun maintient son opinion avec d'autant plus d'énergie que cette opinion a été plus combattue par les adversaires. C'est ce qu'a fait M. Reynier, qui a commencé par déclarer que, malgré tout son talent et toute son éloquence, M. Segond n'est pas arrivé à le convaincre et à lui faire changer d'opinion. Il aurait quelque tendance à le regretter, puisqu'il reconnaît qu'il est beaucoup plus glorieux pour un chirurgien de guérir une péritonite avec le bistouri qu'avec des applications de glace sur le ventre. Mais ce qu'il faut avant tout, c'est guérir les malades et surtout ne pas les exposer à la mort. Or, comment juger la question qui nous divise ? En comparant les statistiques des interventionnistes avec les statistiques des expectants.

C'est ce que fera M. Reynier, et il montrera que les méfaits de l'intervention sont beaucoup plus nombreux que les méfaits de l'expectation. M. Routier, interventionniste, sur 177 opérations d'appendicites compte 25 morts ; M. Poirier, interventionniste, accuse encore 8 p. 100 de mortalité; M. Walther, temporisateur, n'a que 4 p. 100 de décès, puisque, sur 206 cas, il n'a eu que 8 morts ; M. Jalaguier n'a que 3 p. 100 de morts. M. Reynier lui-même, sur 71 malades traités systématiquement par le repos, la diète, l'opium et la glace, ne compte que 2 morts. Sur 14 opérations à chaud, dont 7 faites par les chirurgiens du Bureau central et 7 par M. Reynier, il y a 8 décès, 5 chez les malades de M. Reynier, 3 chez les malades opérés par les chirurgiens du Bureau central. Ces chiffres se passent de commentaires.

A ceux qui disent Opérez : de suite, dans les premières heures du débat, M. Reynier fait observer avec raison que bien rarement les chirurgiens sont appelés avant le troisième ou le quatrième jour et qu'à ce moment il vaut mieux, de l'avis même de M. Tuffier, appliquer le traitement médical et, généralement, quand ce traitement est sévèrement appliqué, les accidents s'amendent très rapidement. Il faut surtout s'abstenir de purger les malades et aussitôt qu'apparaît une douleur dans le côté droit du ventre, instituer le traitement par le repos, la diète, la glace et l'opium. Aussitôt qu'un enfant accuse une douleur dans le ventre, voilà ce que doivent faire tout d'abord les parents : repos au lit, glace sur le ventre, diète absolue. Si l'on prenait, dès le début, ces précautions, on n'aurait presque plus d'appendicites graves à soigner. Mais M. Reynier s'élève contre ceux qui laisseraient un abcès évoluer sans l'ouvrir. Dès qu'apparaissent des frissons, des vomissements, il faut, sans retard, intervenir. Pourquoi ce qui est vrai pour le petit bassin, en matière de salpingite, d'ovarite, ne le serait-il pas pour la fosse iliaque, en matière d'appendicite ? On sait qu'un coup de bistouri peut être désastreux contre l'érysipèle; or, il y a des appendicites érysipélateuses. Elles demandent à être respectées.

M. Reynier termine en insistant sur la grande importance d'une bonne technique dans le traitement de l'appendicite par la glace. Il faut l'appliquer en permanence et sur tout le ventre, la changer toutes les trois heures ; mettre le malade au repos et à la diète absolue. Bien des insuccès ne sont dus qu'à une mauvaise application du traitement médical.

Au cas de M. Legueu, M. Reynier oppose le cas suivant : une jeune femme de vingt-six ans est prise, le 14 novembre, de douleur vive dans le côté droit du ventre ; le pouls

est à 92, la température à 37°8. Vessie de glace sur le ventre, diète, morphine. Après quarante-huit heures la douleur avait cessé, le pouls était à 90. Le médecin traitant fait venir M. Reynier qui approuve le traitement. Survient un autre chirurgien amené par un parent; ce chirurgien blâme fortement la conduite tenue jusqu'ici et déclare qu'il faut opérer cette malade. Le lendemain matin, ce chirurgien l'opère et le soir la malade était morte. Il est bien certain que si l'on avait continué le traitement médical, le résultat n'aurait pas pu être plus mauvais. Quant au cas de M. Segond, il ne prouve qu'une chose, c'est qu'il est mauvais de masser des appendicites et de faire des erreurs de diagnostic. Plus tôt on instituera le traitement médical, et plus on évitera les accidents ultérieurs. Un dernier argument qui a bien sa valeur, c'est que tous les chirurgiens qui ont leurs enfants atteints d'appendicite, préfèrent recourir au traitement par la glace et les faire opérer à froid.

M. Témoin (de Bourges) envisage un côté pratique de la question qui présente un réel intérêt; nous voulons parler de l'appendicite à la campagne. Il est bien certain que le même cas qui, à la ville, pourra être surveillé et opéré à froid, devra souvent être opéré immédiatement à la campagne, parce qu'il sera impossible d'exercer une surveillance attentive et parce que la temporisation, dans ces cas, pourra offrir les plus grands dangers.

Nous laissons parler M. Témoin :

« L'appendicite, dit-il, fréquente à Paris et à la ville, l'est au moins autant à la campagne, et c'est là surtout que la temporisation expose les malades aux pires dangers. Interventionniste depuis le début, je n'ai jamais eu à le regretter et je n'ai jamais perdu un malade qui n'eût avant l'opération de péritonite généralisée.

J'ai fait 314 opérations d'appendicite : 125 à froid, 125 guérisons; 179 à chaud, avec 19 morts; mais pas un de ces cas malheureux n'a été opéré dans les quarante-huit premières heures, un seul au troisième jour. Tous ont été opérés du sixième au quinzième jour; chaque fois la famille avait été prévenue de l'état désespéré du malade et l'opération n'était faite que pour tenter une dernière ressource; deux fois les opérés dans ces conditions ont guéri. Dans tous ces cas il s'agissait de malades vus un ou deux jours avant par leur médecin; l'état était meilleur que les jours précédents et la guérison semblait commencer. Subitement les accidents réapparaissaient et à notre arrivée nous constations la gravité extrême de l'état du malade. A l'opération nous trouvions l'appendice gangréné, perforé, libre de toute adhérence, et les intestins baignant dans de la sérosité purulente.

Devant l'incertitude des symptômes, devant les rechutes si brusques, il est impossible à un médecin de campagne de surveiller son malade, il ne faut pas qu'il soit temporisateur. Tous nos opérés dans les premières quarante-huit heures ont guéri; un seul est mort au troisième jour.

Le danger ne vient pas de ce qu'un chirurgien est ou n'est pas interventionniste; nous partagerions tous, j'en suis certain, la même façon de voir devant un cas déterminé. Mais les discussions actuelles ont le tort de laisser le médecin de campagne dans l'incertitude et l'indécision : il ne sait que conseiller, et la crise d'appendicite reste trop longtemps une affection médicale.

Il en sera ainsi tant qu'il ne sera pas admis, comme le voudrait M. Dieulafoy, que toute appendicite est du domaine immédiat de la chirurgie; au chirurgien appelé d'être, suivant ses convictions, interventionniste ou temporisateur. »

M. Monod fait un rapport sur un travail d'un de nos confrères de la marine, relatif à l'**orchite par effort**. Cette orchite par effort existe-t-elle? Telle est la question que se pose M. Cesté. Il conclut à son existence. M. Monod discute la pathogénie de cette orchite par effort. Il arrive à cette conclusion que le mot orchite ou épididymite n'est pas applicable à ces cas dans lesquels il s'agit plutôt de ruptures vasculaires que d'inflammation à proprement parler.

Une courte discussion s'engage sur ce sujet entre MM. Bazy, Moty et Sébileau.

M. Guinard présente un malade qu'il a opéré d'un **anévrisme artério-veineux** de la cuisse droite résultant d'un coup de couteau que ce malade s'est donné involontairement dans la cuisse; M. Guinard a fait l'extirpation complète de l'anévrisme avec ligature des vaisseaux au-dessus et au-dessous de la tumeur.

M. Legueu rapporte le fait suivant : Une malade avait eu plusieurs crises douloureuses ressemblant à des crises d'appendicite; elle fut opérée, très probablement d'un appendice sain. Elle continua à souffrir. Trouvant un rein dilaté et pensant qu'il s'agissait d'un **calcul du rein**, M. Legueu fait l'incision lombaire, trouve un rein très malade et l'enlève. A la partie inférieure de l'uretère, il sent un calcul. Il attend et, dans une seconde opération, il enlève ce calcul.

A mercredi prochain la suite de la discussion sur l'appendicite.

MÉDECINE PRATIQUE

Médications purgatives chez les enfants.

Les purgations constituent un des chapitres les plus importants et les plus difficiles de la thérapeutique infantile : elles viennent d'être étudiées avec soin par M. H. Gillet (1).

Les moyens que nous possédons actuellement pour produire, chez l'enfant, un effet purgatif, sont des plus nombreux, mais il ne faudrait pas croire qu'on puisse indifféremment les employer les uns pour les autres. Chacun présente des indications spéciales et ne réussit que dans des cas bien déterminés : mais tous doivent être peu volumineux et aussi peu désagréables que possible à absorber. Avant six ans, on ne pourra guère compter sur la forme pilulaire ni recourir aux cachets, et l'on est souvent obligé d'utiliser la voie rectale, de donner le purgatif dans un petit lavement ou dans un petit suppositoire. Par contre, on aura la ressource des confitures et des électuaires à partir du sevrage.

Au point de vue pratique, on peut diviser les purgatifs en purgatifs *doux*, qui sont indiqués lorsqu'il s'agit seulement de vider l'intestin ; — *moteurs*, lorsqu'on veut réveiller sa tonicité; — *hydragogues*, lorsqu'on veut se servir de l'intestin comme émonctoire ; — *drastiques*, lorsqu'on veut, de plus, produire un effet révulsif ou dérivatif. Dans la classe des purgatifs doux rentrent les huiles végétales. Chez les bébés, l'*huile d'olive*, l'*huile d'amandes douces* à la dose d'une demie à une cuillerée à café suffisent pour amener l'effet désiré. L'*huile de ricin*, ajoutée (J. Simon) ou non à une autre huile, doit être considérée comme un des meilleurs purgatifs que nous possédions. On en donne environ 2 grammes par année d'âge. Pour masquer son goût nauséeux, on peut l'aromatiser avec quelques gouttes d'essence de menthe, d'anis, de citron, lui incorporer du sucre en poudre, du sucre vanillé, la battre avec de la confiture de groseille ou d'orange et ajouter un peu de sucre pour resucrer la confi-

(1) *Annales de la policlinique de Paris*, oct. 1902.

ture. Quelquefois, on l'incorpore à de la gelée d'abricots aromatisée, on la mélange à du café ou à du bouillon, on l'émulsionne comme dans les formules suivantes :

Huile de ricin......	2 grammes par année d'âge.
Mucilage de gomme adragante.......	Q. S.

Huile de ricin............	2g par année d'âge.
Poudre de scammonée, 0g4 à	0g6 centigr.
Sucre vanillé..............	5 grammes.
Lait......................	20 —

à donner le matin à jeun.

Un purgatif doux, purgatif d'enfant par excellence, c'est encore la *manne*, que l'on fait prendre dissoute dans de l'eau et mêlée à du lait :

Manne en larmes de Sicile..........	5 grammes par année d'âge.
Eau bouillante....	30 — environ.

Filtrer. — Donner le matin à jeun dans une petite tasse de lait édulcoré avec du miel blanc ou dans tout autre liquide bien accepté par l'enfant.

M. Huchard préconise la formule suivante :

Manne en larmes..............	30 grammes.
Follicules de séné..............	4 —
Café..........................	10 —
Eau bouillante, q. s. pour faire...	100 —

Même mode d'emploi avec la *mannite* que l'on donne à la dose de 5 centigrammes par année d'âge, enrobée dans du miel, de la confiture, mêlée à du sucre vanillé, etc., ou dans une potion telle que :

Mannite cristallisée.	5 centigr. par année.
Eau distillée de menthe..............	10 à 20 grammes selon l'âge.
Sirop de fleurs de pêcher..........	5 à 10 —

Le matin à jeun, par cuillerées à café ou à dessert, coup sur coup.

Le *tamarin* est commode, grâce à la forme de pastille chocolatée qui déguise bien le médicament aux yeux des enfants. Les *tartrates* sont administrés sous forme de pulpe de fruits, comme la pulpe de tamarin, 5 à 10 grammes, ou celle de casse, comme dans la formule suivante :

Pulpe de casse....................	5 grammes.
Sirop de violette................	4 —
Sucre..........................	1 —
Essence d'oranger................	1 goutte.

Comme chef de file des purgatifs hydragogues marche le *calomel*, il agit comme antiseptique et comme diurétique : c'est le purgatif des états infectieux.

Calomel.................. 5 centigr. par année.
(Comby.)

Ou 5 centigr. + 5 centigr. par année d'âge.
(Sevestre.)

Sucre en poudre............	0g10 à 0g50 centigr.
Calomel à la vapeur........ } Poudre de scammonée...... }	5 centigr. par année d'âge.

Le calomel peut être administré dans un peu de miel; on doit éviter les substances acides ou salées, les iodures, l'acide cyanhydrique.

Calomel à la vapeur..............	10 centigr.
Scammonée d'Alep pulvérisée.....	30 —
Sucre de lait pulvérisé............	4 grammes.

(H. Roger.)

En dix prises, d'heure en heure, jusqu'à ce qu'on ait obtenu deux selles.

La *magnésie* anglaise et la magnésie ordinaire peuvent s'ordonner à la dose de 2 à 3 grammes par année d'âge. Avec ce médicament, on peut faire prendre le purgatif au coucher, l'action a lieu le lendemain. Les bébés le prennent volontiers tel quel ou dans un peu de lait sucré ou encore avec un peu de sirop.

Magnésie calcinée..............	20 centigr.
Sirop de roses pâles............	4 grammes.

(Edv. Ellis.)

Ce n'est guère que chez les enfants déjà un peu grand qu'on peut faire accepter les *sels de magnésie* ou *de soude*, soit en solution, soit contenues dans les eaux minérales naturelles : la dose doit être de 2 grammes à 2g50 par année d'âge.

Sulfate de magnésie..............	5 grammes.
Eau distillée......................	10 —
Essence de menthe poivrée........	1 —

(Yvon.)

On peut mélanger un sel de magnésie et un sel de soude, en administrant par exemple de l'eau de Rubinat, de Carabana, d'Apenta, de Villacabras, de Montmirail; une cuillerée à bouche par année d'âge, en ajoutant un peu de sirop de menthe, de citron, d'orange, de groseille.

Tous les purgatifs salins constipent légèrement après leur emploi; on peut les administrer aussi sous forme de sels :

Sulfate de soude.......	2g par année d'âge.
Miel de mercuriale.....	1g —
Eau bouillante........	10 à 60g —

Introduire dans le rectum avec une petite seringue; maintenir un tampon d'ouate sur l'anus, faire coucher l'enfant sur le côté droit.

Quand il s'agit d'enfants indociles et mal élevés, « chez lesquels l'administration d'un lavement provoque tout un drame de famille, » on peut recommander le laxatif suivant :

Phosphate de soude.............	5 grammes.
Sirop de limons.................	3 —
Décoction d'orge................	30 —

La *rhubarbe* et le *séné* agissent par l'acide chrysophanique; la première de ces deux substances est mieux acceptée en sirop qu'en poudre, comme dans le sirop dit de chicorée, dont on abuse souvent dans le public.

Lorsque l'on a besoin de drastiques, le pédiâtre a le choix entre la *scammonée*, que l'on prescrit comme le *jalap* à la dose de 5 centigrammes par année d'âge. L'eau-de-vie allemande est donnée à dose de 1 gramme par année, soit pure, soit associée au sirop de nerprun.

L'*aloès* est quelquefois prescrit à la dose de 1 centigramme par année d'âge; l'*huile de croton* est dangereuse, même diluée.

On peut, chez le jeune enfant, obtenir l'évacuation du contenu intestinal d'une façon absolument mécanique, à l'aide de lavement d'eau pure tiède. Assez souvent, on ajoute un antiseptique comme l'acide borique ou le borax.

L'adjonction d'une certaine quantité de glycérine ou d'huile réunit l'effet mécanique à l'action cathartique de ces substances.

Chez les bébés, les suppositoires de beurre de cacao, de 1 gramme à 1g50 environ, ou bien de gélatine et de glycérine, introduits dans le rectum, permettent d'obtenir facilement et rapidement une ou plusieurs selles sans effet purgatif prolongé.

Le petit cône de savon blanc, si apprécié des nourrices, peut trouver son emploi. On peut, pour le même usage, recommander le savon médicinal en suppositoire.

Il ne faut pas l'employer trop souvent, dans la crainte d'amener de la rectite (A. Baginsky).

Du reste, chez les nourrissons, toute excitation du rectum aboutit ordinairement à provoquer la défécation.

Le *séné* porte surtout son action sur les couches musculaires du tube digestif. On le prescrit à la dose de 1 gramme par année d'âge, de follicules ou de feuilles lavées à l'alcool dans autant de fois 10 grammes d'eau qu'il y a de grammes de séné. Il est employé en potion, infusion de séné et infusion de café, par parties égales édulcorées avec du miel et surtout en lavement comme dans la formule suivante :

Follicules de séné....	1 gramme.	par année d'âge.
Eau, q. s. pour faire après décoction.....	10 —	
Sulfate de soude......	0gr25 centigr.	
Sirop de miel.........	2 à 4 grammes.	

L. B.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les maladies du cuir chevelu [*Les actualités médicales*] (1), par M. le docteur Paul Gastou.

« Donner un aperçu rapide des maladies du cuir chevelu, en décrire l'hygiène préventive, la prophylaxie et le traitement, baser cette étude sur les données scientifiques et faire un guide d'utilité pratique : tel est le but de ce livre. »

Ces lignes, par lesquelles débute l'ouvrage de M. Gastou, en indiquent à merveille le caractère et les tendances : l'auteur a voulu avant tout condenser en quelques pages claires et pratiques, les notions nécessaires à tout médecin sur les maladies du cuir chevelu. Après quelques lignes d'*introduction*, M. Gastou rappelle sommairement l'*anatomie et la physiologie de la peau*, l'*étiologie générale des dermatoses*, puis il aborde les *méthodes de diagnostic*. « Le diagnostic se fait de trois façons : 1° par la vue : diagnostic d'impression ; 2° par l'étude des modalités et de l'évolution de la maladie : diagnostic d'observation ou clinique; 2° par l'étude microscopique ou expérimentale : diagnostic de la cause rationnel ou confirmatif. » C'est à ce dernier que M. Gastou apporte tous ses soins, en indiquant la technique de l'examen des cheveux et des squames et les renseignements fournis par cet examen. Le *diagnostic différentiel* passe successivement en revue les altérations et malformations des cheveux, les troubles fonctionnels, les alopécies, les séborrhées, les pyodermites, les affections parasitaires. Quelques pages de *prophylaxie et d'hygiène*, et un *petit formulaire* très bien fait terminent ce livre clair, bien présenté, et des plus agréables à lire.

L. B.

Les nouveaux traitements (2), par M. le docteur J. Laumonier.

L'auteur s'est proposé de fournir aux médecins et à toutes les personnes qui s'intéressent à la thérapeutique, des indications précises, aussi complètes, mais aussi brèves et claires que possible, sur les nouveaux remèdes et les nouvelles méthodes de traitement qui ont une efficacité réelle et sont assez bien connus pour qu'on puisse les formuler d'une manière sûre et pratique. En tête de chaque chapitre, il a placé des considérations sommaires de physiologie pathologique et de pathogénie, dans le but de faire comprendre le mécanisme de l'action thérapeutique par la connaissance des troubles fonctionnels qui créent la maladie.

Les formulaires les plus complets ne peuvent donner ces indications qui permettent seules au médecin de se rendre un compte exact de l'électivité spéciale des médicaments et de l'indication précise des traitements, et l'importance de ces indications ne saurait échapper aux praticiens souvent découragés par l'emploi de médicaments excellents mais qu'il faut utiliser à propos.

La classification adoptée par M. Laumonier est la suivante : *Modificateurs de la nutrition*, *modificateurs de l'hématopoïèse*, *médications minérales*, *modificateurs respiratoires*, *modificateurs de l'élimination urinaire*, *modificateurs de la tension vasculaire*, *opothérapie*, *sérothérapie et vaccinations*, *modificateurs nerveux*, *les antipyrétiques*, *les antiseptiques*. Une table alphabétique des matières permet de trouver avec facilité dans le texte, les 300 traitements étudiés au cours de cet ouvrage.

LES DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX

A l'occasion de l'ouverture de son neuvième dispensaire à Paris, l'Œuvre générale des dispensaires antituberculeux avait organisé hier soir à la mairie de Montrouge une réunion et une conférence. M. Alexandre Bérard, sous-secrétaire d'État aux Postes et Télégraphes, présidait. Sur l'estrade, à ses côtés, se trouvaient les représentants du président de la République, du président du Conseil, du ministre de l'Instruction publique, du préfet de la Seine, du préfet de police ; MM. Charles Dupuy, ancien président du Conseil ; E. Étienne, vice-président de la Chambre ; Dubois, Messimy, Rouanet, députés; le maire et les adjoints, les conseillers municipaux de l'arrondissement et un grand nombre de personnalités médicales et politiques du comité de l'Œuvre.

Le docteur Léon Bonnet, président du comité, a remercié le ministre, et, dans une allocution très applaudie, a déclaré que « les dispensaires antituberculeux étaient appelés à devenir des *dispensaires de préservation sociale*, en étendant leur action prophylactique à l'alcoolisme et à certaines maladies contagieuses qui ne font pas moins de dégénérés et d'avariés que la tuberculose ».

Le professeur Charrin, du Collège de France, a développé, en une magistrale conférence, ce programme de la préservation sociale par les dispensaires, où se donnent l'éducation hygiénique et l'assistance populaire dans le foyer même des fléaux qui déciment l'humanité. Il a parlé du concours des mutualités pour permettre à l'Œuvre des dispensaires de faire « le tour de Paris et de la France ».

Après les félicitations du ministre qui a renouvelé au comité la profonde sympathie du gouvernement, Mlle Carmen de Raisy, de l'Odéon, a donné lecture d'un sonnet inédit que M. Sully-Prudhomme, de l'Académie française, a dédié au docteur Léon Bonnet, promoteur des dispensaires antituberculeux.

AU DOCTEUR LÉON BONNET

Fondateur de l'Œuvre des dispensaires antituberculeux.

SCIENCE ET CHARITÉ

Dans l'espace infini, gouffre silencieux,
L'homme roule, emporté sur un bloc de matière;
Il y sent le corps vil enchaîner l'âme altière,
Dont la grande aile aspire à de plus nobles cieux.

Mais, exilé sublime, il doit baisser les yeux,
Car sa terrestre vie il faut qu'il la conquière
Sur le froid, le sol dur, la brute carnassière,
D'infimes ennemis au meurtre insidieux.

Or le plus destructeur le surprend sans défense :
Il exténue en lui le souffle dès l'enfance,
De la poitrine frêle obscur envahisseur.

(1) In-8°. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-16 de la *Collection médicale*, cart. à l'angl. Prix : 4 francs. — Paris, Félix Alcan.

Invisible rival de la Guerre, il est pire...
Mais, pour le vaincre enfin, la Science conspire
Avec la Charité dont elle fait sa sœur.

SULLY-PRUDHOMME
(de l'Académie française).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écho de l'inauguration de l'Académie. — Le bruit courait, après la cérémonie de mardi, que celui qui aurait dû être le véritable héros de la fête, l'architecte M. Rochet, n'avait été présenté ni au président de la République ni au ministre de l'Instruction publique.

Cette nouvelle paraissait peu vraisemblable pour tous ceux qui savent la somme de travail et de dévouement apportée dans son œuvre par l'éminent architecte de l'Assistance publique.

Elle était pourtant exacte.

Cet oubli soulève de très vifs commentaires.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat en médecine.* — La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le lundi 15 décembre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès onze heures et demie.

Hôpitaux de province. — *Rouen.* — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de MM. Cusson, Deschamps, Richard et Mongret, internes titulaires; Brasseur, Cauchois et Florion, internes provisoires.

Écoles de médecine. — *Dijon.* — Par arrêté en date du 27 novembre 1902, un concours s'ouvrira le 28 mai 1903, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, pour un emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

Le registre de l'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Nomination. — M. Ch. Nicolle (de Rouen) est nommé directeur de l'Institut Pasteur de Tunis.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-septième semaine, 855 décès, au lieu de 823 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 856.

Les maladies épidémiques sont rares; les autres causes de mort conservent une fréquence moyenne.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, pendant chacune des deux semaines précédentes et au lieu de la moyenne (10); le nombre des cas nouveaux (60) reste stationnaire et légèrement supérieur à la moyenne (51).

La variole a causé 1 décès comme pendant la semaine précédente (la moyenne est 4); le nombre des cas nouveaux (14) est supérieur à celui des semaines précédentes, mais encore inférieur à la moyenne (27). La rougeole a causé 2 décès, au lieu de 4 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne (3); la scarlatine 1 décès, au lieu de la moyenne (2); la coqueluche 4 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (3); la diphtérie, 3 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (7); quoique cette maladie soit certainement en voie de régression, on a cependant signalé 98 cas nouveaux, au lieu de 82 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (64).

La diarrhée infantile a causé 32 décès de 0 à 1 an, au lieu de 22 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 31. En outre, 49 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 114 décès, chiffre identique a celui de la semaine précédente, au lieu de 120 moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 4 décès (au lieu de la moyenne 10); bronchite chronique, 16 (au lieu de la moyenne 21); pneumonie, 22 (au lieu de la moyenne 31); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 72 (au lieu de la moyenne 68), dont 27 sont dus à la congestion pulmonaire et 30 à la broncho-pneumonie. En outre, 4 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 201 décès; la méningite tuberculeuse, 22; la méningite simple, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 16 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 66; les maladies organiques du cœur, 52; le cancer a fait périr 53 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 7 décès; la cirrhose du foie, 7; la néphrite, 26; enfin, 30 vieillards sont morts de débilité sénile.

Leçons de clinique obstétricale. — M. le docteur Maygrier, professeur agrégé, commencera ses leçons de clinique obstétricale à l'hôpital de la Charité (amphithéâtre Potain), le jeudi 4 décembre 1902 à dix heures précises du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Asile de Villejuif (tramway du Châtelet). — *Service de M. Toulouse.* — Le mercredi matin visite du service et présentation des malades intéressantes.

Jeune docteur désirerait place secrétaire ou situation dans clinique. — S'adresser au bureau du journal.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *De Paris aux ports au-delà de Suez, ou vice versâ.* — Les voyageurs partant de Paris à destination des ports au-delà de Suez, ou de ces ports à destination de Paris, peuvent obtenir, conjointement avec leurs billets d'aller et retour de passage de ou pour Marseille, des billets d'aller et retour de Paris à Marseille ou vice-versâ, valables un an, aux prix suivants :

De Paris à Marseille, ou vice-versâ (via Dijon-Lyon, ou Nevers-Lyon, ou Nevers Clermont : 1re classe, 145 fr.; 2e classe, 104 fr. 40; 3e classe, 68 fr. 05. — Ces billets sont délivrés par la compagnie des messageries maritimes. — Il peut être émis des billets de classes differentes pour les parcours en chemin de fer et pour les parcours maritimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de matières médicale, contenant l'origine botanique, la description, la structure anatomique, la composition chimique, les usages, le mode d'emploi et les falsifications des substances officinales d'origine végétale ou animale, par Eug. Collin, pharmacien, lauréat de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8o de 725 p., avec 87 fig. dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

L'acidité urinaire, conférence faite à l'Institut Pasteur le 19 mars 1901, par H. Joulie, pharmacien des hôpitaux de Paris en retraite, recueillie par le docteur Jean Nicolaidi. In-8o de 72 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 136 — MARDI 2 DÉCEMBRE 1902. 75e ANNÉE MARDI 2 DÉCEMBRE 1902. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SEPTICO-PYOHÉMIE D'ORIGINE OTITIQUE

Par MM. H. Triboulet, médecin des hôpitaux, et Ch. Aubertin, interne des hôpitaux de Paris.

D... (Charles), âgé de onze ans et demi, entre le 8 septembre 1902 à l'hôpital Bretonneau, dans le service de M. Sevestre, suppléé par M. Triboulet. Sa mère l'amène à l'hôpital parce qu'il a de la fièvre et que depuis quelques jours il souffre de la tête.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires, sinon que son père est mort d'une bronchite chronique. L'enfant a eu du rhumatisme et de la gourme à l'âge de cinq ans. Peu après, il a eu une longue maladie d'yeux qui aurait abouti à une cécité complète et pour laquelle il a été soigné à Bichat. D'après les renseignements de la mère, qui concordent, d'ailleurs, avec les dires de l'enfant, cette cécité aurait été absolue et aurait duré quatre mois environ. Peu à peu la vue est redevenue normale ; il n'y a pas eu d'intervention chirurgicale sur les yeux. L'enfant est retourné à l'école ensuite, mais il n'a pu apprendre à lire (1).

Il y a quatre jours que l'enfant est malade : il se plaint de la tête et des oreilles. Il n'a eu ni vomissements, ni diarrhée, ni épistaxis. La mère, interrogée sur ce sujet, dit n'avoir rien remarqué du côté des oreilles.

Le jour de son entrée, l'enfant présente une céphalée assez intense sans localisation précise. La température est peu élevée (38 degrés), le pouls peu fréquent et régulier, l'examen du thorax et de l'abdomen est absolument négatif : l'enfant n'a pas vomi, il n'a pas été à la selle. Il ne présente aucun signe de méningite. Il n'a pas d'écoulement d'oreille ni de douleur dans la région mastoïdienne : en somme l'examen est absolument négatif, et, bien qu'on songe à la possibilité d'une méningite, on ne porte aucun diagnostic précis.

Le lendemain, même état : le seul symptôme est la céphalée, une céphalée assez intense et non localisée. L'enfant, purgé à l'huile de ricin, a eu deux selles. Aucun symptôme nouveau. Pourtant la surveillante a vu, le soir, un léger suintement purulent s'écouler de son oreille droite. On fait un lavage d'oreille.

Le 10, la température monte à 40 degrés, sans frisson, et baisse légèrement le soir (39 degrés). L'état général est sensiblement le même. Nous ne trouvons aucune trace de l'écoulement d'oreille dont parle la surveillante. Toujours aucun symptôme viscéral.

Le 11, la température retombe à 38 degrés, mais le lendemain elle s'élève brusquement à 40°9. En même temps s'établit une diarrhée assez abondante. Les jours suivants, les oscillations thermiques se répètent, la diarrhée augmente, l'abattement est considérable, et peu à peu s'établissent les symptômes septicémiques que nous allons décrire et qui durent jusqu'au 28.

La céphalée est vive et intense : elle prédomine du côté droit, mais sans localisation bien précise. Il n'y a jamais eu de vomissements, sauf un jour où l'enfant avait pris 30 centigrammes de quinine.

La température présentait des oscilations considérables et irrégulières. Sur la courbe où la température est notée toutes les trois heures, il est facile de voir que les exacerbations n'obéissent à aucune règle. Tantôt l'élévation de température était brusque, tantôt plus lente : quelquefois elle durait six à huit heures, mais le plus souvent elle ne durait que trois heures environ et retombait rapidement. Enfin, elle avait lieu tantôt le matin, tantôt le soir, sans aucune régularité. En raison du peu de durée des accès, la courbe ci-jointe ne rend qu'imparfaitement compte du nombre des oscillations thermiques qui se sont produites durant cette période.

Ces accès fébriles ne s'accompagnaient pas de frissons, comme il est ordinaire de l'observer au cours des états septicémiques (1). Durant toute sa maladie, l'enfant n'eut que deux frissons, assez intenses il est vrai, et durant chacun un quart d'heure environ. De même les sueurs profuses faisaient également défaut.

La diarrhée était très intense : l'enfant avait chaque jour de deux à cinq selles liquides, noirâtres, comme s'il avait pris du bismuth, mais non sanglantes et d'une fétidité extrême.

Quoique très abattu, l'enfant avait conservé intacte son intelligence ; pas de délire. Rien aux poumons ; rien au cœur ; pendant toute cette période, le pouls resta d'une lenteur remarquable, du moins entre les grands accès fébriles : généralement aux environs de 60, il descendit par moments à 54.

Les urines étaient rares et albumineuses : de plus, à trois

(1) Nous n'avons pu avoir de renseignements plus précis sur l'histoire de cette affection oculaire (kératite interstitielle ?). Pendant toute la durée de son séjour dans le service, l'enfant ne présentait aucun symptôme du côté de la cornée ni du cristallin, et son acuité visuelle était absolument normale.

(1) On sait quelle importance les otologistes accordent au grand frisson prolongé pour le diagnostic de phlébite du sinus. (V. Laurens, Rapport au Congrès de 1900, p. 36.)

reprises différentes, elles se montrèrent sanglantes : ces hématuries, assez intenses, duraient un ou deux jours, puis disparaissaient en faisant place à une urine d'une teinte bouillon sale. Pas d'autres hémorragies.

Rien de particulier du côté de l'abdomen, sauf une augmentation très notable de la matité splénique.

Pas de signe de Kernig. Rien aux yeux : les pupilles se contractent bien à la lumière et à l'accommodation. Les réflexes rotuliens, examinés tous les jours, furent trouvés normaux, sauf du 19 au 22 septembre où ils étaient presque complètement abolis ; en même temps le pouls était très lent et irrégulier ; il y avait de l'incontinence d'urine, et l'enfant, quand on le découvrait, avait par moments des érections. A ce moment, nous inclinâmes vers l'idée d'une méningite cérébro-spinale fruste, malgré l'absence de la raideur et du signe de Kernig. Mais la ponction lombaire donna un résultat négatif.

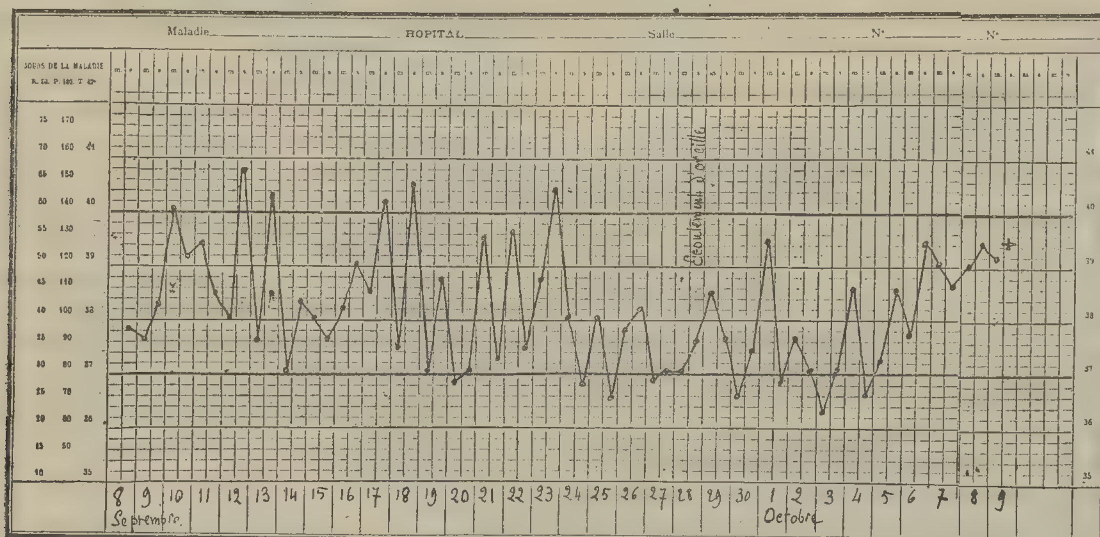
Le séro-diagnostic fut négatif. L'examen du sang montra une leucocytose intense (20000 globules blancs) avec polynucléose assez marquée.

Toujours aucun écoulement du côté de l'oreille. Aucun œdème de la région mastoïdienne, aucune douleur à la pression ni à la percussion à la base aussi bien qu'à la pointe de la mastoïde. Aucune contracture du sterno-mastoïdien. Pas de cordon douloureux le long de la jugulaire interne. En somme, aucun symptôme du côté des oreilles, sauf l'anamnèse de l'écoulement du 10 septembre.

Nous portons cependant le diagnostic probable de septicémie d'origine otitique, mais avec quelques réserves. Tous les jours nous examinons complètement l'enfant, pensant trouver quelque symptôme viscéral, quelque métastase articulaire ou sous-cutanée, pouvant permettre de faire le diagnostic de pyohémie : mais cet examen restait aussi négatif que celui de la région mastoïdienne.

L'enfant fut examiné par un chirurgien, qui conclut à l'impossibilité d'un diagnostic et d'une intervention, étant donné l'absence de symptômes précis.

Nous persistâmes cependant dans notre diagnostic de septicémie d'origine otitique, lorsque l'événement vint nous donner raison. Le 29 septembre une grande quantité de pus épais, grumeleux, horriblement fétide, s'écoula par l'oreille droite, et cet écoulement continua avec la même abondance



les jours suivants. La température baissa d'une manière générale et les ascensions thermiques devinrent moins fréquentes. Pourtant l'état général était loin de s'améliorer.

L'enfant fut montré à M. Courtade, qui constata une perforation du tympan, fit faire des lavages à l'eau oxygénée et des pansements à la glycérine et au phénosalyl, et jugea que l'enfant était trop infecté pour bénéficier d'une intervention.

Malgré le libre écoulement du pus, l'état général s'aggrava rapidement. Il y eut quelques vomissements, la langue devint sèche, la diarrhée persista, enfin l'amaigrissement et la faiblesse devinrent considérables. Toujours aucun symptôme du côté de la mastoïde ni des sinus. Le 6 septembre, la température remonta de nouveau et l'enfant accusa quelques douleurs dans le genou et la cuisse droite et un point de côté assez violent à gauche. Pour la première fois on perçut quelques signes stéthoscopiques au poumon gauche : une légère matité, quelques frottements-râles, mais pas de souffle. Le diagnostic de pleurésie devint certain les jours suivants : l'épanchement semblait peu abondant, et la matité était limitée en arrière, sans déplacement du cœur. Rien aux autres organes. L'amaigrissement est devenu tel et l'état général si misérable que, malgré l'existence de la suppuration de l'oreille, on se demande si on n'a pas affaire à une granulie. Le malade est très agité : il se plaint de partout, sans localisation particulière ; pas de symptômes méningés. Mort le 9 octobre.

Autopsie. — La dure-mère est saine ainsi que le sinus longitudinal supérieur ; les méninges, le cerveau et le cervelet sont normaux ; pas d'hydropisie ventriculaire.

Le sinus latéral droit est transformé en un cordon dur et résistant ; la thrombose occupe toute l'étendue du canal veineux : en avant, elle semble s'enfoncer dans le trou déchiré postérieur ; en arrière elle s'étend presque jusqu'au pressoir d'Hérophile. Sa paroi externe est lisse et normale dans toute son étendue, sauf au niveau du toit de la caisse où elle est dépolie et grisâtre. L'ouverture du sinus montre qu'un caillot dur, rougeâtre, friable, occupe toute son étendue, sauf la région qui avoisine le toit de l'antre où la cavité veineuse est transformée en un véritable abcès. Cet abcès s'étend sur une longueur de près de 3 centimètres, il contient un pus épais, assez bien lié, verdâtre et non fétide ; il semble y avoir là une légère dilatation du sinus par le pus qui s'y est développé ; les limites de l'abcès sont nettes, et il fait place assez brusquement au reste du caillot qui a conservé son aspect rougeâtre. La paroi du sinus n'est pas sensiblement épaissie.

Les sinus pétreux supérieur et inférieur, le sinus latéral gauche sont normaux. Nous n'avons pu disséquer la jugulaire dans sa portion cervicale.

Comment la suppuration s'est-elle étendue de l'antre au sinus ? Il n'y avait pas d'abcès extra-dural collecté et l'os paraissait sain dans toute la région avoisinant le sinus. Mais, en décollant la dure-mère au voisinage du conduit

auditif interne, on tombe sur une lamelle de matière puriforme, concrétée, non fétide, large de près de 1 centimètre, et qui bouche l'entrée du conduit auditif. Ce magma enlevé, on voit sourdre par l'orifice quelques gouttes de pus : c'est le seul endroit où l'on peut trouver une communication entre l'intérieur du rocher et la cavité cranienne.

La caisse, ouverte par destruction du tegmen tympani, est pleine d'un pus jaunâtre, épais, grumeleux, extrêmement fétide, semblable à celui qui s'écoulait par l'oreille, et très différent par conséquent de celui qui remplit l'abcès du sinus.

A l'ouverture du thorax on constate, du côté gauche, une pleurésie purulente plus abondante que les signes stéthoscopiques ne l'avaient fait supposer : le pus est semblable à celui de l'abcès du sinus, épais, verdâtre, non fétide. La séreuse péricardique est atteinte par contiguité et contient un peu de liquide séreux. Le poumon gauche est comprimé, atélectasié, mais ne présente aucune lésion, non plus que le poumon droit.

Les autres organes offrent les lésions classiques de la septicémie à évolution subaiguë : le foie est volumineux, très dégénéré, très gras, et offrant à la coupe l'aspect d'un foie amyloïde; de plus il présente à sa surface quelques ecchymoses assez étendues. La rate est très volumineuse. Les reins sont nettement amyloïdes. Le cœur est jaunâtre et dégénéré : il présente quelques ecchymoses sous-péricardiques. Aucun autre foyer métastatique.

En résumé nous avons là le tableau clinique complet et typique de la septicémie, infection de tout l'organisme sans détermination viscérale particulière. L'anamnèse d'un écoulement d'oreille nous fit porter le diagnostic probable de septicémie otitique, mais l'absence de signes certains du côté de l'oreille et de la mastoïde d'une part, l'allure méningée de la maladie d'autre part, empêchèrent de penser à une intervention en face de symptômes si vagues. Pourtant l'écoulement d'oreille apparut à la fin, confirmant le diagnostic, mais il était trop tard, la septicémie était transformée en pyohémie qui se traduisait bientôt par l'apparition d'une métastase pleurale. A l'autopsie, phlébite suppurée du sinus, pleurésie purulente, et lésions de septicémie dans les autres organes.

On peut, en comparant l'observation clinique avec les constatations nécropsiques, reconstituer à peu près exactement l'histoire de la maladie et l'enchaînement des complications : 1° otite moyenne probablement aiguë avec ou sans mastoïdite latente; 2° propagation de l'infection au sinus latéral; l'observation étant par plusieurs points incomplète il est difficile de fixer d'une manière précise le mécanisme de la propagation : ou bien elle s'est faite par contiguité au niveau de la paroi postéro-supérieure de l'antre, c'est-à-dire au point où était collecté l'abcès du sinus; ou bien elle s'est faite par l'intermédiaire de la veine auditive interne atteinte de thrombose suppurée, comme tendrait à le faire croire l'écoulement purulent qui suintait par cet orifice; 3° phlébite probablement pariétale du sinus avec septicémie due à la mobilisation de petites particules du caillot détachées et lancées dans la circulation générale : cette période pendant laquelle il y a eu absence complète de tout symptôme viscéral s'étendrait jusqu'au 4 octobre; 4° enfin thrombose complète et oblitérante du sinus puis suppuration du thrombus, la septicémie devient pyohémie, l'état général s'aggrave, et une métastase pleurale apparaît : c'est la période terminale qui n'a duré que quatre jours.

Cette observation présente plusieurs particularités cliniques intéressantes, et tout d'abord l'absence complète des nombreux signes qu'on a décrits comme symptomatiques de la thrombose du sinus latéral; ensuite l'aspect clinique de la maladie, qui reproduit assez exactement le tableau de la septicémie otitique tel qu'il a été si bien décrit par Laurens dans son rapport au Congrès de 1900 (1). Il importe toutefois de faire remarquer que, pendant quelques jours, cette septicémie a revêtu une allure méningée assez nette, caractérisée par la raie vaso-motrice, l'abolition des réflexes, les irrégularités du pouls et sa lenteur considérable (2), tous symptômes dus peut-être à une irritation de voisinage des enveloppes cérébrales, irritation passagère puisque ces symptômes ont rapidement disparu et qu'on n'a trouvé aucune trace de méningite à l'autopsie. Rappelons enfin que le malade a présenté des hématuries, symptôme non encore signalé dans ces septicémies qui d'ailleurs semblent s'accompagner assez rarement d'hémorragies viscérales. Ici les hématuries ont été les seules hémorragies appréciables cliniquement, mais nous avons vu qu'elles coïncidaient avec d'autres hémorragies viscérales (hépatiques, cardiaques) qu'a montrées l'autopsie.

Au point de vue anatomique, nous devons faire remarquer que la propagation de l'infection de la caisse au sinus s'est faite sans l'abcès extra-dural qui est considéré par certains auteurs comme l'intermédiaire obligé entre l'otite et la thrombophlébite. Le fait que le pus de l'abcès phlébitique (ainsi que celui de la pleurésie) différait complètement d'aspect du pus de la caisse, et notamment ne présentait pas la fétidité si marquée de celui-ci, est également peu en faveur d'une propagation directe par continuité. Il est regrettable que les circonstances ne nous aient pas permis de compléter notre observation par une étude bactériologique qui eût peut-être montré la présence d'anaérobies dans le pus de l'oreille et leur absence dans le pus de l'abcès du sinus.

Mais, ce qu'il faut surtout retenir de l'histoire si instructive de cette otite presque latente, qui ne s'est révélée que par des complications mortelles, c'est l'importance considérable de l'anamnèse d'un écoulement d'oreille, chez un malade atteint d'une affection septicémique de nature indéterminée, puisque cette notion, même incomplète, peut, dans certains cas, mener à un diagnostic certain, c'est-à-dire à un traitement chirurgical rationnel. Il faut avouer d'ailleurs que, dans ces septicémies, le traitement chirurgical est souvent impuissant, comme le prouvent de nombreuses observations et en particulier un cas récent de Lannois (3), où deux interventions, l'une sur la mastoïde, l'autre sur la jugulaire thrombosée, ne purent empêcher la pyohémie qui amena rapidement la mort par ses métastases pulmonaires.

LES FRACTURES DE L'ASTRAGALE

D'après M. L. Ombrédanne (4).

Dans presque toutes les observations de fracture de l'astragale, on relève comme accident causal une chute d'un lieu élevé sur les pieds. De là à conclure, comme Ballenghien, que « les fractures de l'astragale se produisent par un seul

(1) Laurens. *Septico-pyohémie otitique*, Paris 1900.

(2) Kessel (Dissert. Giessen 1866) attribue le ralentissement du pouls qu'il a constaté dans la thrombose des sinus aux lésions de périsinusite envahissant le foramen jugulare et comprimant le pneumogastrique. Cette interprétation, d'ailleurs discutable, ne saurait s'appliquer à notre observation, où le ralentissement du pouls coïncidait avec d'autres symptômes de la série méningée.

(3) Soc. méd. des hôpit. de Lyon, 3 oct. 1902.

(4) *Revue de chir.*, nos 8 et 9, 1902.

mécanisme, l'*écrasement* », il n'y avait qu'un pas. Et en effet tous les auteurs qui, depuis 1890, ont parlé de ces fractures, ont admis sans vérification l'opinion de Ballenghien, le mécanisme de l'écrasement. Pourtant Malgaigne avait déjà remarqué la constance de l'intégrité de l'astragale dans les écrasements du tarse, et, sur 56 cas de fracture de l'astragale, on n'en trouve que 7 où la fracture a été indiscutablement la conséquence d'un écrasement. C'est en effet l'action des ligaments qui, le plus souvent, brise l'astragale. C'est par *arrachement* que se produisent ces fractures. L'os se rompt primitivement sous la traction des ligaments qui s'y attachent, mais au lieu de reconnaître pour cause les mouvements d'abduction et d'adduction, comme les fractures des malléoles, les fractures astragaliennes se produisent dans le mouvement de flexion du pied sur la jambe.

Trois types de fracture par arrachement, et quelques cas indiscutables d'écrasement, en général, par cause directe : voilà toutes les fractures de l'astragale.

Dans la plupart des cas, les zones d'insertions ligamenteuses sur l'astragale ne sont jamais intéressées par les traits de fracture : ces zones d'insertions délimitent entre elles un certain nombre de territoires où se groupent les traits de fracture, territoires souvent assez étendus pour que l'orientation des traits de fracture ne soit pas absolument fixe dans chacun d'eux.

Quelles sont donc ces zones d'insertions ligamenteuses dont le rôle est si important? Du côté interne, sous la facette articulaire en virgule de l'astragale, nous trouvons la grande empreinte du ligament tibio-astragalien postérieur; le ligament tibio-astragalien antérieur n'envoie qu'un faisceau bien plus faible du côté interne du col. Du côté externe, rien ou presque rien : l'insertion du ligament péronéo-astragalien antérieur à la base du col.

A la face postérieure, les deux tubercules limitant la gouttière du long fléchisseur propre des gros orteils, c'est au-dessus et en dehors, parfois à la base du tubercule externe, que se termine le ligament péronéo-astragalien postérieur. Enfin, à la face inférieure, le ligament en haie logé dans le sinus du tarse.

Quelles sont les modifications qu'ils subissent dans les mouvements du pied?

Dans les mouvements de torsion en dedans et en dehors, le groupe latéral opposé au mouvement se tend tout entier, et le résultat, c'est l'arrachement malléolaire. Dans l'extension seuls se tendent les faisceaux antérieurs, faibles, qui facilement se rompent et permettent le glissement du pied en avant.

Dans la flexion du pied sur la jambe, du côté interne le ligament tibio-astragalien postérieur, le plus fort de tous, se tend rapidement en même temps que les faisceaux tibio-astragaliens antérieurs se détendent, du côté externe le ligament péronéo-astragalien postérieur, horizontal au lieu d'être vertical, se tend beaucoup moins : c'est en somme le ligament tibio-astragalien postérieur si puissant, inséré à toute la surface inscrite dans la virgule articulaire interne de l'astragale, qui soulève la partie postérieure de cet os et tend à l'écarter du calcanéum.

Le diastasis astragalo-calcanéen postérieur que tend à produire la flexion du pied sur la jambe a donc pour agent presque exclusif le très fort ligament tibio-astragalien postérieur. Comment la jointure astragalo-calcanéenne résiste-t-elle à cet effort de diastasis?

Dans le sinus du tarse se trouve le presque invincible ligament en haie, pivot des mouvements de l'astragale sur le calcanéum. En avant de lui, la tête astragalienne est mobile dans une cavité ostéo-fibreuse à plafond faible, à plancher résistant. Dans la flexion du pied sur la jambe, la tête de l'astragale tend à s'abaisser et rencontre le solide plancher dont nous venons de parler; ce contact s'oppose au diastasis postérieur qu'empêchent également les ligaments calcanéo-astragaliens : un externe, c'est l'astragalo-calcanéen externe des classiques, un interne, beaucoup plus résistant, très dense, très épais. Le ligament calcanéen externe est beaucoup plus faible que la gaine du fléchisseur propre : ligament calcanéen externe et interne s'opposent au diastasis astragalo-calcanéen, ils arrachent leurs insertions osseuses avant de se rompre.

De la comparaison des faits cliniques et des recherches expérimentales, il résulte que l'on peut grouper les fractures de l'astragale en fractures transversales du col et de corps, fractures sagittales, fractures des tubercules astragas liens postérieurs, fractures comminutives, ou avec tassement osseux.

Fractures transversales du col et du corps. — Elles résultent presque toujours de traumatismes frappant le pied en flexion (Bastian, Rochet, Ombrédanne). Dans une expérience de ce dernier auteur, la fracture du col était oblique en bas et en arrière, laissant en avant du trait de fracture tout le ligament en haie; à sa partie supérieure le trait de fracture empiétait de 2 millimètres sur le cartilage articulaire de la trochlée. Ce fait joint à cet autre, observé par Rochet, que, presque toujours, expérimentalement, le fragment antérieur reste en place et garde ses connexions avec le scaphoïde ne peut s'expliquer que par la persistance du ligament en haie, fixant le fragment antérieur au calcanéum.

Dans ces cas, le trait de fracture est toujours oblique en bas et en arrière; il commence en haut, tantôt sur le col, tantôt sur le bord antérieur de la trochlée, tantôt à 12 millimètres de ce bord antérieur, ou en plein dans la surface articulaire postérieure de la face inférieure de l'astragale; le fragment antérieur est toujours fixé par le ligament en haie.

Ces caractères ne peuvent s'expliquer que par le mécanisme de la flexion du pied sur la jambe. Ce fait se retrouve dans toutes les expériences et dans la plupart des observations cliniques où l'on note une chute sur le talon : on a essayé d'expliquer cette fracture en flexion par deux théories : guillotinage du col astragalien par le bord antérieur de la mortaise tibio-péronière (Erichsen), rupture du levier astragalien entre la puissance et le point fixe, parce que point fixe et résistance sont invincibles : c'est cette dernière théorie que propose M. Ombrédanne, théorie que semblent justifier l'insertion constante du ligament en haie au fragment antérieur, la situation du point où aboutit en haut le trait de fracture, l'intégrité des ligaments tibio et péronéo-astragalien postérieurs, etc.

Fractures sagittales du corps. — Ces fractures, qui n'avaient jamais été obtenues jusqu'à présent, ont été produites par M. Ombrédanne au moyen de la flexion et de la torsion combinées du pied. Si, à la flexion du pied, on ajoute en effet de l'abduction et de la rotation externe, c'est le très puissant ligament tibio-astragalien postérieur qui soulève seul le bras de levier astragalien : tantôt il se rompt, tantôt il arrache la malléole interne. Si le ligament et la malléole résistent, le levier astragalien cède et se brise : le ligament arrache alors et entraîne la joue interne de l'astragale, et le

fragment ainsi détaché peut être égal à la moitié du corps de l'astragale. Cette catégorie comprend les fractures sagittales et les fractures du coin postéro-externe qui n'en sont, pour ainsi dire, que le premier degré : ce sont les fractures sagittales du corps.

Fractures des tubercules postérieurs. — Elles semblent pouvoir résulter de l'augmentation ou de la diminution de courbure de la facette astragalienne postérieure. Elles apparaissent expérimentalement comme un arrachement des lèvres de la gouttière osseuse du fléchisseur propre par les lames fibreuses qui s'y insèrent respectivement avec fréquence égale des lésions des deux tubercules, et surtout coexistence de l'arrachement des deux.

Fractures par écrasement. — Elles ne s'observent pas expérimentalement. Cependant on peut les observer en clinique : elles sont rares, car l'astragale, placé comme un galet entre le squelette de la jambe et celui du pied, dépourvu de toute insertion musculaire qui puisse le fixer directement et solidement, doit échapper le plus souvent à l'écrasement.

On trouve souvent, dans les fractures de l'astragale, un certain nombre des signes ordinaires des fractures : gonflement, ecchymose, crépitation, etc. De plus, dans la plupart des cas, il y a translation du pied en dedans avec ou sans renversement du pied faisant regarder en dedans sa face plantaire. En dehors de ce grand type clinique, les fractures du corps ne pourront être affirmées qu'après l'examen radiographique. Les fractures des tubercules postérieurs un peu anciennes donnent souvent lieu aux phénomènes de l'achillodynie et de la pternalgie.

Au point de vue thérapeutique, il est hors de conteste que les fractures du col et du corps sont aujourd'hui justiciables, dans tous les cas, de l'astragalectomie. Celle-ci s'impose absolument en cas de fracture ouverte. Quant aux fractures des tubercules postérieurs, M. Ombrédanne n'hésiterait pas, en présence d'un malade atteint depuis un certain temps d'achyllodynie rebelle, à aller chercher le fragment osseux cause des accidents au moyen d'une incision faite au niveau du bord externe du tendon d'Achille. L. B.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(28 NOVEMBRE 1902)

MM. F. Widal et L. Le Sourd rapportent une observation de **paralysie ascendante aiguë avec névrite radiculaire sans altération méningo-médullaire et absence de lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien.**

Il s'agit d'un malade de quarante-sept ans, chez lequel ces auteurs ont vu se développer une paralysie ascendante aiguë dont l'évolution s'est faite en vingt-quatre jours. Localisée d'abord aux membres inférieurs, cette paralysie s'est élevée d'un coup aux muscles de la face, respectant au passage les muscles des membres supérieurs qu'elle n'a frappés qu'à la période terminale par une sorte de mouvement de retour. Les douleurs dans les membres supérieurs n'apparurent que le quinzième jour de la maladie. Le malade mourut avec des troubles de la déglutition, un pouls incomptable. La température s'était pour la première fois élevée à 38 degrés la veille de la mort seulement.

L'examen histologique, pratiqué par MM. Philippe et Cestan, montra l'intégrité des cellules de la substance grise et des nerfs périphériques. Par contre, sur toutes les racines rachidiennes, principalement sur les racines antérieures étagées le long de la moelle, ainsi que sur les nerfs de la queue de cheval, on constata des lésions de névrite parenchymateuse et interstitielle. Les méninges péri-radiculaires étaient intactes et ne présentaient aucune altération. Il existait ainsi un contraste frappant entre l'état des méninges et les lésions avancées de tout le système radiculaire.

Depuis la thèse de M. Déjerine, il est nettement établi que des lésions des racines existent dans certaines formes de maladie de Landry. Or, dans ce cas, on n'a pas constaté les lésions des nerfs périphériques qui existent presque toujours concurremment avec la radiculite.

L'examen du liquide céphalo-rachidien, pratiqué deux fois, le neuvième et le douzième jour de l'affection, fut toujours négatif. On ne put jamais y déceler de lymphocytose. C'est là un point particulièrement intéressant qui permet à M. F. Widal de répondre à une question posée à la Société médicale dans la séance précédente.

M. Lamy s'est demandé, à propos de la communication de MM. Thibierge et Ravaut, si des lésions névritiques, surtout voisines des centres, ne pouvaient pas retentir sur le liquide sous-arachnoïdien et y déterminer une lymphocytose. L'observation de MM. F. Widal et L. Le Sourd prouve que des altérations aussi voisines des centres que possible, comme celles des lésions radiculaires, n'occasionnent pas de lymphocytose, malgré leur intensité, si la pie-mère qui les enveloppe est indemne. Ce fait anatomique prouve, une fois de plus, la valeur de l'exploration méningée dans les cas où le diagnostic hésite entre une névrite périphérique et une méningo-myélite. Un résultat négatif tranche la question en faveur d'une névrite périphérique pure.

M. Siredey rapporte en son nom et en celui de M. Coudert un cas **d'infection pneumococcique** ; apparue chez une femme de vingt-cinq ans enceinte de cinq mois et demi environ, chez laquelle on nota comme note dominante des symptômes abdominaux très curieux sous forme d'une douleur très intense située à la partie supérieure de la région lombaire et dans le côté droit de l'abdomen ; c'était la manifestation d'une pleurésie diaphragmatique qui en outre se révélait par de la dyspnée, mais sans hoquet, ni vomissement, ni toux spasmodique, ni sensibilité spéciale à la compression des nerfs phréniques. Ceci déjà nous démontre que la pleurésie diaphragmatique peut donner lieu aux mêmes accidents que la péritonite sous-phrénique. L'examen bactériologique du sang et celui du pus retiré de l'arthrite métacarpo-phalangienne avaient révélé la présence du pneumocoque à l'état de pureté. La malade mourut. A l'autopsie on rencontra une pneumonie étendue de la base du poumon droit, à la période d'hépatisation et intéressant la moitié environ de ce poumon. A cette pneumonie s'ajoutaient des lésions très accentuées de toute la partie correspondante de la plèvre thoracique et de la plèvre diaphragmatique du même côté. Il existait en même temps une péricardite de même nature caractérisée par des fausses membranes épaisses et par un exsudat séreux sans endocardite concomitante. Le poumon gauche était le siège d'une congestion intense au milieu de laquelle se distinguaient plusieurs petits noyaux de broncho-pneumonie. Les altérations du poumon gauche et celles du péricarde s'étaient développées dans les trois derniers jours, mais elles n'avaient pu être diagnostiquées en raison de la très grande difficulté que l'on éprouvait à remuer la malade et à l'ausculter. L'abdomen n'était le siège d'aucune lésion importante. Le péritoine sous-phrénique et sous-hépatique était parfaitement sain.

M. Galliard communique une note sur la **forme plastique de l'arthrite métapneumonique.** Il nous en a donné le résumé suivant :

« Un de mes élèves, le docteur Agathos, a consacré sa thèse (Paris 1902) aux arthrites métapneumoniques. Cette thèse contient trois observations fournies par moi et relatées en détail.

Dans une de ces observations, il s'agit d'une arthrite suppurée du poignet, survenant chez un malade atteint, après la pneumonie, d'empyème et de péricardite. Ce malade n'a conservé qu'un peu de raideur du poignet. Le second cas se rapporte à un homme atteint d'abord de phlegmon juxta-articulaire, puis d'épanchement séreux de l'articulation sterno-claviculaire droite.

J'insiste sur une troisième forme, moins banale, de l'arthrite métapneumonique: la forme plastique; elle s'est offerte à mon observation chez un homme, âgé de trente-trois ans, qui n'eut pas d'autre complication de la pneumonie.

Vers le douzième jour, il éprouva une vive douleur au coude gauche et bientôt ce coude devint si tuméfié et si fluctuant que la ponction sembla nécessaire. Or, plusieurs piqûres furent pratiquées sans aucun résultat. D'ailleurs l'arthrite ne détermina qu'un très-léger mouvement fébrile. La médication salicylée échoua complètement. Il fallut immobiliser le coude pendant plusieurs semaines dans une gouttière plâtrée. La guérison ne fut complète qu'au bout de cinq mois. J'ai revu le malade un an plus tard; le coude était revenu à l'état normal. »

M. Gallois lit, en son nom et en celui de MM. Courcoux et Decobert, une observation de **rhino-pharyngite typhoïdique à bacilles d'Éberth.**

« Au mois de juin 1900, M. Potain signalait à la Société médicale des hôpitaux des cas de fièvres typhoïdes consécutives à une attaque de grippe. A cette occasion, l'un de nous faisait paraître dans le *Bulletin médical* un article où il montrait qu'à côté de cas très réels, où la fièvre typhoïde avait succédé à une grippe, il en était d'autres où la fièvre typhoïde, débutant par de la rhino-pharyngite, pouvait pendant quelques jours être prise pour une simple grippe. Mais qu'était cette rhino-pharyngite? Etait-elle le résultat d'une infection secondaire, ou bien était-elle produite directement par le bacille d'Eberth?

La recherche et la détermination de cet organisme étaient, jusqu'à ces derniers temps, assez difficiles à réaliser. La méthode du gélo-diagnostic, indiquée par M. le professeur Chantemesse (Académie de médecine, juin 1901 et mai 1902), a grandement facilité cette investigation. C'est cette méthode que nous avons appliquée chez ces cinq malades atteintes de rhino-pharyngites, dans son service. Chez d'eux d'entre elles nous avons pu déceler le bacille d'Éberth. Chez deux autres, le gélo-diagnostic a donné un résultat négatif. Chez la cinquième, le résultat, négatif également, s'explique sans doute par ce fait que la rhino-pharyngite était guérie au moment où l'examen put être pratiqué.

Cette constatation confirme l'existence d'une rhino-pharyngite typhoïdique, ce qui a un certain intérêt au point de vue du diagnostic, mais surtout elle indique des mesures prophylactiques nouvelles.

Jusqu'ici, pour éviter les contagions, on se préoccupait uniquement des selles et des urines. Si la rhino-pharyngite typhoïdique contient parfois des bacilles d'Eberth, les mucosités nasales, la salive des malades peuvent sans doute être des agents de contagion, il faudrait donc désinfecter avec soin les crachoirs, les mouchoirs, les oreillers qui auraient pu être salis par ces mucosités. Un infirmier qui aurait lavé la bouche d'un typhique devrait se nettoyer les mains avec autant de soins qu'après avoir vidé son bassin. Avec ces nouvelles précautions, on arriverait peut-être à diminuer le nombre des contaminations hospitalières ou familiales, encore trop fréquentes. »

M. Guinon lit au nom de MM. Pellerin et Témoin (de Bourges) une observation de **méningite cérébro-spinale suraiguë terminée par la guérison.** Une fillette de huit ans, appartenant à une famille de névropathes, est atteinte brusquement d'accidents méningés très graves, accompagnés d'une éruption de pétéchies qui font penser, au début, à une rougeole anormale; les jours suivants, les symptômes se généralisent et prennent le type cérébro-spinal. A certains jours l'aspect est tel qu'il fait croire à l'agonie.

Cependant, des sueurs profuses amènent un soulagement et tout à coup, après un sommeil de douze heures, l'enfant se réveille calme et consciente, elle conserve un peu de contracture puis de la paralysie du bras gauche; enfin tout disparaît. On avait appliqué quelques jours avant un traitement antisyphilitique.

A signaler encore la très importante communication de MM. Claude et Barthe, sur les **éliminations urinaires dans les néphrites scléreuses chroniques.** Il ne nous est pas possible de donner, dans un compte rendu forcément hâtif, une idée suffisante d'un travail dans lequel les chiffres et les formules jouent un rôle de premier ordre. Nous chercherons à l'analyser succinctement la semaine prochaine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 8 AU 13 DÉCEMBRE 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 8 DÉCEMBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Legueu et Mauclaire; — (2e série) : MM. Terrier, Walther et Gosset; — (2e partie) : MM. Dejerine, Teissier et Legry; — M. Rémy, suppléant.

MARDI 9 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Hartmann et Thiéry.

2e, *Salle Pasteur* : MM. Launois, Langlois et Desgrez.

3e (oral, 1re partie) : MM. Budin, de Lapersonne et Faure; — M. Rémy, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Marion et Auvray; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Achard et Renon; — (2e série) : MM. Raymond, Méry et Jeanselme; — M. Gouget, suppléant.

MERCREDI 10 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Gaucher et Roger.

2e (chirurgien-dentiste) : MM. Dejerine, Walther et Desgrez.

2e, *Salle Pasteur* : MM. Gariel, Rémy et Gley.

3e (oral, 1re partie), *Salle Béclard* : MM. Pinard, Kirmisson et Broca (Aug.).

4e, *Salle Richet* : MM. Pouchet, Wurtz et Teissier; — M. Cunéo, suppléant.

JEUDI 11 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Méry et Gouget.

2e (chirurgien-dentiste) : MM. de Lapersonne, Chassevant et Renon.

3e (oral, 1re partie) : MM. Le Dentu, Auvray et Potocki; — (2e partie), *Salle Richet* : MM. Gilbert, Thiroloix et Dupré.

4e, *Salle Thouret* : MM. Proust, Thoinot et Vaquez; — M. Rémy, suppléant.

VENDREDI 12 DÉCEMBRE, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Walther et Mauclaire; — (2e série) : MM. Kirmisson, Broca et Legueu; — M. Rémy, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Cunéo, suppléant.

SAMEDI 13 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Berger, Hartmann et Thiéry.

3e (oral, 1re partie), *Salle Broussais* : MM. de Lapersonne, Marion et Potocki; — (2e partie), *Salle Richet* : MM. Hutinel, Méry et Renon; — M. Rémy, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Thiroloix et Dupré; — (2e série) : MM. Gilbert, Gouget et Jeanselme; — M. Guiart, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Richaud, suppléant.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur d'Heilly, ancien médecin des hôpitaux de Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

LE MERCREDI 24 DÉCEMBRE 1902

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, nº 3, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *appareils et instruments de chirurgie en gomme, caoutchouc, verre, etc.*, nécessaires au service des divers établissements de l'administration pendant les années 1903, 1904 et 1905.

1er lot.	*Instrumts en gomme et caoutchouc.*	22500 fr.
2e —	*Id. Id.*	22500
3e —	*Articles de caoutchouc.*	23200
4e —	*Thermomètres*	59000
5e —	*Articles divers (irrigateurs, etc.).*	12900

(avant rabais et par année).

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au bureau des marchés de cette Administration, avenue Victoria, nº 3, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

LE MERCREDI 24 DÉCEMBRE 1902

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, nº 3, à l'adjudication, en 2 lots et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *bandages, pessaires, bas élastiques, etc.*, nécessaires au service de cette Administration pendant les années 1903, 1904 et 1905.

L'importance du marché est évaluée avant rabais à 82000 francs pour chaque lot, par année.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de ladite administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 137 — JEUDI 4 DÉCEMBRE 1902. 75e ANNÉE JEUDI 4 DÉCEMBRE 1902. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

HOTEL-DIEU DE LYON. — Professeur A. PONCET.

NEURO-FIBROMATOSE GÉNÉRALISÉE

AVEC ÉNORME TUMEUR ROYALE, DU POIDS DE 5k600, ET 602 TUMEURS SATELLITES BEAUCOUP PLUS PETITES

Par Paul PIOLLET, ex-interne des hôpitaux de Lyon.

Depuis que Recklinghausen, en 1882, a isolé le syndrome : « tumeurs multiples de la peau et des nerfs, pigmentation cutanée, dystrophie générale, » et que Landowski et Feindel ont fait connaître en France cette curieuse maladie, le nombre des cas publiés est devenu considérable. Plusieurs malades de ce genre ont été, dans ces dernières années, présentés à la Société des sciences médicales de Lyon, et dans les *Archives* de la Clinique de M. Poncet, figurent plusieurs observations des plus typiques.

On a pu observer des formes complètes, d'autres plus ou moins frustes, ne se rattachant à la maladie de Recklinghausen que par quelques-uns de leurs symptômes. Récemment, Pierre Marie et Couvelaire, Hanshalter (de Nancy) ont ajouté, à ce syndrome, des déformations osseuses notables et assez spéciales.

Aussi, ne saurait-on faire œuvre originale en relatant un cas de neuro-fibromatose. Cependant, en raison des quelques particularités qu'elle présente, l'observation suivante n'est pas sans intérêt. Notre maître, M. le professeur A. Poncet, nous a engagé à la publier, tant au point de vue médical, à cause de l'aspect typique de la malade, dont les photographies valent une démonstration, et de certaines malformations bizarres de la mâchoire et des extrémités, qu'au point de vue chirurgical, en raison de la terminaison fatale d'une intervention, qui apparaissait comme devant être bénigne.

Marie X..., trente-huit ans, de V..., petit village du Rhône, entre le 12 juin 1902 à la Clinique du professeur Poncet, où elle est envoyée par son médecin, le docteur Mouliade, de Néronde (Loire).

Cette femme, peu intelligente, ne peut nous renseigner qu'imparfaitement sur ses antécédents héréditaires. Son père est mort à la suite d'une chute d'un arbre élevé. Sa mère, vivante et bien portante, a eu six enfants du premier lit, dont notre malade, et deux d'un second lit. Une fille du premier lit est morte en bas âge ; les autres sont vivants, se portent bien, et la malade ne croit pas qu'aucun d'eux ait eu des tumeurs analogues à la sienne.

Un de ses frères, cependant, a été opéré, il y a quelques années, d'une grosseur qu'il avait au front. Nous n'avons pu savoir ce dont il s'agissait exactement, le malade n'ayant pas séjourné à l'Hôtel-Dieu.

Elle-même a toujours joui d'une excellente santé. A l'âge de quatorze ans, elle eut une brûlure étendue vers la ceinture. Ses vêtements avaient pris feu pendant qu'elle préparait le diner, et on ne put éteindre les flammes immédiatement. La brûlure guérit en deux mois environ.

Réglée à seize ans, elle l'a toujours été régulièrement; elle n'est pas mariée, et n'a jamais eu de grossesse.

S'observant peu, cette malade ne peut dire quand sont apparues les tumeurs et les taches pigmentaires qu'elle porte. Au point de vue de la pigmentation, elle croit avoir toujours été ainsi. « Quant aux petites tumeurs, elle ne sait pas... elle croit, cependant, qu'à onze ans (au moment de sa première communion), elle n'avait rien de cela. » Elle a remarqué la grosse tumeur de la fesse depuis un an et demi seulement. A ce moment cette tumeur était aplatie, pendante, et grosse comme deux poings, au moins. Depuis lors, elle a augmenté peu à peu, elle est devenue gênante par son volume : c'est ce qui a décidé cette femme à en demander l'ablation.

C'est une grande et robuste paysanne. Elle n'a pas remarqué de diminution dans sa force physique. Au point de vue intellectuel, elle est peu développée ; elle ne sait pas écrire et lit à peine ; d'ailleurs, elle n'est presque pas allée à l'école.

Depuis longtemps, elle craint beaucoup le froid, et a, presque chaque hiver, des engelures, aux mains surtout, et aussi aux pieds et au nez.

Au premier examen de cette femme, on est frappé par son facies fruste, avec un prognathisme accentué, qui éveille aussitôt l'idée du facies acromégalique. Le maxillaire inférieur est gros, il avance notablement, l'arcade dentaire inférieure dépassant de 1 centimètre la supérieure (fig. 1). Le nez est gros, rouge, un peu induré.

Les mains et les pieds sont également très volumineux ; les doigts sont courts, boudinés (fig. 2), rouges. La transpiration y est très abondante, on voit constamment perler les gouttes de sueur.

La malade attire aussitôt l'attention sur l'énorme tumeur insérée à la fesse droite. Cette masse, que les photographies dépeignent mieux que toute description, tombe jusqu'au creux poplité. Son pédicule est très large, occupant

toute la fosse iliaque externe. Elle est mollasse, tremblottante. On sent, à son intérieur, comme de gros cordons irréguliers, plongés dans une masse gélatineuse. La peau qui la recouvre est rugueuse, pigmentée en brun. Les limites de la tumeur ne sont pas nettes; elle se continue dans le tissu cellulaire périphérique (fig. 3 et 4).

Fig. 1. — Marie X... — *Tumeurs multiples. Tumeur royale de la fesse droite.* (Vue de profil.)

A part cette tumeur principale, on en voit une multitude d'autres, disséminées sur tout le corps, répondant à deux types : 1° tumeurs sous-cutanées, mollasses, de consistance lipomateuse, sessiles, de volume variant d'une mandarine à un pois : c'est le plus grand nombre; 2° tumeurs cutanées, répondant véritablement au type *molluscum pendulum*, plus petites, pédiculées, semblant constituées uniquement par de la peau accolée à elle-même. Beaucoup de ces tumeurs se voient nettement sur les diverses photographies. M. Chalier, externe de service, a eu la patience d'en faire le dénombrement, que nous reproduisons ici :

I. Classification d'ensemble des tumeurs suivant leurs dimensions :

1° Tumeur majeure (fesse droite)	1
2° Grosses tumeurs (volume supérieur à celui d'une noix)	2
3° Moyennes tumeurs (volume variant de celui d'un gros pois à celui d'une noix)	22
4° Petites tumeurs (volume variant de celui d'un grain de chènevis à celui d'un gros pois)	577
Total	602

II. Répartition topographique des tumeurs :

Tête et cou.

Front		30 P. T.
Région parotidienne droite		25 P. T.
Région parotidienne gauche		20 P. T.
Lèvre inférieure		1 M. T.
Menton et lèvres		35 P. T.
Régions sus-hyoïdiennes méd. et latér.		20 P. T.
Région sous-hyoïdienne		18 P. T.
Région latérale du cou	à droite	37 P. T.
	à gauche	15 P. T.
Nuque		18 P. T.

Tronc.

Dos	79 P. T.
	2 M. T.
Régions lombo-fessières	1 T. royale.
	7 M. T.
	40 P. T.
Poitrine et abdomen	1 G. T.
	5 M. T.
	48 P. T.

Membres supérieurs.

Membre supérieur droit	Bras	22 P. T.
	Coude	30 P. T.
	Avant-bras	11 P. T.
	Main	2 M. T.
Membre supérieur gauche	Bras	1 M. T.
	Coude	1 G. T.
		11 P. T.
	Avant-bras	2 M. T.
		4 P. T.

Membres inférieurs.

Membre inférieur droit	Cuisse	8 P. T.
	Genou	57 P. T.
	Jambe	12 P. T.
	Pied (plante)	1 P. T.
Membre inférieur gauche	Cuisse	2 M. T.
		26 P. T.
	Jambe	9 P. T.
	Pied (2e orteil)	1 P. T.

En plus de ces néoplasmes cutanés et sous-cutanés, il faut signaler, au niveau de l'aine droite, une grosse masse plus profonde, irrégulière, se continuant en dehors avec la tumeur majeure, et paraissant développée aux dépens du nerf crural. Sur aucun autre tronc nerveux nous n'avons pu déceler, au palper, de nodosités ni de tumeurs vraies.

On note de plus, des varices de tout le membre inférieur droit. D'énormes veines sous-cutanées, variqueuses et flexueuses, se dirigent entre autres vers la tumeur royale; tout autour de cette tumeur existent de même de grosses veines.

En second lieu, nous notons une *pigmentation* très irrégulière, formée par des taches brunes, en semis ou en plaques. D'une façon générale, cette pigmentation est bien plus foncée sur la moitié supérieure du corps. On note des plaques pigmentaires, de l'étendue de la paume de la main : au ventre, sur une grosse tumeur; dans le tiers supérieur du dos, à gauche de la ligne médiane; sur la face externe du haut de la cuisse droite. Il existe d'autres taches de 2 ou 3 centimètres carrés, sur quelques tumeurs moyennes ; partout ailleurs, nous trouvons un semis de petites taches, grosses comme une tête d'épingle, semis très serré sur tout le thorax et le ventre, sur le haut du dos et les épaules; peu serré sur la face, le bas du dos et la fesse gauche; enfin il n'y a que quelques rares points pigmentés sur les avant-bras et les

membres inférieurs. Toutes ces taches brunâtres se disposent sans ordre tantôt sur les tumeurs, tantôt sur la peau saine. Elles n'ont pas de disposition métamérique.

Signalons de plus la large cicatrice blanche, due à la brûlure ancienne, qu'on trouve au niveau de la ceinture. Elle tranche nettement sur les tissus voisins; elle porte elle-même quelques petites taches pigmentées.

L'examen, en dehors de ces points, est négatif. Il n'y a aucun trouble de la motilité; les réflexes cutanés et tendineux sont partout normaux; la sensibilité à la piqûre, à la chaleur et au froid est normale dans toute la surface cutanée. Les seuls troubles à signaler sont les troubles trophiques des extrémités: gonflement dur et hyperhydrose.



Fig. 2. — Marie X... — *Doigts courts, boudinés.*

Tous les organes splanchniques sont en bon état. Rien dans les urines.

La malade fut gardée quelques jours en observation. C'est alors que furent faites les photographies que nous reproduisons ici. Les précautions pré-opératoires d'usage, bains répétés, purgation, ayant été dûment prises, la malade fut opérée de son énorme tumeur fessière, par M. X. Delore, assistant de M. Poncet.



Fig. 3. — Marie X... — *Tumeur royale de la fesse droite.* (Vue par la face postérieure.)

Le 18 juin 1902, après anesthésie à l'éther, on pratique de nouveau une toilette minutieuse de la tumeur et de tous ses environs; puis le membre inférieur droit, et le néoplasme, ayant été enveloppés dans des serviettes stérilisées, M. Delore pratique tout le tour de la surface d'implantation, une incision circulaire de la peau.

On dissèque ainsi une sorte de manchette cutanée, destinée à recouvrir l'énorme surface cruentée qui comprendra toute la fesse droite, puis on commence l'ablation de la tumeur; celle-ci diffusant dans tous les tissus voisins, il ne pouvait être question d'en dépasser les limites, et l'on dut alors tailler en plein tissu néoplasique. Aussitôt on commença à ouvrir une série de veines énormes, grosses comme le pouce, et malgré l'application immédiate de pinces hémostatiques, une abondante hémorragie ne put être évitée. Le gros de la masse fut alors rapidement réséqué, pour débarrasser le champ opératoire. On put alors, après une hémostase relative, faire une ablation assez complète des parties restantes, et arriver presque partout jusqu'à l'aponévrose fessière. L'hémostase définitive fut pratiquée alors, elle nécessita de nombreuses ligatures au catgut, et l'on se trouva en présence d'une surface sanglante s'étendant de la crête iliaque au voisinage de l'ischion, et de l'épine iliaque antérieure à l'articulation sacro-coxale; condition défavorable, cette surface était constituée en par-



Fig. 4. — Marie X... — *Tumeur royale de la fesse droite, soulevée, indépendante de la cuisse du même côté.*

tie par des restes de tissu néoplasique. Aussi un large drainage fut-il institué ; par une petite incision faite au point déclive, vers le pli fessier, furent passés deux drains de caoutchouc gros comme l'index, qui allèrent sortir par les deux extrémités de la ligne des sutures. Celles-ci une fois exécutées, on avait une plaie longue de 25 centimètres environ, courant parallèlement à la crête iliaque, à trois ou quatre travers de doigt au-dessous d'elle.

La malade est rapportée à son lit, on lui injecte 500 grammes de serum artificiel. Le soir 39° 4, suintement très abondant ; le pansement est renforcé. Les deux jours suivants, la température baisse à 37° 9, l'état général est bon. Un suintement sero-sanguin très abondant nécessite plusieurs fois le changement des pièces du pansement, celui-ci est, d'autre part, fréquemment souillé par l'urine.

Le 21 juin, 39°5 le soir ; le pansement est renouvelé ; la plaie a bonne apparence ; les drains, bouchés par des caillots sanguins, sont enlevés, nettoyés et remis. Le 22, 38 degrés le matin, 38°1 le soir.

Le 23 juin, 38°8 le matin, pansement ; douleur dans toute la fesse droite ; le suintement, toujours très abondant, est séro-purulent : on désunit les lèvres de la moitié postérieure de la plaie ; les tissus ont une apparence mortifiée ; ils sont violacés, ne saignent pas. Pansement à plat. Le lendemain, légère amélioration ; 38°2 le matin, 39 degrés le soir. Le 25 juin, 38°4 le matin, 39°9 le soir. Le 26, 38°4 le matin ; on désunit complètement la plaie et panse à plat ; pas de pus, mais tissus de mauvaise apparence ; le soir 39°2.

A partir de ce moment l'état général devient mauvais : soif vive, subdélirium nocturne, facies plombé, pouls petit et rapide. Le 27 juin, la température monte à 40°4 le soir ; le 28 juin, 40°8 le matin, 41°5 le soir ; les pansements sont faits tous les jours, avec lavages avec l'eau oxygénée, avec la solution phéniquée à 25 p. 100 ; ce même jour, on pratique deux injections sous-cutanées de 1 gramme de térébenthine, pour obtenir un abcès de fixation : pas de réaction. Cependant la température tombe un peu le 29 : 40°3 le matin, 40 degrés le soir ; mais l'état général devient de plus en plus mauvais, la température remonte, le 30 juin, à 40°9 matin et soir, et la malade meurt à deux heures du matin, le 1er juillet.

L'autopsie ne put être faite, la famille y ayant fait opposition.

La tumeur enlevée formait une énorme masse tremblotante, comme gélatineuse, du poids de 5k600 grammes.

A la palpation, on sent, au milieu d'un tissu mou, des nodules plus durs, irrégulièrement disséminés dans toute l'étendue de la tumeur. Les coupes, faites dans divers sens, sont en tout point semblables les unes aux autres : elles montrent, sous une peau épaisse, œdématiée, un tissu blanchâtre, laissant écouler une abondante sérosité rosée.

La masse est formée principalement par un tissu qui a toutes les apparences macroscopiques du tissu conjonctif infiltré de sérosité. Dans l'épaisseur de ce tissu, courent des cordons blancs, plus durs, criant sous le scalpel. Ces cordons fibroïdes sont très irréguliers, et la coupe les sectionne suivant les sens les plus divers ; ils paraissent plongés dans le tissu mou de la tumeur, et forment, en se pelotonnant, les nodules durs qu'on sentait à l'examen clinique.

La section opératoire, plus large qu'une assiette, a porté en plein tissu néoplasique.

M. L. Dor, chef du Laboratoire de la clinique chirurgicale, nous a, d'autre part, donné les détails anatomiques que voici, sur ce néoplasme :

« Des fragments ont été durcis et colorés à l'éosine hématoxylique.

On remarque un aspect tout à fait normal de l'épiderme. Les cellules malpighiennes ne sont pas proliférées, les papilles ont une apparence normale, elles ne sont ni hypertrophiées, ni irrégulières. Immédiatement au-dessous des papilles commencent les altérations : le derme ne se distingue pas du tissu de la tumeur, ni du tissu sous-cutané ; on ne voit plus qu'un tissu conjonctif morcelé, dans lequel fourmillent des cellules embryonnaires, en quantité aussi grande que dans les processus subaigüs les plus intenses. Il n'y a pas de foyers comme dans la suppuration, pas d'abcès miliaires, pas non plus de centres d'attraction comme dans les lésions tuberculeuses, partout une infiltration des cellules, écartant les mailles du derme, dissociant les glandes sudoripares et les fragmentant, entourant toutes les vésicules adipeuses, dans les parties profondes, ne franchissant pas les barrières de l'épithélium ou des vaisseaux, ne constituant pas à elles seules tout le tissu comme dans les sarcomes, et ne formant pas, comme dans les tumeurs, la paroi même des vaisseaux de nouvelle formation, mais s'infiltrant partout où il est possible de s'infiltrer.

Tel est l'aspect de ce tissu qui n'est certainement pas néoplasique, mais qui témoigne d'un processus d'inflammation chronique intense, tel qu'on le trouve dans les maladies suivantes : maladie de Paget, mycosis fongoïde, et autres affections sur la nature desquelles il est difficile de se prononcer.

Nous concluons qu'il s'agit d'une tumeur neuro-fibromateuse en voie de développement, et qui aurait pu augmenter encore considérablement » (L. Dor).

Cette observation rentre incontestablement dans le cadre de la maladie de Recklinghausen, mais dans les formes incomplètes, si fréquentes (Feindel et Oppenheim, Rénon et Dufour, etc.). Le syndrome comprend, en effet, des *tumeurs cutanées*, des *tumeurs des nerfs*, la *pigmentation de la peau*, et enfin une certaine *dystrophie générale*, quelque peu variable dans ses manifestations.

Chez notre malade, les *tumeurs cutanées*, ou plus exactement sous-cutanées, formaient la partie la plus caractéristique de la maladie. Leur nombre considérable : 600, dépasse la plupart des nombres donnés par les auteurs. De plus, la tumeur majeure, la tumeur royale, suivant l'expression du professeur Brissaud, était ici d'un volume réellement insolite. C'est, en effet, plutôt dans les cas de *molluscum pendulum* solitaire, qu'ont été décrites ces énormes tumeurs. Nous avons notamment eu l'occasion d'observer, il y a deux ans, chez une petite fille du service de M. Nové-Josserand, une volumineuse tumeur congénitale de la région lombaire, tombant jusqu'au creux poplité, à laquelle nous ne pûmes nous empêcher de songer en voyant cette dernière malade ; mais dans ce cas la tumeur était unique. Virchow a, cependant, rapporté une observation dans laquelle, parmi de multiples tumeurs, en était une qui, enlevée, pesait 16kg,250 grammes. De même, Feindel a signalé une tumeur diffuse de tout le dos ; Modrjewski (cité par Landowski), une grosse masse comme une tête d'adulte, et Bourcy et Laignel-Lavastine donnent les photographies d'une femme dont la tumeur majeure, insérée au sein droit, pend jusqu'au-dessous de la crête iliaque. Nous n'avons rien à signaler de spécial au sujet des tumeurs elles-mêmes, sessiles et pédiculées, insérées sans ordre, sur et dans la peau, comme dans tous les cas.

Par contre, les *tumeurs des nerfs* manquaient presque complètement. A part la tuméfaction diffuse de l'aine droite, qui pouvait être un névrome plexiforme de la région crurale, ou simplement un prolongement de la tumeur majeure, l'examen le plus soigneux ne nous a permis de déceler aucune de ces nodosités, échelonnées sur les troncs

nerveux, que mentionnent la plupart des auteurs. Malheureusement, nous n'avons pu, par la nécropsie, suppléer à l'insuffisance de l'examen clinique. Il semble néanmoins que ce cas soit plutôt favorable aux idées de P. Marie, qui fait de la maladie de Recklinghausen une fibromatose généralisée, ordonnée, soit autour des nerfs (neuro-fibromatose), soit, aussi fréquemment, autour d'éléments différents, les glandes sébacées notamment. Quant à la théorie de l'insuffisance surrénale de Revilliod, seules des autopsies pourraient lui apporter des documents.

Nous passerons rapidement aussi sur la *pigmentation*, qui ne présentait guère de particularités. Elle était un peu plus foncée peut-être au-dessus qu'au-dessous de la ceinture; mais nous n'avons nullement retrouvé la disposition métamérique signalée plusieurs fois, notamment par Bourcy et Laignel-Lavastine.

En ce qui concerne la *dystrophie* générale, les manifestations en ont été des plus variables. On a signalé l'asymétrie faciale (Bennati, Faivre, Jeanselme et Orillard), les troubles de l'intelligence (Chauffard, Lahman, Leredde et Berthuraud), un certain affaiblissement physique général, qui, depuis Recklinghausen, a été retrouvé par presque tous les observateurs. Enfin, récemment, P. Marie et Couvelaere ont attiré l'attention sur des troubles trophiques osseux, ressemblant à une ostéomalacie localisée, et caractérisés par une cyphose extrême avec déformations thoraciques. Plusieurs auteurs avaient, du reste, noté, en passant, cette friabilité spéciale des os (Jeanselme, Hoisnard).

Dans notre observation, les troubles psychiques sont peu nets. Cette femme était d'une intelligence bornée. A peine cultivée, elle ne paraissait pas, cependant, avoir subi cet affaiblissement mental qu'on a plusieurs fois signalé. Par contre, elle offrait des *troubles trophiques* tout à fait spéciaux. Alors que la sensibilité et les réflexes cutanés étaient normaux, elle présentait, au niveau des extrémités, des déformations curieuses. Ses mains étaient énormes, rouges, violacées, constamment humides de sueur, les pieds avaient aussi une apparence éléphantiasique; enfin la saillie et le volume du maxillaire inférieur lui donnaient bien l'aspect de l'acromégalie. Il semble qu'il y ait là une véritable dystrophie générale du tissu conjonctif et de ses dérivés, causant, par un processus inconnu, en même temps que les tumeurs multiples, des troubles osseux qui parfois s'orientent vers l'ostéomalacie, parfois tendent à l'acromégalie.

Au point de vue thérapeutique, tout le monde est d'accord pour respecter les tumeurs peu volumineuses, et qui ne gênent pas. L'évolution en est ordinairement bénigne, et leur nombre en rendrait l'ablation totale impossible. Il arrive, cependant, que certaines de ces tumeurs prennent une marche rapide, et acquièrent l'allure et la gravité du sarcome dont elles ont alors tous les caractères (Poncet, Franchet). Il est alors nettement indiqué de les enlever le plus tôt possible. Semblable ablation s'impose lorsque la tumeur est gênante, soit par son volume énorme, soit par ses insertions en certaines régions : paupière, grande lèvre, etc.

Leur ablation semble des plus simples, mais elle l'est moins qu'elle ne le paraît. Il faut, en effet, compter avec de grosses veines, dont l'hémostase ne laisse pas que d'être parfois laborieuse, après avoir fourni du sang en abondance. Une telle hémorragie affaiblit l'opéré et le prédispose à des complications septicémiques, dont nous tenons ici à dire un mot. Notre malade n'a-t-elle pas été emportée par des accidents infectieux, à marche aiguë, accidents septicémiques qui ont été également signalés dans d'autres observations semblables? Nous pouvons citer, notamment, le cas de maladie de Recklinghausen, qui a été publié récemment par Trombetta, et où le malade fut emporté par une septicémie aiguë, à la suite de l'ablation de la tumeur majeure, insérée au talon.

Pour M. Poncet, ces accidents sont particulièrement à redouter chez de tels sujets.

L'amputation n'a-t-elle pas lieu, le plus souvent, malgré une large exérèse, en tissus néoplasiques? Or ces tissus, de qualité très inférieure au point de vue plastique, sont un excellent terrain de sphacèle, d'infection, malgré toutes les précautions prises. Ajoutez à ces conditions anatomiques défavorables, le siège de la tumeur la prédisposant à la contamination, et vous aurez l'explication de la non-réunion de la plaie par première intention et du processus septique qui l'envahit. C'est surtout après des opérations de ce genre qu'il importe de faire de la chirurgie à ciel ouvert, de ne pas rechercher une guérison rapide et de panser à plat, avec des chiffons de gaze, stérilisée, très absorbante.

Le drainage, quoique largement et très méthodiquement fait, peut être insuffisant, pour conjurer la rétention septique d'autant plus dangereuse, dans l'espèce, que, suivant la remarque de M. Poncet, de tels sujets s'ensemencent avec la plus grande facilité. Leur résistance générale est également moindre, et lorsque la septicémie éclate, il est la plupart du temps trop tard pour conjurer des accidents mortels.

Il importe donc de maintenir la plaie aseptique par tous les moyens possibles, au premier rang desquels il faut placer les pansements à ciel ouvert.

AUTEURS CITÉS

BENNATI. Un cas de maladie de Recklinghausen, *Riforma medica*, 1901, in *Revue neurol.*, 1902, p. 36. — BOURCY et LAIGNEL-LAVASTINE. Un cas de maladie de Recklinghausen, *Arch. gén. de méd.* 1900, p. 270. — BRISSAUD. *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1898. — FAIVRE. Neuro-fibromatose généralisée. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1897. — FEINDEL. *Sur quatre cas de neuro-fibromatose généralisée*, th. de Paris, 1896-1897. — FEINDEL et OPPENHEIM. Sur les formes incomplètes de la neuro-fibromatose. *Arch. gén. de méd.*, juillet 1898. — FRANCHET. *Tumeurs nerveuses et nævi pigmentaires*, etc., th. de Paris, 1900-01. — HAUSHALTER. Un cas de dermo-neuro fibromatose, etc., XIII[e] congrès de méd., in *Revue neurol.*, 1900, p. 778. — HOISNARD. *Contribution à l'étude de la neuro-fibromatose généralisée*, th. de Paris 1898-99. — JEANSELME. Etude histologique d'un cas de maladie de Recklinghausen, *Soc. de dermatol. et de syphil.*, 10 nov. 1898. — JEANSELME et ORILLARD. Contribution à l'étude des malformations congénitales de la peau et de l'hypoderme, *Revue de chir.*, 1894. — LAHMAN. Die multiplen Fibrome und ihre Beziehung zu den Neuro-fibromen, *Virchow's Archiv.*, t. CI. — LANDOWSKI. *Du syndrome, fibromes de la peau, fibromes des nerfs, pigmentation cutanée*, th. de Paris, 1894. — LEREDDE et BERTHURAUD. La neuro-fibromatose. *Ann. de dermat.*, 1898, t. IX, p. 46. — G. LÉVY et H. OVIZE. La neuro-fibromatose généralisée (maladie de Recklinghausen), Rev. gén., *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1201. — MARIE. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1894-95. — P. MARIE et COUVELAIRE. Neuro-fibromatose généralisée, autopsie, *Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière*, 1900, t. XIII, p. 26. — RÉNON et DUFOUR. Forme anormale de maladie de Recklinghausen. *Revue neurol.*, 1900, p. 517. — RECKLINGHAUSEN. *Ueber die multiplen*

Fibrome der Haut und ihre Beziehung zu der multiplen Neuromen, Berlin, 1882. — REVILLIOD. *Neuro-fibromatose et ses rapports avec l'insuffisance des capsules surrénales*, th. de Genève, 1900, in *Revue neurol.*, 1900, p. 1103. — TROMBETTA. Fibroma molluscum. *Riforma medica*, 1900, in *Revue neurol.*, 1900, p. 420. — VIRCHOW. *Pathologie des tumeurs.*

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(2 DÉCEMBRE 1902)

Plusieurs orateurs sont montés à la tribune. Qu'y ont-ils dit? Il nous serait bien difficile de le répéter, car de la place où nous a parqués l'Académie, on n'entend absolument rien. Grâce à l'obligeance d'amis dévoués que nous comptons parmi les membres, nous avons appris que M. le Président a prononcé l'éloge funèbre de M. Marvaud, que MM. Bureau, Pozzi et Troisier ont lu des rapports de prix et que M. Chantemesse a fait, au nom de M. Décobert, une communication très intéressante sur le **gélo-diagnostic des selles de la fièvre typhoïde**. Cette méthode présenterait sur le séro-diagnostic plusieurs avantages : d'abord la réaction qui la caractérise s'opère à une période moins avancée de la maladie que celle du séro-diagnostic. Ensuite elle se produit dans les selles très longtemps après la maladie, ce qui expliquerait la diffusion de la contagion de la dothiénentérie.

De 126 examens, portant sur 18 malades, M. Décobert tire les conclusions suivantes :

« 1° La méthode du gélo-diagnostic est véritablement clinique, puisqu'elle n'exige que dix-huit à vingt-quatre heures pour donner un résultat;

2° Cette méthode permet de trouver, dans les selles des typhiques, le bacille de la fièvre typhoïde, dans tous les cas où la maladie est bien caractérisée cliniquement et où le séro-diagnostic est positif;

3° Sur deux examens de cas récents, alors que le séro-diagnostic était encore négatif et les symptômes frustes, le gélo-diagnostic permit de retirer des selles le bacille typhique;

4° Cette méthode permet de suivre les éliminations intestinales du bacille typhique; elle montre que, chez certains malades guéris depuis plus d'un mois, le bacille typhique existe encore dans les selles. Ainsi se trouvent expliquées la diffusion de la contagion et l'éclosion en apparence spontanée de bien des cas de fièvre typhoïde;

5° La précocité des constatations fournies par le gélo-diagnostic laisse entrevoir l'époque où existeraient, pour cette recherche, des services municipaux analogues à ceux qui sont utilisés actuellement pour le diagnostic de la diphtérie. Car la puissance et l'efficacité de la sérothérapie de la fièvre typhoïde sont liées, pour une bonne part, à la précocité du diagnostic de la maladie.

M. Pozzi lit un rapport de prix.

M. Lancereaux offre à l'Académie, en son nom et au nom de M. le docteur Paulesco, le premier volume d'un *Traité de médecine*.

A dix heures, l'Académie s'est formée en comité secret. Si nous n'avions craint de manquer aux convenances, nous aurions pu rester à nos places sans commettre d'indiscrétion, car nous n'aurions pas plus entendu ce qui s'est dit en comité secret que ce qui s'est dit en séance publique.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Séro-diagnostic de la morve. — MM. GABRIELIDÈS et REMLINGER ont eu l'occasion de rechercher la réaction agglutinante dans un cas de morve humaine. L'agglutination commençait à se manifester après une demi-heure de contact et était complète au bout de trois quarts d'heure à une heure. Très intense à 1/20, à 1/40 et encore à 1/50, l'agglutination était moins nette à 1/60 et nulle à 1/70. Le sérum des individus sains agglutinait à 1/10. Il n'agglutinait plus à 1/20. Il semble résulter de ces chiffres que le séro-diagnostic est applicable à la morve humaine ou tout au moins à certains cas de morve humaine. Des cobayes inoculés avec un bacille de la morve très virulent meurent avant que la réaction agglutinante n'apparaisse. Celle-ci se manifeste au contraire très nettement chez des animaux qui, inoculés avec des bacilles atténués, meurent plus tardivement. (Soc. de biologie, 18 oct. 1902.) F. R.

Statistique de l'Institut antirabique de Constantinople. — Il résulte de la statistique publiée par le docteur REMLINGER, directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople, que du 15 novembre 1900 au 15 novembre 1901, 572 personnes ont été soumises au traitement antirabique. Les animaux mordeurs ont été : chiens, 552 fois; chats, 14 fois; cheval, 2 fois; loup, 2 fois; chacal, 1 fois; âne, 1 fois. Les animaux ont été reconnus enragés 363 fois et 209 fois ils ont été considérés comme simplement suspects de rage. 7 personnes arrivées tardivement à l'Institut ont contracté la rage au cours du traitement. Toutes celles, au contraire, au nombre de 565, qui ont pu subir le traitement en entier, ont échappé à la rage. Les personnes qui prennent la rage au cours du traitement ne figurent dans la statistique d'aucun Institut antirabique, la proportion des succès obtenus à Constantinople est de 100/100, chiffre qui n'a encore, croyons-nous, jamais été atteint. La mortalité oscille d'ordinaire entre 0,50 et 1 p. 100. La méthode employée a été la méthode de Calmette à la glycérine. Le traitement a été poussé jusqu'à injecter des moelles desséchées pendant deux jours seulement. (*Médecine orientale*, 10 août 1902.) F. R.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Thiroloix, Aviragnet, Sevestre, Letulle, Chaput, Albarran, Guinard, Guillemain, Boissard, Demelin.

Guerre. — M. le médecin-inspecteur Delorme est nommé directeur du service de santé du 18e corps d'armée, à Bordeaux.

La Commission de l'hygiène publique. — La Chambre réunie dans ses bureaux vient de désigner, pour faire partie de la grande Commission de l'hygiène publique, les députés suivants : 1er bureau, MM. Rouby, Villejean, Bichon; 2e, Hugon, Fiquet, Gauvin; 3e, Levraut, Delbet, Bachimont; 4e Gacon, Constans (Allier), Cère; 5e, Clament, Petit, Vigne (Var); 6e, Borne, Vacherie, Loup; 7e Féron, Meslier, Labussière; 8e Dubois, Pourteyron, Delmas; 9e Emile Chautemps, Ermant, Buisson; 10e Chamerlat, Bourgeois (Vendée), Vidal; 11e, Baudon, Debiève, David (Loir-et-Cher).

Legs. — M. Valancourt a légué sa fortune à l'Assistance publique, à charge par elle d'édifier une clinique qui sera affectée à la Faculté de médecine de Paris.

Cours. — *Hôpital Laënnec.* — M. le docteur Pierre Merklen, médecin de l'hôpital Laënnec, commencera le dimanche 7 décembre à dix heures, une série de leçons cliniques sur les maladies du cœur et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— *Hôpital de la Pitié.* — M. Albert Robin reprendra le mercredi 10 décembre, à neuf heures et demie, ses leçons de clinique thérapeutique consacrées à la thérapeutique appliquée avec présentation de malades.

Les leçons auront lieu, à l'amphithéâtre des cours, tous les mercredis à neuf heures et demie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 138. — SAMEDI 6 DÉCEMBRE 1902. 75e ANNÉE SAMEDI 6 DÉCEMBRE 1902 — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

La tuberculose primitive des ganglions mésentériques.

Par le docteur G. CARRIÈRE,
Agrégé, chargé du cours de clinique médicale infantile
à l'Université de Lille.

Certes la question dont nous abordons l'étude n'est pas des plus nouvelles. Elle porte en elle-même un certain cachet d'antiquité capable de faire dire à quelques esprits superficiels qu'il n'est point utile de soulever ces cendres, que le « carreau » n'existe plus, qu'il n'est pas nécessaire d'en reprendre l'étude. Ce n'est point mon avis.

Sans doute le carreau a été pendant longtemps une sorte de *caput mortuum* où l'on entassait toutes les notions obscures qu'on possédait sur les « gros ventres » ; c'était un terme commode pour désigner tous ces « gros ventres » dont on ne connaissait pas la cause.

Aujourd'hui la lumière semble faite et il me paraît intéressant d'examiner sous sa clarté ce qu'il reste du carreau.

Baumès le premier, en 1788, avait décrit sous ce nom la tuberculose des ganglions mésentériques. Malheureusement il appliquait ce terme au gros ventre rachitique, à celui des dyspeptiques, à celui des sujets atteints de péritonite chronique.

Les renseignements anatomo-pathologiques eux-mêmes, puisés au cours des autopsies, étaient des plus baroques et on ne fixait point le caractère anatomique de l'affection qui nous occupe.

Ball en 1775 avait cependant, avant Baumès, décrit le « tabes mésentérique » qui semble n'être en somme que la tuberculose des ganglions mésentériques.

Segnitz, en 1792, rapporte plusieurs observations de cette maladie confondues avec des cas d'athrepsie dans une étude sur « l'atrophie infantile ».

Cette confusion persiste pour ainsi dire jusqu'à nos jours. C'est ainsi que Brice, Blomme, Bonhomme, Pré, Thomas, Dürr, Weidinger, décrivent l'atrophie mésentérique ; Denéchaud, Lasserre, l'entéro-mésentérite des enfants ; Minoprio, Raedler, Bailey, Bastiboni, Fletcher, Johnson, Martin, Mitchell, Tatum, Vallidor, le tabes mésentérique.

C'est ainsi que Blomme étudie la scrofule mésentérique, Berends, la phtisie mésentérique.

Enfin quelques auteurs tels que Doubre, Girod, Hignard, Le Bailly, Lebourlier, Roy, Vignols, Voisard décrivaient le carreau.

Il faut arriver jusqu'aux articles des dictionnaires pour voir étudier avec plus de méthode l'affection qui nous occupe. Guersant, cependant, en 1834, dans l'article CARREAU du *Dictionnaire en 30 volumes*, reste encore dans les errements de ses devanciers. Nous le voyons décrire le carreau proprement dit, qu'il appelle indolent à côté du carreau qu'il nomme inflammatoire et qui me semble un mélange de tuberculose des ganglions mésentériques, du péritoine, voire même de l'intestin.

Besnier, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, est un peu plus précis ; cependant il décrit encore sous ce terme la tuberculose, la syphilis et le cancer des ganglions mésentériques.

Bien plus nettes sont les descriptions que nous trouvons du carreau dans le *Traité des maladies des enfants*, de Barthez et Sanné, et dans celui de Grancher-Comby. Et cependant combien ce chapitre y est écourté ! Depuis cette époque nous ne trouvons dans la littérature médicale que des documents épars, les observations de Brasch, de Peterson, de Massart et de Schwartz.

En 1901 j'ai publié une leçon sur ce sujet et mon élève Hémery a sous mon inspiration, dans sa thèse, réuni les documents épars et fait de cette question une étude d'ensemble.

I

Définition. — Le carreau, nous l'avons vu, c'est, au sens propre du mot, la tuberculose des ganglions mésentériques.

Celle-ci peut être primitive ou secondaire.

La tuberculose secondaire des ganglions mésentériques est fréquente chez l'enfant. Si je compulse les résultats de mes autopsies, toutes pratiquées d'une façon minutieuse, j'apprends que j'ai trouvé cette tuberculose secondaire des ganglions mésentériques dans 30 p. 100 des cas.

Dans 30 p. 100 des cas elle était consécutive à la tuberculose pulmonaire ;

Dans 40 p. 100 des cas à la péritonite tuberculeuse ;

Dans 20 p. 100 des cas à l'entérite tuberculeuse ;

Dans 5 p. 100 des cas à des lésions tuberculeuses des ganglions ;

Dans 5 p. des cas à des tuberculoses ostéo-articulaires.

La tuberculose primitive des ganglions mésentériques est au contraire fort rare. Dans mes autopsies je n'en ai trouvé que 2 cas sur 200.

Cliniquement cette rareté est aussi grande. Sur 2 000 malades examinés, je ne l'ai manifestement constatée que dans 0,90 p. 100 des cas.

C'est la tuberculose primitive des ganglions mésentériques seule que je désire étudier dans cette Revue.

II

Étiologie. — La tuberculose des ganglions mésentériques comme toutes les tuberculoses, est due à la fixation et à la pullulation du bacille de Koch dans le parenchyme ganglionnaire.

Le bacille de Koch peut y parvenir par la voie sanguine, par propagation directe d'un foyer voisin, ou par l'intestin.

a. *Par voie sanguine.* — Voici un enfant qui présente un foyer tuberculeux osseux, articulaire, ganglionnaire, cutané, ou viscéral. Ce foyer s'ouvre dans un vaisseau, les bacilles sont lancés dans le torrent circulatoire et s'arrêteront en différents organes, dans les ganglions mésentériques comme ailleurs. Il se produit une tuberculose miliaire aiguë, mais ce n'est point la tuberculose primitive des ganglions mésentériques.

Il est possible d'admettre que, dans certains cas, les bacilles peuvent pénétrer directement, par effraction, de l'air intérieur dans un vaisseau et qu'entraînés ainsi dans le sang ils viennent se cantonner dans les ganglions mésentériques seuls. C'est possible, mais ce doit être exceptionnel!

b. *Propagation directe d'un foyer voisin.* — Un foyer tuberculeux péritonéal, rénal ou périrénal, osseux, vertébral, un abcès par congestion peuvent par propagation directe ou par voie lymphatique envahir les ganglions mésentériques.

Ici encore ce n'est point de la tuberculose primitive de ces ganglions.

c. *Propagation par voie digestive.* — Ce doit être le mode habituel : voici un enfant atteint de tuberculose pulmonaire ; il déglutit ses crachats farcis de bacilles. Ceux-ci, entraînés dans l'intestin, pourront franchir la barrière qui leur est opposée par la paroi, ils s'en iront vers les ganglions qu'ils tuberculiseront. Nous n'aurons point encore affaire en ce cas à la tuberculose primitive.

J'avais pensé, il y a quelques années, que le carreau pouvait se rencontrer chez des enfants ayant eu antérieurement des localisations bacillaires du poumon ou d'ailleurs, guéries au moment de l'apparition des lésions des ganglions mésentériques.

Or l'étude attentive du passé pathologique de mes petits malades, l'examen très minutieux de leur organisme ne m'a jamais rien révélé qui me permît d'asseoir cette hypothèse sur des données sérieuses. Dans un cas seulement et tout récemment observé, j'ai trouvé une tuberculose fibreuse ancienne du poumon, une tuberculose crétacée des ganglions trachéo-bronchiques et une tuberculose des ganglions mésentériques en pleine activité.

Comment le bacille de Koch parvient-il dans l'intestin?

Il vit, nous le savons, presque comme un hôte habituel dans notre cavité nasale et buccale. Il peut donc être dégluti.

Il peut venir des aliments. Chez l'enfant le lait est le principal aliment. Or le lait renferme des bacilles quand la vache dont il provient est atteinte de mammite tuberculeuse, et même sans lésion des mamelles comme le veulent Bang, Ernet, Hirschberger, Koubanoff. Tous les produits du lait, le beurre, le fromage, sont aussi dangereux et nocifs.

La viande des animaux tuberculeux peut être tout aussi dangereuse, mais c'est exceptionnel.

Sans doute on discute même encore de nos jours pour savoir si la tuberculose bovine est transmissible à l'homme. Peu nous importe au fond ! Le lait, la viande, nos aliments sont bien plus souvent souillés par des bacilles provenant des poussières répandues dans l'atmosphère et qui ne sont que les résidus impalpables de crachats desséchés.

Voici un enfant qui habite une chambre dans laquelle vit avec lui un père, une mère ou un frère tuberculeux. Ces derniers crachent ou, dans les efforts de toux, rejettent de très fines particules bacillifères. Crachat ou salive desséchés se résoudront en poussières qui se déposeront sur le lait, les aliments et les boissons de l'enfant. Elles se déposeront à terre et l'enfant qui se traîne en chargera ses doigts qu'à chaque instant il portera à ses lèvres.

Ces notions sont si exactes que, quand on fouille l'histoire des petits malades on retrouve presque constamment cette cohabitation avec un parent suspect ou atteint de tuberculose.

Une fois le bacille dans l'estomac que va-t-il devenir? La salive, j'ai pu m'en convaincre, est incapable de le détruire. Le suc gastrique, quoi qu'en disent Hirschberger et Bollinger, n'est pas apte non plus à tuer le bacille de Koch. *In vivo et in vitro* j'ai pu m'en convaincre expérimentalement (1).

Arrivé dans l'intestin le bacille peut léser la paroi, l'ulcérer. De ces ulcérations partiront des cordons de lymphangites tuberculeuses qui gagneront les ganglions. Ici encore c'est de la tuberculose secondaire des ganglions mésentériques.

Dans d'autres cas le bacille pourra traverser la muqueuse intestinale sans la léser, il suivra de même les chylifères, arrivera aux ganglions qu'il tuberculisera : ici nous sommes bien en présence de tuberculose primitive des ganglions mésentériques.

Ce passage du bacille à travers la muqueuse saine a été vu par Dolsoklonsky et Tchistowitch, par moi-même.

Quand le bacille est arrivé dans le ganglion tout n'est pas fini, au contraire ! La lutte va commencer. Entouré de leucocytes il sera vaincu ou il vaincra. Il vaincra surtout lorsque le terrain est préparé de par l'hérédité, la scrofule, la misère, le vice, l'alcoolisme, la convalescence des pyrexies aiguës : rougeole, coqueluche, typhoïde.

Un traumatisme peut amener, semble-t-il, sa fixation et la pullulation du bacille dans les ganglions. L'observation de Sauvage en fait foi.

III

Anatomie pathologique. — Lorsque le bacille de Koch est arrivé et fixé dans le ganglion la défense s'organise. Il se produit un afflux leucocytaire. Ces « gendarmes » de l'organisme vont appréhender au corps l'envahisseur. Celui-ci, bien qu'absorbé par le leucocyte, ne sera pas encore vaincu. Grâce à la coque cireuse et graisseuse dont il est entouré, il résistera à la digestion intra-cellulaire. Il continuera à vivre, produira des toxines capables de tuer le leucocyte. Mort, celui-ci pourra être absorbé par un autre leucocyte qui aura le même sort, jusqu'à constitution d'une de ces volumineuses cellules qu'on appelle « cellule géante ».

---

(1) Soc. de biol., 1901.

Pour d'autres auteurs, pour Ziegler en particulier, la cellule géante serait due, non à la fusion des leucocytes, mais à la prolifération hypertrophique des cellules fixes des tissus.

Autour de la cellule géante s'infiltrent les leucocytes et les cellules fixes du ganglion hyperplasiées et nous y découvrons des cellules épithélioïdes, des cellules embryonnaires avec figures mitosiques, des mononucléaires, des plasmazellen et de rares Mastzellen.

A ce moment, le ganglion n'est pas considérablement augmenté de volume, quoique plus gros qu'à l'état normal. Il est rosé et si, on le coupe, on constate une hyperémie diffuse avec quelques follicules miliaires translucides ou grisâtres.

Mais la lésion va évoluer. Dans quelques cas la barrière formée par les leucocytes et la prolifération des cellules fixes empêche l'extension du processus, elle se sclérose. De la couronne fibreuse partent des tractus de sclérose qui envahissent le follicule. Celui-ci est transformé en follicule fibreux. Des concrétions osseuses ou calcaires peuvent l'infiltrer et nous avons le tubercule crétacé qu'on rencontre parfois dans les autopsies de sujets morts de tout autre affection que la tuberculose des ganglions mésentériques.

En ce cas les ganglions peuvent être très volumineux (noix, œuf, orange). Ils s'unissent les uns aux autres par périadénite adhésive et forment ainsi une tumeur mamelonnée, bosselée et irrégulière. Elle peut adhérer aux organes voisins (vaisseaux, nerfs, os, intestin). A la coupe on éprouve une certaine résistance, le tissu crie sous le scalpel. Le parenchyme est parcouru par des bandes de sclérose, blanches ou nacrées, laissant parfois dans leurs mailles des îlots hyperémiés, caséeux ou crétacés, qui résistent au couteau.

Au lieu d'évoluer ainsi vers la guérison, la tuberculose primitive des ganglions mésentériques peut marcher vers la caséification. Les cellules géantes se nécrosent, les noyaux perdent leur aptitude à se teindre, la chromatine disparaît, le protoplasma devient flou, granuleux. Le processus envahit les cellules voisines et nous avons alors un nodule caséifié, limité par une barrière embryonnaire. A la coupe on trouve dans le parenchyme des îlots blancs ou grisâtres.

A la pression le contenu fait irruption sous forme de matière analogue à du fromage blanc ou du mastic. Le ganglion tout entier peut être transformé en matière caséeuse, il n'en reste qu'une coque fibreuse plus ou moins épaisse.

Les ganglions voisins qui ont subi cette même dégénérescence peuvent se fusionner, former une unique masse caséeuse, entourée de tissu fibreux.

Ces îlots sont de volume variable de celui d'un grain de mil à celui d'une noix. Généralement ils sont entourés d'une barrière fibreuse, quelquefois crétacée.

Ainsi ramolli le nodule tuberculeux peut s'ouvrir à l'extérieur. On le voit déverser son contenu dans le péritoine, produisant parfois une péritonite tuberculeuse rapidement mortelle; ou bien perforer un vaisseau déterminant alors une généralisation tuberculeuse. On les a vus encore s'ouvrir dans le tube digestif, faire communiquer une anse intestinale et sa voisine, une anse et un vaisseau, une anse et la peau.

Sans aller jusqu'à la perforation, la tuberculose des ganglions mésentériques peut s'étendre, par propagation directe ou en suivant les voies lymphatiques, et frapper de la sorte le péritoine, les vaisseaux ou l'intestin.

Le follicule tuberculeux peut encore subir l'infiltration ou la dégénérescence amyloïde, mais c'est une éventualité plus rare.

IV

Étude clinique. — La tuberculose primitive des ganglions mésentériques frappe de préférence les enfants de trois à dix ans. Les garçons m'ont semblé plus fréquemment atteints que les filles.

L'enfant qui en est atteint est ordinairement un prédisposé. Son hérédité est plus ou moins chargée. Il a eu parfois antérieurement des manifestations bacillaires (glandes, abcès froids, tumeurs blanches ou ostéites). Le plus souvent il n'a rien eu qui nous permette de penser qu'il est entaché de tuberculose. Nous ne pouvons nier cependant qu'on observe chez ces malades des stigmates de scrofule (blépharite ciliaire, eczéma rétro-auriculaire). Le début de l'affection est généralement insidieux.

D'habitude, l'enfant se plaint de *douleurs abdominales*, rarement aiguës, continues ou paroxystiques. Ce sont d'ordinaire des sensations de pesanteur, de tension ayant leur maximum au voisinage de l'ombilic et n'irradiant qu'exceptionnellement.

Bientôt après le *ventre gonfle*. C'est là le second symptôme sur lequel on fixe votre attention. Ce gonflement est généralisé et lentement progressif.

Bien souvent aussi ce ne sont pas ces symptômes déjà bien nets qui attirent notre attention. La majeure partie des enfants qui m'ont été amenés atteints de cette affection venaient parce que les parents ou l'entourage avaient noté des *troubles généraux de la nutrition*. L'enfant maigrissait, perdait l'appétit et les forces, suait la nuit, sans qu'on pût savoir la cause de ces perturbations.

Enfin, dans certains cas, ce seront les *signes de compression* ou des troubles digestifs qui ouvriront la scène et l'on nous amènera l'enfant.

Quoi qu'il en soit, ce ne sera qu'après un examen attentif que nous pourrons mettre le doigt sur la cause du mal.

Il est bien évident que la tuberculose primitive des ganglions mésentériques doit rester à peu près latente tant qu'elle ne donne pas lieu à une augmentation notable du volume des ganglions. Jusqu'à ce moment rien ne peut faire affirmer la lésion qui débute.

L'habitus extérieur est celui du candidat à la tuberculose. J'ai presque constamment observé, chez mes petits malades, que le rapport H/M était au-dessous de la normale; que le périmètre thoracique était inférieur à la demi-taille.

Lorsque l'adénopathie existe, le tableau clinique est alors différent. Le ventre est rarement rétracté, ordinairement gonflé. Le plus souvent mou et facilement dépressible il peut être parfois dur, tendu, et présenter la défense musculaire. La paroi est normale. Dans quelques cas publiés et dans deux cas que j'ai observés, elle était sillonnée par une circulation collatérale sus-ombilicale.

Jamais je n'ai constaté que l'admomen fût très volumineux. L'erreur du vulgaire qni nomme carreau tous les gros ventres est donc absolument complète.

Si nous palpons le ventre, nous sentons la tumeur ganglionnaire. Pour que celle-ci soit perceptible il faut que les ganglions soient déjà gros comme des prunes ou qu'ils soient déjà adhérents les uns aux autres. La palpation est parfois difficile, si l'abdomen est douloureux, ou s'il y a défense musculaire, ou si la paroi rétractée est tendue.

Marfan prétend n'avoir jamais senti les tumeurs ganglionnaires. Je ne suis pas de son avis, j'ai pu les sentir et les faire sentir à mes élèves dans mon service chez bien des

sujets, et récemment encore nous pûmes nous convaincre à l'autopsie que les renseignements fournis par la palpation correspondaient bien à la réalité. Dans quelques cas cependant, dont un tout récent, nous ne pûmes reconnaître la tumeur abdominale pourtant très volumineuse, comme l'autopsie nous le prouve.

Il est vrai qu'en ce cas il y avait péritonite consécutive. La paroi était tendue et empêchait toute palpation. Il sera utile en ces cas d'avoir recours au chloroforme.

Marfan prétend aussi que la palpation n'est pas exempte de dangers. Il cite l'exemple de deux nourrissons qui, quelques heures après une palpation énergique et prolongée, furent pris de mouvements fébriles. Ces faits ne m'étonnent point. Je les ai vérifiés une fois. Ils confirment ce que j'ai affirmé jadis sur la fièvre produite par la résorption intestinale après une palpation prolongée.

J'estime cependant qu'en procédant avec patience et douceur, on peut percevoir sans danger les tumeurs ganglionnaires, lorsqu'elles sont assez volumineuses. On les sent au voisinage de l'ombilic, dans la profondeur de l'abdomen et en avant du rachis.

Ces tumeurs ne sont pas adhérentes à la paroi abdominale, qu'on peut faire glisser sur elles. Elles sont presque fixes et c'est à peine si on peut les mouvoir latéralement. Leur volume est variable, leur surface irrégulière, mamelonnée, bosselée. Elles transmettent à la masse les pulsations aortiques qu'elles exagèrent.

Elles ne disparaissent pas après un purgatif, tout au contraire elles sont plus aisément perceptibles.

Ces tumeurs sont dures et douloureuses à la pression.

Elles forment une masse allongée dans le sens du rachis, dans un cas je l'ai sentie se prolonger en deux branches suivant les vaisseaux iliaques.

On note très fréquemment l'existence des troubles digestifs dans le cours de la tuberculose primitive des ganglions mésentériques. Quelques auteurs ont parlé d'exagération de l'appétit. Cette voracité me semble plutôt l'apanage de gastro-entérite chronique. Plus fréquemment, d'après mes observations personnelles, l'appétit est normal ou diminué.

La diarrhée est fréquente. Intermittente, elle alterne avec des périodes de constipation opiniâtre. Les fèces sont très riches en graisses, signe important très fréquent et précoce.

La tuberculose primitive des ganglions mésentériques, en produisant l'hypertrophie ganglionnaire, la périadénite, entraîne les compressions des vaisseaux, des nerfs, des viscères qui se trouvent dans leur voisinage.

La compression de la veine cave inférieure ou des iliaques entraînera la production d'un œdème unilatéral ou bilatéral, remontant des extrémités vers la racine des membres, envahissant le scrotum, les lèvres et même la paroi. Elle produira des varices, la cyanose et le refroidissement des extrémités.

J'ai entendu dans certains cas d'adénopathie mésentérique vérifier à l'autopsie un thrill spécial au niveau de l'ombilic ou des lombes.

La compression de la veine porte produira la circulation sous-cutanée abdominale. Fréquente chez les enfants amaigris ou cachectiques, celle-ci pour avoir quelque valeur doit être très intense.

Les hémorroïdes sont très rares. L'ascite est plus fréquente. Dans l'observation de Brash, elle constituait le phénomène capital : il s'agissait en ce cas d'ascite chyleuse.

La compression de l'aorte se traduit par des crampes qui ont été si fréquemment rencontrées par Rilliet et Barthez et par la claudication intermittente que j'ai observée dans un cas fort curieux chez un enfant de sept ans.

Le pouls fémoral peut être retardé, plus petit qu'à l'état normal. Enfin j'ai souvent entendu dans ce cas un souffle post-systolique prolongé, ayant son foyer maximum à l'ombilic et dans la région lombaire.

La compression des lymphatiques aboutit à la production de varices lymphatiques et d'adénopathies inguinales signalées par Widerhofer.

Les compressions nerveuses se traduisent par l'existence de douleurs abdominales. Elles sont sourdes, contusives et profondes. C'est une sensation de pesanteur, un poids, une tension. Elles occupent la région péri-ombilicale, elles surviennent brusquement pendant la période digestive. Elles sont exagérées quand le sujet reste debout, quand on palpe l'abdomen. Elles ne sont ni exagérées ni calmées par la défécation.

La compression du sympathique se traduit par la constipation, la tachycardie, les névralgies hypogastriques, testiculaires ou ovariennes.

La compression de l'intestin peut aboutir a des étranglements, a des occlusions complètes capables d'entraîner la mort : les observations de Guersaint, de Rilliet et Barthez en font foi.

L'*état général* est plus ou moins atteint. Parfois très satisfaisant, il est souvent mauvais. L'enfant est pâle, amaigri, il a perdu ses forces. Il dort mal et souvent se réveille couvert de sueurs profuses.

La température est tantôt normale, tantôt et le plus souvent irrégulière, surtout quand on la recueille toutes les trois heures. On note alors de temps à autre une élévation inexpliquée à 38, 38°5 et même 39 degrés, généralement courte et rapidement dissipée.

L'injection de 10 centimètres cubes de sérum artificiel élève ordinairement la température de 0°8 à 1°5, il en est ainsi de même de l'injection de tuberculine diluée à 1/10000 ou d'une marche d'une heure.

L'enfant perd du poids. Le rapport P/H diminue.

L'examen des urines m'a révélé l'hyperozoturie et l'augmentation d'élimination de l'azote total éliminé. J'ai constaté également l'hyperchlorurie et la phosphaturie.

Le pouls est fréquent, tressautant, la tension artérielle faible. L'examen du sang m'a permis de constater la diminution des globules rouges, l'existence d'une légère leucocytose avec prédominance de lymphocytes.

Dans presque tous les cas que j'ai observés, le sérodiagnostic par la méthode d'Arloing-Courmont a été positif.

V

Évolution. Pronostic. — La tuberculose primitive des ganglions mésentériques est une des formes les plus curables de la tuberculose. Néanmoins, comme dans toute tuberculose, le pronostic doit être réservé.

La guérison me semble néanmoins fréquente. Les autopsies nous en fournissent bien fréquemment des preuves et il n'est pas rare de rencontrer des ganglions mésentériques fibreux, calcaires ou ossifiés.

Il ne convient point cependant d'exagérer cette bénignité fréquente de l'affection qui nous occupe. Elle peut, hélas ! et cela bien souvent, être le point de départ d'accidents des plus graves.

Le ganglion caséifié peut s'ouvrir dans le péritoine comme

dans le cas de Rilliet et Barthez et produire une péritonite tuberculeuse mortelle; il peut s'ouvrir à la fois dans l'intestin et le péritoine, d'où il résulte une péritonite septique foudroyante. On peut parfois le voir s'ouvrir dans un vaisseau donnant alors naissance à une pyohémie fatale ou à une tuberculose miliaire généralisée.

C'est à mon avis l'un des points de départ de bon nombre de méningites tuberculeuses. Sur 15 malades morts dans mon service de cette affection, j'ai trouvé 6 fois l'adénopathie trachéo-bronchique et 5 fois l'adénopathie tuberculeuse mésentérique, affections qui jusqu'alors étaient restées latentes.

Ces notions, me semble-t-il, doivent toujours faire envisager l'avenir de nos jeunes malades atteints de tuberculose primitive des ganglions mésentériques avec une certaine circonspection, une certaine sévérité.

VI

Diagnostic. — Le diagnostic de la tuberculose primitive des ganglions mésentériques est, à mon avis, impossible, tant que l'adénopathie n'est pas palpable. On ne peut y parvenir que par exclusion et sans précision.

Nombreuses, en effet, sont les affections capables de donner naissance aux mêmes symptômes que ceux que nous avons décrits comme accompagnant le carreau.

Les *vers intestinaux* donnent aussi naissance à des douleurs abdominales. D'ordinaire cependant les vers intestinaux traduisent leur présence par des nausées et des vomissements, surtout à jeun.

C'est aussi à jeun, que les coliques sont plus intenses. Elles sont exagérées quand l'enfant mange des mets salés ou épicés, de l'ail, des oignons, des harengs, etc., elles se calment au contraire lorsqu'il boit du lait.

Il est fréquent de constater chez les enfants qui hébergent des vers l'existence de symptômes traduisant l'irritation du sympathique : bouffissure et pâleur du visage, inégalité pupillaire, mydriase, insomnie, terreurs nocturnes.

On trouve en ce cas dans les selles des débris de vers, des anneaux de tænia, des vers, des œufs de vers.

Enfin j'ai l'habitude, pour parfaire mon diagnostic de donner le traitement d'épreuve; pelletiérine ou extrait éthéré de fougère mâle contre le tænia, calomel et santonine trois jours de suite contre les ascaris, lavement de quinine et onctions d'onguent gris contre les oxyures.

Les *accumulations stercorales* peuvent aussi donner naissance à de singulières erreurs.

Pour arriver au diagnostic, il convient de se rappeler que l'enfant est constipé : ceci n'est pas absolu, car en certains cas on a pu voir les matières accumulées se creuser au centre d'un canal, permettant l'écoulement des matières fécales.

Jamais les tumeurs stercorales n'occupent la région péri-ombilicale. Elles siègent dans les hypocondres. Elles sont indolores, molles, dépressibles et gardent l'empreinte du doigt.

Enfin un purgatif lèverait tous les doutes.

L'entéro-colite muco-membraneuse peut nous faire hésiter. La constatation de selles muqueuses ou glaireuses, mucino-membraneuses, nous permettrait de conclure.

On doit encore songer à la possibilité de tumeurs viscérales non tuberculeuses.

Les tumeurs des reins occupent les hypocondres et non la région prévertébrale.

Il existe des troubles de la miction révélateurs.

Les tumeurs du foie et de la rate siègent dans les hypocondres, font saillie sous les côtes. On sent leur bord tranchant, elles sont mates, mobiles, et se déplacent dans les mouvements respiratoires.

En présence d'une tumeur prévertébrale chez un enfant, nous devons de suite songer à la possibilité d'un abcès par congestion. L'examen attentif du rachis nous permettrait de reconnaître les symptômes d'une lésion osseuse des vertèbres. L'abcès par congestion est mou et fluctuant. Enfin l'état général est d'ordinaire profondément atteint.

L'entérite chronique simple est rare après trois ans et se traduit par une diarrhée continue. Les selles sont alternativement catarrhales et pâteuses; elles renferment parfois des débris alimentaires non digérés. Les selles muqueuses sont accompagnées de ténesme, les selles catarrhales de coliques. L'abdomen est gonflé, non en masse, mais au niveau du côlon transverse; l'S iliaque est généralement douloureux.

L'entérite tuberculeuse s'accompagne de coliques assez violentes, suivies de frissons. La diarrhée alterne avec la constipation, mais les selles sont d'ordinaire noirâtres. L'état général est rapidement mauvais. En cas de doute on trouverait dans les selles le bacille de Koch.

La péritonite tuberculeuse est difficile à distinguer de la tuberculose peimitive des ganglions mésentériques; aussi ces deux affections ont-elles été pendant longtemps confondues.

Dans la péritonite tuberculeuse les douleurs sont plus vives, les vomissements fréquents et la constipation de règle. L'abdomen plus ou moins ballonné est tympanique en certains points et mat en certains autres. En général il existe autour de l'ombilic une zone mate ou submate. A la palpation on constate à ce niveau l'existence d'une tumeur faisant corps avec la paroi qui généralement ne glisse pas sur elle. Cette tumeur est mobile dans tous les sens. La palpation nous permet de percevoir la crépitation amidonnée ou suspine et l'auscultation le cri péritonéal.

Enfin l'ascite est fréquente et l'état général plus promptement altéré.

VII

Traitement. — Comme dans toute affection tuberculeuse, nous pourrions bien souvent faire œuvre de prophylaxie.

L'enfant qui vit dans un milieu tuberculeux pourrait être bien souvent épargné, si on recueillait les crachats, si on balayait et si on époussetait avec un linge humide. Le lait devrait être bien bouilli et conservé à l'abri des poussières; les viandes soigneusement rôties.

L'enfant devrait vivre au plein air, au soleil, loin des villes. Il se trouverait bien de cures au bord de la mer.

Grand air, alimentation suffisante, préservation des aliments contre les poussières bacillifères, éloignement des milieux contaminés : telles sont les grandes règles dont l'observance empêcherait souvent l'éclosion du mal.

Une fois atteint, quelle sera notre ligue de conduite vis-à-vis de cet enfant?

Tout d'abord nous conseillons le repos absolu, au lit et à la chaise longue de préférence à l'air ou la fenêtre ouverte. Le repos devra être complet et le calme absolu. Si possible nous enverrons cet enfant au bord de la mer, au contact de l'air marin l'organisme revivifié lutte avec avantage contre l'invasion bacillaire.

Chaque matin nous conseillerons des frictions alcooliques et deux fois par semaine des bains salés tièdes de dix à

quinze minutes (1 kilogramme de sel pour 10 litres d'eau) ou des bains de mer tièdes de même durée.

En second lieu nous recommanderons la suralimentation sans excès. Nous engagerons à absorber de 1 à 6 et 8 œufs crus par jour; de la viande, du jus de viande obtenu par macération d'une heure. Nous conseillerons aussi l'usage des grains, de purées de pois, de haricots, de lentilles, le lait.

Je donne aussi volontiers à ces malades une à deux cuillerées à café de glycérine, et comme boisson la décoction de céréales faite suivant la formule de Springer. Mettre dans 4 litres d'eau deux cuillers à soupe de blé, d'orge, de seigle, d'avoine, de maïs et de son, faire bouillir trois heures en ajoutant de l'eau si nécessaire pour obtenir un litre de tisane qu'on filtre, qu'on sucre et que l'on fait boire dans la journée.

Comme médication je donne le cacodylate de soude : III à V gouttes avant le repas de midi en augmentant d'une goutte tous les jours pendant quinze jours, puis quinze jours de repos. C'est, me semble-t-il, un excellent tonique de la nutrition générale, mais je ne le considère nullement comme directement tuberculicide.

En second lieu, je conseille l'iode et l'huile de foie de morue. Je donne la préférence à l'huile de foie de morue iodo-saccharinée, suivant la formule de Cailleret. Je n'hésite pas à la donner à haute dose, une à six cuillerées à soupe par jour, en deux fois, au début du repas et en faisant marcher l'enfant pendant la période digestive. L'usage de cette préparation sera prolongé de longs mois avec quatre à six jours de repos de temps à autre.

En été, je remplace l'huile de foie de morue par la solution :

Bromure de sodium.........	20	grammes.
Iodure de sodium...........	10	—
Chlorure de sodium.........	40	—
Eau distillée	300	—

une cuillerée à soupe chaque matin dans une tasse de lait, et par la lécithine.

On a parlé d'intervention chirurgicale dans des cas de ce genre. Schmidt-Monnaud a fait la laparotomie et enlevé les ganglions. Les résultats furent satisfaisants.

Peterson a rapporté trois observations analogues.

Étant donné que le traitement médical donne des résultats presque aussi satisfaisants, doit-on l'abandonner? Je ne le crois pas.

Bibliographie. — ASHBY. *Case of acute intestinal tuberculosis*, London 1853. — ASHBY et WHRIGT. *Traité des maladies de l'enfance*, 1892. — BALL. *De tabe mesenterica*, Edinburgh 1775. — BRUCE. A case of atrophia accompained with obstinate constipation, *Met. et Phys.*, London 1812. — BLOM. *De scrofula mesenterica*, Lugd. Bat. 1843. — BLOMME. *Sur l'atrophie mésentérique vulgairement appelée carreau*, Paris 1815. — BONHOMME. *Sur le carreau ou atrophie mésentérique*, Paris 1806. — BAUME. *Le carreau*, Nîmes 1788. — BAILEY. *Tabes mesenterica*, Chicago 1870. — BATISBONI. *Istoria di un caso de tabe mesenterica per rizzio chezzia scrofulosa*, Firenze 1854. — BERENDS. *Phtisis mesenterica*, 1829. — BUSEY. *Diseases of abdominal glands*, Philadelphie 1885. — BESNIER. *Dictionnaire des sciences médicales*. — CARRIÈRE. La tuberculose primitive des ganglions mésentériques, *Touraine méd.*, 1901; — Diagnostic des tumeurs abdominales chez l'enfant, *Touraine méd.*, 1902. — CLARKE-NOBB. *The americ. Journ. of med. sc.*, 1889. — CLAY. Treatment of mesenteric glandulas affection, *Lancet*, 1842. — DENÉCHAUD. *L'entéro-mésentérite des enfants*, Paris 1888. — DOULVE. *Le carreau*, Paris 1832. — DURR. *Atrophia mesenterica*, Berlin 1840. — FLITCHER. *On tabes mesenterica*, Philadelphie 1829. — GOLLER. *Deuts. med. Wochens.*, 1879. — GANAUD. *L'iode dans le traitement du carreau*, Paris 1830. — GIROD. *Sur le carreau*, Paris 1825. — GREEN. *Mesenteric disease*, Calcutta 1823. — GUERSAINT. *Dictionnaire en 30 volumes*. — HEMERY. Th. de Lille, 1902. — HIGNARD. *Sur le carreau*, Th. de Paris, 1822. — HERMANN. *Darsucht der Kinder*, Wien 1832. — JONHSON. *Tabes mesenterica*, London 1829. — LASSERRE. L'entéro-mésentérite chronique, *Ann. de méd. phys.*, 1825. — LE BAILLY. *Sur le carreau*, Paris 1835. — LEBOURLIER. *Sur le carreau*, Paris 1823. — MINOPRIO. *De tabe mesenterica*, Tiuni regis, 1842. — MARFAN. *Traité des maladies des enfants*. — MASSART. La tuberculose primitive des ganglions mésentériques, *La Clinique*, 1899. — MARTIN. *Tabes mesenterica*, London 1870. — MITCHELL. *Tabes mesenterica*, Saint-Louis 1843. — PETERSON. Soc. gynécol. de Chicago, 1897-1899. — PRÉ. *L'atrophie mésentérique*, Paris 1816. — RŒDLER. *Tabes mesenterica*, Munschen 1842. — ROY. *Sur le carreau*, Paris 1811. — SCHWARTZ. Soc. de chir., 1899. — SEGNITZ. *De atrophia infantum*, Valembergue 1792. — THOMAS. *L'atrophie mésentérique*, Paris 1815. — TREMOLET. *Le carreau*, Montpellier 1864. — TATUM. *Tabes mesenterica*, Saint-Louis 1884. — WAGNER. *Uber die Darsucht der Kinder*, Wien 1840. — VOISARD. *Le carreau*, Strasbourg 1817. — WEIDUNGER. *Atrophia mesenterica*, Vidobona 1833. — VALIDOR. *Tabes mesenterica*, Madrid 1879. — VON BRENNIG. *Bauchscrofilie*, Wien 1883. — VIGNOL. *Le carreau*, Paris 1818. — VOLCHEL. *Die Darsucht der Kinder*, Wurzburg 1842.

PLEURÉSIE PURULENTE ENKYSTÉE A PNEUMOCOQUES

Par M. A. LEMIERRE, interne des hôpitaux.

Les pleurésies purulentes enkystées à pneumocoques ne sont pas d'observation courante. Nous croyons donc intéressant d'en rapporter un cas que nous avons pu suivre dans le service de M. Widal à l'hôpital Cochin. Voici l'histoire de ce malade :

Cet homme, âgé de soixante ans, est entré le 26 octobre 1902 à la salle Woillez; il est amaigri, fatigué, très difficile à interroger et répond difficilement et peu exactement aux questions qu'on lui pose. Il dit être malade depuis le commencement du mois de janvier 1902. Jusqu'à cette époque il a toujours été en bonne santé et exerçait la profession de maçon. Il n'a pas du côté de ses ascendants d'antécédents remarquables; il est marié, a une femme actuellement encore vivante et bien portante; il a trois enfants vivants; un autre est mort en bas âge de convulsions.

Au mois de janvier 1902 il est pris brusquement d'un point de côté du côté gauche accompagné de frisson, de fièvre, de toux, d'expectoration et de dyspnée intense. Il entre à l'hôpital Cochin où il reste trois semaines; au bout de ce temps, il retourne chez lui encore très dyspnéique. Il est soigné pendant quelque temps par un médecin qui lui donne de la créosote, et il s'améliore peu à peu. Néanmoins il ne peut plus reprendre son ancien état; il a de temps à autre de la gêne respiratoire; son appétit est presque nul et il maigrit sensiblement.

Vers le commencement d'octobre 1902 la dyspnée s'accentue et s'accompagne d'un point de côté peu intense à gauche du thorax.

A son entrée, le 26 octobre, on constate une dyspnée marquée s'accompagnant d'une sorte de sifflement trachéal. La voix est rauque et bitonale. L'examen de l'appareil pulmonaire révèle les symptômes suivants. Dans la fosse sousclaviculaire gauche la percussion révèle un skodisme très net. L'auscultation à ce niveau dénote l'absence complète de

murmure vésiculaire. La pointe du cœur n'est aucunement déviée, l'espace semi-lunaire de Traube est sonore.

En arrière du même côté on trouve de la matité dans toute la hauteur du poumon, mais particulièrement intense et s'accompagnant d'un sensation de résistance spéciale dans les deux tiers inférieurs de cet organe. L'auscultation révèle une absence complète de murmure vésiculaire dans les deux tiers inférieurs du poumon; au niveau du tiers supérieur on constate une respiration soufflante à timbre presque amphorique. L'auscultation de la voix ne révèle rien de particulier. Les vibrations thoraciques ne sont perçues ni d'un côté ni de l'autre. Il existe un léger œdème de la paroi thoracique au niveau de la moitié inférieure du poumon en arrière, et en avant au-dessus de la pointe du cœur.

A droite, en avant et en arrière la sonorité est normale et même un peu exagérée; la respiration est rude, puérile, et s'accompagne d'assez nombreuses sibilances.

Le malade rend quelques crachats muco-purulents; par moments l'haleine est fétide.

Le cœur ne présente rien d'anormal. Le pouls est assez rapide mais régulier. Les deux pouls sont égaux.

L'état général du sujet est très précaire. Il est affaissé, et abattu. Il refuse toute nourriture et est incapable de retenir ses urines et ses matières fécales. La température est à 37 degrés.

Le 27 octobre au matin, nous pratiquons une ponction exploratrice au niveau de la base du poumon gauche. Nous avons nettement la sensation que nous traversons avec l'aiguille une coque pleurale épaisse et résistante. Le liquide obtenu est rougeâtre, d'aspect hémorragique, très légèrement trouble. Nous en obtenons sans peine 5 seringues de 20 centimètres chacune sans que le liquide change d'aspect. Nous inoculons, au lit même du malade, 20 centimètres cubes du liquide dans le péritoine d'un cobaye, 30 centimètres cubes dans le péritoine d'un autre. Le reste du liquide est examiné et présente les particularités suivantes :

1° Il ne s'y forme pas de coagulum fibrineux;

2° L'examen cytologique, après centrifugation, montre que le liquide ne contient plus aucun globule rouge. Les seuls éléments existants sont des polynucléaires vieillis, à noyaux déformés, à protoplasma flétri et vacuolaire;

3° On trouve plusieurs formes d'agents microbiens, peu nombreux du reste : des diplocoques lancéolés prenant le Gram et ayant l'aspect de pneumocoques; des bacilles à extrémités renflées, en forme de baguettes de tambour, et enfin de courts bâtonnets fusiformes, les deux dernières variétés prenant le Gram également. Tous ces microbes sont libres dans le liquide pleural; en aucun point on ne les voit englobés dans les phagocytes.

Le malade est examiné le jour même par M. Widal, qui porte le diagnostic d'épanchement pleural enkysté, probablement à pneumocoques, attendant pour être absolument affirmatif sur ce point le résultat des cultures et des inoculations. Le même jour nous pratiquons une ponction évacuatrice avec une grosse aiguille. Le premier jet de liquide obtenu est franchement purulent; il reprend ensuite l'aspect qu'il avait le matin; enfin le dernier jet de liquide est de nouveau purulent. Nous avons pu ainsi évacuer 500 centimètres cubes de liquide. Celui-ci abandonné dans une éprouvette se divise immédiatement en deux couches : une supérieure rougeâtre et transparente; une inférieure purulente. Le liquide est ensemencé sur bouillon et sur gélose, et inoculé à une souris.

Au bout de vingt-quatre heures nous obtenons des cultures pures de pneumocoque; les autres agents observés n'ont pas cultivé. La souris meurt en moins de dix-huit heures et le pneumocoque est retrouvé dans le sang du cœur. Les deux cobayes meurent également en vingt-quatre heures et le sang du cœur contient du pneumocoque.

Il s'agit donc bien d'une pleurésie purulente enkystée à pneumocoques.

Le 28 octobre le malade se déclare soulagé par la ponction évacuatrice. Il est beaucoup moins dyspnéique. Le nombre des respirations est de 25 par minute; la température est de 36°5. L'auscultation permet d'entendre en arrière et à gauche la respiration soufflante presque jusqu'à la base du poumon. Mais la matité persiste. Le même jour la question de l'intervention opératoire est discutée par M. Widal. Il rejette cette intervention, en présence de l'état de faiblesse et de cachexie profonde dans lequel se trouve le sujet et de l'ancienneté des lésions qui ont dû supprimer presque totalement et d'une façon irrémédiable les fonctions du poumon gauche.

Le 29 et le 30 octobre l'état reste le même. Les signes stéthoscopiques ne varient pas. La dyspnée s'accentue de nouveau; il y a 30 respirations par minute. Le malade est de plus en plus affaissé.

Le 31 octobre au soir la température monte à 38 degrés. Elle redescend à 37 degrés le 1er novembre au matin.

Le malade meurt dans la nuit du 1er au 2 novembre 1902.

L'autopsie est pratiquée vingt-quatre heures après la mort. A l'ouverture du thorax on constate l'existence d'un épanchement pleural du côté gauche. Le liquide de cet épanchement dans ses couches superficielles est rougeâtre et d'aspect hémorragique, comme celui que l'on a obtenu à la première ponction. Au contraire dans les parties les plus déclives cet épanchement est constitué par un pus épais blanchâtre, contenant de véritables caillots fibrineux. L'épanchement semble s'être décanté; la masse purulente solide s'étant précipitée vers la région dorsale, la partie fluide étant restée plutôt en rapport avec la paroi antérieure de la poitrine. De plus les parois de la cavité pleurale sont recouvertes d'une couche crémeuse et adhérente de pus concrété. L'épanchement n'occupe pas toute la cavité pleurale; il est surtout latéral et postérieur. Il ne tourne pas en avant et ne recouvre pas la face antérieure du poumon gauche; il ne refoule pas le cœur. Mais il repousse en haut la base du et fait tomber le diaphragme vers la cavité abdominale. Latéralement il refoule les deux tiers inférieurs de la face externe du poumon; en arrière il remonte obliquement en haut et en dedans vers la colonne vertébrale et respecte le quart supérieur de la face postérieure du poumon. Le sommet du poumon gauche est intimement adhérent à la paroi thoracique; il est absolument impossible de l'en arracher et il faut couper en plein parenchyme pour extraire l'organe. L'épanchement est contenu dans une coque scléreuse, épaisse de près d'un demi-centimètre et absolument rigide. Le poumon gauche est appliqué par cette coque pleurale contre la colonne vertébrale; il est comprimé et atélectasié.

Le poumon droit paraît sain; on note seulement un écoulement de liquide séro-purulent à la section des bronches intra-pulmonaires.

L'ouverture du péricarde montre l'existence d'une péricardite ancienne. Il y a un peu de liquide séro-fibrineux dans le péricarde; la surface du cœur est recouverte par une néo-membrane épaisse, friable, de couleur jaunâtre et d'aspect tomenteux. Les orifices valvulaires du cœur sont sains.

Le foie est jaunâtre et dégénéré. La rate ne présente rien d'anormal. Le rein droit paraît sain. On note dans le rein gauche la présence d'infarctus jaunâtres, qui paraissent anciens.

On ne note rien de plus à l'autopsie.

Cette observation présente plusieurs points sur lesquels il nous faut revenir.

L'aspect du liquide pleural n'est pas celui qu'on remarque habituellement dans les épanchements purulents à pneumo-

coques : la séparation de ce liquide en deux couches, l'une supérieure hématique, l'autre inférieure purulente, s'explique sans doute par l'ancienneté de l'épanchement. Celui-ci s'est comporté dans la plèvre, comme si on l'avait abandonné au repos dans un vase. Cette séparation en deux couches explique également les aspects successifs du liquide extrait par la ponction évacuatrice, suivant que la pointe de l'aiguille plongeait dans la nappe fluide hématique ou dans la nappe purulente. Mais il est bon d'être prévenu de cet aspect spécial que peut prendre dans la plèvre une collection purulente ancienne : le liquide hémorragique retiré à la ponction exploratrice a pu faire hésiter un moment le diagnostic. En présence de la marche lente et progressive de la maladie, de la cachexie, de la bitonalité de la voix, de l'absence de fièvre et enfin de l'âge du malade, nous nous sommes demandé si l'on ne pouvait penser à un cancer pleuro-pulmonaire. Une autre hypothèse s'est présentée également, qui nous paraissait plus séduisante encore : celle d'une pleurésie tuberculeuse ancienne. Ce diagnostic cadre mieux avec l'aspect du malade qui, bien que cachectique, ne présentait pas l'anémie spéciale des cancéreux ; l'examen cytologique même montrant la présence exclusive dans l'épanchement de polynucléaires vieillis et altérés le rendait plus vraisemblable encore. Seule la découverte du pneumocoque à l'examen direct, confirmée par les cultures et l'inoculation aux animaux, a pu faire affirmer la pleurésie purulente pneumococcique, en dépit du tableau clinique si peu habituel.

Et c'est là qu'est le second point intéressant de l'observation. Le début de l'affection remontait à dix mois ; l'infection pneumococcique datait certainement du mois de janvier 1902, époque où elle avait débuté avec tous ses signes classiques : grand frisson, point de côté, fièvre élevée. On était donc en droit de supposer, en présence de l'évolution torpide de la maladie, de l'absence de fièvre et de réaction générale de l'organisme, que le pneumocoque avait perdu beaucoup de sa virulence; bien au contraire on a vu qu'il a tué la souris et les cobayes aussi rapidement que le pneumocoque extrait du crachat d'un pneumonique.

Tels sont les points sur lesquels nous voulions attirer l'attention; il ne nous a pas paru inutile d'insister sur eux. Leur connaissance pourra aider au diagnostic dans les cas semblables à celui que nous avons rapporté.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(3 DÉCEMBRE 1902)

M. Michaux est devenu temporisateur dans le traitement de l'appendicite aiguë. Il obtient d'excellents résultats du traitement médical bien appliqué. Mais il croit, avec M. Reynier, que ce traitement n'est généralement pas appliqué avec toute la sévérité, toute la rigueur nécessaires. Tout d'abord, il importe d'exercer une surveillance constante et régulière sur le pouls et la température. Il faut appliquer la glace sur le ventre largement; trois ou quatre vessies de glace sont nécessaires, et entre ces vessies de glace et la peau, il ne faut interposer qu'une feuille de gaze aseptique. Avec ces applications de glace, jointes à l'opium et à la diète, M. Michaux est parvenu à triompher des hernies les plus graves. Il cite l'exemple d'une jeune femme enceinte, atteinte de péritonite appendiculaire grave, avec fièvre élevée, altération des traits, et qui a très bien guéri par le traitement médical. Trois malades, atteints d'appendicite aiguë, avec réaction péritonéale intense, ont très bien guéri par ce traitement, 2 après suppuration, 1 par résolution. Dans ces cas, la défervescence est habituellement très rapide; elle se fait après vingt-quatre heures, douze heures et même seulement huit heures. Le refroidissement par la glace n'a pas seulement une action sédative; il augmente aussi la phagocytose et diminue, de ce fait, les dangers de l'infection. Il a vu des plastrons iliaques disparaître en quelques jours avec ce traitement par la glace et même des foyers purulents rétrocéder.

M. Michaux fournit une statistique de 50 malades parmi lesquels 45 furent opérés, 39 à froid, 6 à chaud. Sur les 39 opérés à froid, il y a 39 guérisons; sur les 6 opérés à chaud, il y a 2 morts et 4 succès. M. Michaux est donc partisan de l'opération à froid.

Il a perdu un malade par le traitement médical dans les conditions suivantes : homme de soixante ans, albuminurique, avec un intestin fonctionnant d'une façon défectueuse; appendicite aiguë; traitement médical appliqué seulement d'une façon suivie le troisième jour; amélioration, puis, cinq jours après, aggravation subite, péritonite généralisée, mort. Le malade avait fait une imprudence et avait rompu une péritonite suppurée en train de s'enkyster.

En résumé, M. Michaux est devenu de plus en plus partisan de la temporisation et du refroidissement avec résection de l'appendice à froid. Le chirurgien, appelé dès le début, pourra instituer le traitement médical dans de bonnes conditions. Les résultats éloignés sont bien meilleurs après les opérations à froid qu'après les opérations à chaud.

M. Potherat fait observer avec raison que, si, en France, la grande majorité des chirurgiens est opportuniste en matière de traitement de l'appendicite, les interventionnistes d'emblée à outrance sont l'exception et ce qui le prouve c'est que, dans toutes les statistiques publiées, il y a un grand nombre d'opérations à froid pour un petit nombre d'opérations à chaud. Il n'y a pas un seul de nous, ajoute M. Potherat, qui n'intervienne jamais ou qui intervienne toujours. Il n'y a que deux circonstances dans lesquelles M. Potherat n'intervient jamais, c'est quand le cas est très léger ou qu'il s'est fait une évacuation spontanée de pus par le rectum. En dehors de ces deux circonstances, il opère tous les malades atteints d'appendicite, soit à chaud, soit à froid. Il opère les subaigus à froid; il ouvre les abcès quand ils sont formés et cherche toujours en même temps à enlever l'appendice. Chaque fois qu'il est appelé tout à fait au début des accidents, M. Potherat aurait de la tendance à opérer de suite, considérant que l'opération précoce est peu grave et qu'au début d'une appendicite, on ne peut prévoir si elle ne deviendra pas subitement très grave. Il cite plusieurs exemples dans lesquels l'opération à chaud, mais tardive, n'a pas sauvé les malades, alors qu'elle les aurait certainement sauvés si elle avait été précoce; dans ces cas, on a laissé passer l'heure de l'intervention utile.

Voici la statistique de M. Potherat : 115 malades; 79 opérations à froid, 79 guérisons; 36 à chaud, 11 morts.

M. Chauvel fait un rapport sur un travail de M. Bussière, médecin colonial à Pondichéry, sur quatre cas d'amputation ostéoplastique fémoro-rotulienne (opération de Gritti). Dans deux de ces cas, M. Bussière a fait la suture osseuse et a obtenu une bonne réunion. Les résultats paraîtraient satisfaisants, au dire de M. Bussière.

M. le rapporteur, tout en enregistrant ces résultats, fait quelques réserves.

M. Lucas-Championnière n'en fait aucune et déclare tout net que l'opération de Gritti, au point de vue fonctionnel, ne peut donner que des résultats détestables.

M. Sébileau présente un enfant qu'il a traité d'une **division congénitale de la voûte et du voile du palais** par le rapprochement des deux mâchoires.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris [Tome IV, 1901-1902] (1), par Georges Dieulafoy, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu.

En présentant aux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* ce quatrième volume des Cliniques du professeur Dieulafoy, nous ne rappellerons pas les qualités qui caractérisent l'enseignement de ce maître.

La lucidité de l'exposition, la clarté de la discussion, la précision des idées et du style assurent le succès de ce volume, comme ils ont assuré celui des précédents, et celui du *Manuel de pathologie interne*. Ces qualités sont trop connues pour que nous insistions. Un résumé des différentes leçons contenues dans ce nouveau volume sera certainement plus goûté.

Les premières ont trait aux pleurésies, étude demeurée chère à l'inventeur de la méthode de l'aspiration des liquides morbides. Le diagnostic de la qualité et de la quantité du liquide pleural ne doit plus suffire à l'heure actuelle. Il faut connaître sa nature et pouvoir résoudre ce problème : *Comment savoir si une pleurésie séro-fibrineuse, franchement aiguë, est ou n'est pas tuberculeuse?* Nous sommes en possession de procédés multiples, destinés à déceler la nature tuberculeuse d'une pleurésie aiguë : inoculation de la sérosité pleurale aux cobayes, injections de tuberculine au malade, culture du liquide sur sang gélosé glycériné, séro-diagnostic, cyto-diagnostic. Ce dernier procédé, simple, facile, expéditif et absolument inoffensif, fournit les renseignements les plus certains parce qu'il n'est pas sujet aux lacunes des autres procédés. En contrôlant, du reste, les différents procédés les uns par les autres, on arrive à cette conclusion que la plupart des pleurésies, dites franches *a frigore*, sont, en réalité, des pleurésies tuberculeuses. Il en résulte, pour le pronostic éloigné et pour la thérapeutique de la maladie, des conséquences que l'auteur s'attache à mettre en relief.

Les deux leçons suivantes sont consacrées aux pleurésies qui sentent mauvais ou *pleurésies ozéneuses*. M. Dieulafoy montre l'importance pratique qu'il y a à distinguer entre elles plusieurs variétés, différentes par leur origine, leur évolution, leur pronostic; il propose de les décrire séparément sous les noms de *pleurésies fétides*, c'est-à-dire sans dégagement gazeux, *pleurésies putrides*, c'est-à-dire s'accompagnant de gaz dus à un processus de putréfaction, et *pleurésies gangréneuses* avec sphacèle de la plèvre ou du poumon. Quelle que soit au reste la variété, la thérapeutique est la même : aussitôt la puanteur du liquide reconnue, il faut immédiatement pratiquer la thoracotomie.

La septième leçon est intitulée : *Gomme syphilitique du lobe frontal avec attaques d'épilepsie jacksonnienne ; grave atteinte à la doctrine des localisations cérébrales*. On sait l'émotion soulevée parmi les neurologistes, lorsque M. Dieulafoy a communiqué à l'Académie de médecine l'observation qu'il reprend dans cette leçon ; l'épilepsie jacksonnienne, avec ou sans paralysie consécutive, n'est pas toujours, comme l'enseigne la doctrine classique, la conséquence d'une altération de la zone rolandique ; elle peut reconnaître pour cause une lésion franchement localisée au lobe frontal. On comprend les conséquences de cette constatation au point de vue de la recherche chirurgicale des tumeurs intra-craniennes.

La leçon suivante est encore une étude de médico-chirurgie intracranienne. Il s'agit des *abcès du cervelet d'origine otitique*, de leurs symptômes et de leur traitement. Puis vient la *syphilis tertiaire de la langue*, la grosse gomme solitaire, les grandes ulcérations, chapitre qui complète ceux des volumes précédents consacrés à la syphilis de la gorge et de la voûte du palais (t. II, sixième leçon; t. III, quatrième leçon).

La leçon sur la *péritonite primitive* à streptocoques est également, pour ainsi dire, le complément de la série de leçons, par lesquelles M. Dieulafoy a renouvelé la pathologie des péritonites et a fait sortir, de ce bloc autrefois univoque, les péritonites suraiguës par perforation de l'ulcus simplex de l'estomac et du duodénum (t. I, douzième leçon et t. II, cinquième leçon), les péritonites appendiculaires (t. I, quinzième, seizième et dix-septième leçons), les péritonites typhiques par perforation (*Manuel de pathologie interne*) et enfin les péritonites primitives à pneumocoques (t. I, dix-huitième leçon). Les péritonites primitives à streptocoques ont une symptomatologie analogue à celle de ces dernières : début brusque et soudain, douleurs, vomissements, *diarrhée*; mais elles en diffèrent par l'état général grave d'emblée et comportent par suite un pronostic autrement sérieux.

La douzième et la treizième leçon, concernant le *foie des diabétiques et les ascites sucrées* et la *tuberculose pulmonaire des diabétiques*, se relient de même à une leçon du t. III : Rapport du traumatisme avec les diabètes. M. Dieulafoy conseille de ne pas soumettre les diabétiques à un régime trop draconien. Ils perdent leur sucre c'est vrai, mais aussi leurs forces et leur santé. « Rendez-moi mon sucre, j'aime mieux ça, » disait l'un d'eux à M. Dieulafoy. Et ce diabétique, ajoute l'auteur, avait raison.

Je suis obligé de signaler plus rapidement les leçons suivantes : la *tuberculose hypertrophique du cæcum*, les *hémoptysies des kystes hydatiques du poumon*, la *maladie osseuse de Paget*, l'*adéno-lipomatose symétrique*. Je suis désireux de conserver quelque place à l'analyse des leçons d'importance prépondérante au point de vue des conséquences pratiques, celles qui sont consacrées à l'appendicite.

Il y en a trois dans ce volume. Les deux premières traitent de deux nouvelles et terribles complications des appendicites non opérées ou tardivement opérées. Après nous avoir enseigné l'extension de l'infection appendiculaire au péritoine (péritonites appendiculaires, t. I, quinzième, seizième, dix-septième leçons), et au foie (abcès du foie consécutifs à l'appendicite, foie appendiculaire, t. II, dixième leçon), M. Dieulafoy nous fait connaître à présent la *pleurésie appendiculaire* parfois séreuse, plus souvent fétide et putride, la *gangrène pulmonaire appendiculaire*, et la *gastrite ulcéreuse hémorragique consécutive à l'appendicite* qui se manifeste cliniquement par ces tragiques hématémèses auxquelles M. Dieulafoy a donné le nom de *vomito negro appendiculaire*. Voilà deux nouvelles terribles complications de l'infection appendiculaire. Si terribles qu'elles soient, elles sont peu de choses à côté des ravages plus insidieux mais d'autant plus redoutables qu'exerce sur les parenchymes viscéraux l'intoxication due aux toxines appendiculaires. C'est ce qui résulte de la leçon sur le *rein appendiculaire*. Parfois la lésion appendiculaire locale est minime, la réaction péritonéale peu intense, la fièvre nulle, et néanmoins au bout de trois, quatre jours, le visage est altéré, les traits tirés, il y a du subictère conjonctival, les urines contiennent de l'urobiline et de l'albumine, témoins de troubles graves dans le fonctionnement du foie

(1) Gr. in-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

et des reins. L'examen histologique révèle en effet une dégénérescence massive des épithéliums, une *néphrite suraiguë dégénérative toute récente dont la cause paraît relever uniquement d'une substance toxique éliminée par l'appareil sécréteur du rein* et *au foie des lésions d'intoxication suraiguë, dégénérescence granulo-graisseuse des cellules hépatiques centro-lobulaires* (Letulle).

Ainsi, au fur et à mesure que le professeur de l'Hôtel-Dieu pénètre de plus en plus profondément l'étude intime de « la grande maladie abdominale », les faits s'accumulent qui démontrent à quels risques d'infections redoutables et d'intoxications plus terribles encore, sont exposés les malades atteints d'appendicite, s'ils ne sont pas débarrassés d'une façon précoce du foyer d'infection et d'intoxication. En présence de telles accumulations de faits et des cas semblables publiés par des hommes tels que Legueu, Segond, G. Marchant, Routier, Chaput, Poirier, Hartmann, on comprend mal comment il se trouve encore des temporisateurs pour prêcher l'expectation. Si bien « armée » soit-elle, l'expectation ne fait que laisser l'ennemi ravager à sa guise l'organisme; opérer à froid, c'est intervenir après la bataille, heureux si l'organisme a eu la chance de pouvoir résister aux formidables assauts des microbes et des toxines; s'il n'a pu résister, s'il va succomber, alors seulement on opère, le résultat funeste est à ce moment certain, et on le met dans les statistiques au compte de l'opération à chaud; il est dû uniquement à l'expectation. Pour qu'une statistique soit concluante, elle devrait ne comprendre que des malades suivis dès le premier ou le second jour, les uns opérés précocement, les autres traités « médicalement ». Or, sur les 200 appendicites, que M. Dieulafoy a vues de près et fait opérer, toutes celles qui ont été opérées dans les deux premiers jours *ont toutes guéries*. Que les temporisateurs apportent, avec des statistiques *intégrales*, des résultats semblables! La statistique de l'armée montre que 30 malades sur 100 succombent à l'appendicite aiguë, fébrile, chaude, non opérée. Il suffit de comparer pour être convaincu. *Attendre, pour opérer, que l'appendicite soit « refroidie », c'est exposer le malade à la mort.*

E. APERT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — *Lille.* — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts, en date du 29 novembre 1902, un concours s'ouvrira le 20 juillet 1903 devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lille, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

XIVe Congrès international de médecine. — On nous prie d'informer MM. les médecins qui ont l'intention d'assister au Congrès de Madrid que les Compagnies suivantes ont accordé des réductions sur le prix des billets en faveur des membres du Congrès :

Chemins de fer du Nord de l'Espagne, de Madrid à Saragosse et Alicante, 50 p. 100; — Compagnie transatlantique (espagnole), 33 p. 100; — Chemins de fer français (Est, Midi, Nord, Ouest, P.-L.-M., État et Orléans, 50 p. 100; — Navigazione generale italiana, Compagnies de navigation « Puglia », « Napolitana » et « Siciliana », 50 p. 100 (nourriture exclue).

Les « Voyages pratiques », 9, rue de Rome, Paris (agences et correspondants à Bordeaux, Bruxelles, Londres, Marseille, Milan, Naples, New-York, Strasbourg, Toulouse, Zurich, etc.), s'occupent gratuitement de tout ce qui concerne les voyages : renseignements pour l'obtention des billets, excursions, etc.

Le service des logements à Madrid est installé en permanence et c'est à lui directement qu'il faut s'adresser pour s'assurer de logements convenables (bureau des logements, Faculté de médecine, Madrid). On peut également s'adresser pour les logements, à l'agence des Voyages pratiques qui se charge de les assurer.

Les personnes qui désireraient recevoir le programme préliminaire du Congrès pourront le demander soit au Comité national de leur pays, soit au secrétariat général à Madrid.

On rappelle que toutes les communications qui devront figurer au programme définitif, devront être annoncées au secrétariat général avant le 1er janvier 1903.

Plusieurs demandes sont parvenues au Comité exécutif au sujet de l'extension de l'article 2 du règlement qui parle de l'admission comme membres du Congrès de toutes les personnes possédant un titre professionnel ou scientifique : il va sans dire que cet article s'étend seulement aux professions et sciences ayant une certaine affinité avec la médecine.

Les adhésions et cotisations (30 pesetas ou 25 francs) peuvent être adressées au secrétariat général du Congrès, à Madrid, ou au docteur Lesné, secrétaire-trésorier, 2, rue de Miromesnil, Paris.

Ier Congrès égyptien de médecine (Le Caire, 19 au 23 décembre 1902). — En présence des bruits systématiquement malveillants qui sont mis en circulation au sujet de la situation sanitaire de l'Egypte, le comité d'organisation du Ier Congrès médical en Égypte croit de son devoir de rétablir les choses sous leur vrai jour.

Il est faux que l'épidémie cholérique sévisse encore avec intensité.

Depuis plus de quinze jours la ville du Caire est complètement indemne, et les bulletins officiels, celui d'hier par exemple, *portaient 17 cas pour tout le reste de l'Egypte comptant dix millions d'habitants.*

Chaque jour, le nombre des cas diminue et on peut être assuré, sans aucun optimisme, que la maladie, depuis un assez long temps quantité négligeable, aura complètement disparu.

La vie mondaine et commerciale bat son plein et c'est par certains journaux d'Europe que les Égyptiens apprennent des nouvelles dont la fantaisie les déconcerte fâcheusement.

Dans ces conditions, le comité d'organisation maintient, en toute loyauté, la date du 19 décembre fixée pour la réunion du Congrès.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour, à prix réduits, de Paris à Rome (ou vice-versa), via Mont-Cenis.* — La Compagnie délivre, pendant toute l'année des billets d'aller et retour, à prix réduits, de Paris à Rome (ou vice-versa), via Modane, Turin, Gênes, Pise, aux prix de : 266 fr. 70 en 1re classe et 189 fr. 40 en 2e classe.

Les billets sont valables quarante-cinq jours, et la validité peut être prolongée d'une période unique de vingt-deux jours, moyennant 10 p. 100 du prix du billet.

Aarrêt facultatif en cours de route.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les troubles nerveux de cause sexuelle, par le docteur E. MONIN. 1 vol. in-18 de 108 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Écoles d'infirmières et de garde-malades, par M. Louis RIVIÈRE. 1 vol. in-8° raisin. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Victor Lecoffre.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 139 — MARDI 9 DÉCEMBRE 1902. 75e ANNÉE MARDI 9 DÉCEMBRE 1902 — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

NÉCESSITÉ DE L'EXPERTISE CHIRURGICALE ET DU PRONOSTIC DES TRAUMATISMES; CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

Leçon clinique du docteur LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Vous avez entendu parler de la loi sur les accidents du travail que vous connaissez surtout par les certificats que vous avez vu établir. Vous avez même pu apprendre que cette loi a beaucoup de défauts et rend la tâche du médecin très difficile.

Tout cela est assez exact. Mais la loi existe. Qu'elle soit bien ou mal faite, il faut vivre avec elle, même si on a l'espoir de voir atténuer ses défauts dans l'avenir.

En outre, il ne faut pas se dissimuler que, si la loi peut donner beaucoup de peine au médecin, elle doit aussi lui faire jouer un rôle très considérable dans la société.

Il y a tout intérêt pour chacun de nous à donner grande attention aux questions urgentes qu'elle soulève, de façon à mériter la situation nouvelle qui nous est faite.

Une leçon ne vous suffira pas à l'étudier, mais en vous signalant quelques points importants, je pense que je vous engagerai à vous préparer mieux à des nécessités nouvelles qui vous feront réfléchir presque sur tous les sujets de la pratique chirurgicale.

La loi sur les accidents du travail est une des plus justes et des plus nécessaires que l'on ait édictées.

Le principe qui veut la réparation complète des dommages survenus à l'ouvrier au cours de son travail est excellent. L'importance toujours croissante du développement de l'industrie, de l'emploi des machines, en fait une nécessité urgente.

Mais, si utile et si urgente qu'elle soit, la loi nouvelle donne lieu pour l'exercice de la médecine à des difficultés qu'il faut connaître. Elles vous amèneront nécessairement à faire une étude spéciale des cas dans lesquels la loi peut et doit s'appliquer.

Il n'est pas douteux que les nécessités de cette loi ne déterminent, pour la profession médicale, un surcroît de travail qui ne sera peut-être pas assez justement récompensé. Elle crée pour le médecin des charges considérables, même de véritables dangers. Il est exposé à subir les conséquences fâcheuses d'une loi fatalement insuffisante et des incertitudes que comporte la médecine quand on veut déterminer exactement les suites des accidents.

Songez combien vous allez rencontrer de choses auxquelles vous n'êtes pas accoutumés.

En y regardant de près, vous pourrez remarquer que jusqu'à l'application de la loi le pronostic exact des accidents n'a jamais été formulé nettement. Les compagnies d'assurance ont bien établi quelques données. Mais ces données ont trait plutôt aux conséquences extrêmes des accidents, aux cas dans lesquels l'appréciation du dommage est relativement facile, perte de la vie, perte absolue d'un membre, incapacité définitive de tout travail.

La loi sur les accidents du travail est plus exigeante puisque, à partir de quatre jours d'incapacité de travail, elle fait apprécier le dommage pour le présent et pour l'avenir.

Le médecin se trouve en face de difficultés matérielles que l'on n'a pas souvent prévues et à coup sûr jamais mesurées.

En outre, il rencontre un état psychologique très particulier de la part des gens mis en cause et même du public en général qui aggrave encore les difficultés de sa tâche.

Le principe admettant qu'en général celui qui utilise le labeur d'un travailleur est responsable des accidents qui surviennent à celui-ci est éminemment juste.

Mais ce n'est pas tout à fait celui de la loi. La loi ne vise que les établissements industriels proprement dits, ceux qui emploient une autre force que la force humaine et la force animale.

On l'a présentée et fait accepter par bien des gens, comme une sorte de revanche du travail contre le capital, de l'ouvrier contre le patron industriel, ce qui est une faute.

La loi ne garderait son caractère humanitaire qu'à la condition de s'appliquer à l'employeur quel qu'il soit, au travailleur quel que soit son travail.

Le public le sent si bien qu'il se fait tout doucement une

extension de la loi. Vous serez, comme médecins, continuellement appelés à juger des questions qui ne se rapportent pas à la loi parce qu'elle n'est pas applicable, mais qui ont trait au dommage subi par le travailleur quelle que soit sa condition. Nous voyons tous les jours des gens, domestiques ou employés, qui se croient des droits acquis par la loi et qui nous consultent pour demander des indemnités.

Comme cependant la loi nouvelle ne fait rien pour eux, ils sont tout disposés à recourir à la justice pour faire des réclamations de droit commun qu'ils n'auraient jamais faites autrefois.

Certainement ces réclamations se multiplieront à cause de l'exemple donné par la loi sur les accidents, et il sera difficile aux tribunaux de les rejeter.

Il s'ensuit que les questions relatives à la gravité des accidents, à leurs relations avec le traumatisme ou plutôt avec le travail et leur pronostic, forment désormais un groupe de questions capitales pour l'exercice de la médecine.

L'appréciation des dommages éprouvés est déjà difficile, mais la difficulté se complique étrangement de l'état psychologique des intéressés.

Cet état psychologique mériterait d'être étudié par un spécialiste.

Il faudrait, pour que la loi fût justement appliquée, que l'employeur et l'employé fussent animés d'un égal esprit de justice. Ce serait bien indispensable pour des litiges d'une étude extrêmement difficile.

Mais souvent ce n'est le cas ni pour l'un ni pour l'autre. L'industriel accepte souvent la loi avec défiance parce qu'elle a pris peu de précautions pour ménager ses intérêts.

Il s'adresse à des assurances qui n'ont qu'un but, c'est de tirer un bénéfice de la situation.

Quant au travailleur, on lui a si souvent répété que la loi était faite pour lui et contre le patron, qu'il ne veut guère comprendre que ses avantages ont une limite.

Le patron a une tendance à nier l'importance de la blessure ou de la maladie.

Mais le blessé est certainement bien plus libre de l'exagérer.

Il exagère dans le présent la gravité de la blessure qu'il vient de recevoir. Là, l'examen du médecin est encore relativement facile; en tous cas possible.

Mais s'il l'exagère dans l'avenir, c'est-à-dire s'il prétend avoir une infirmité définitive, la vérification devient tout à fait impossible.

Que pouvez-vous ire par exemple à un sujet qui, deux mois ou trois mois étant passés après une blessure, vous affirme qu'il souffre continuellement?

Vous l'examinez, vous le retournez de toutes les façons, vous ne trouvez aucune lésion matérielle qui vous paraisse justifier ces douleurs, la cicatrice existe, mais elle est régulière, vous ne trouvez ni gonflement ni rougeur.

S'il s'agit d'une contusion ou d'une entorse, vous ne trouvez même pas de cicatrice du tout.

Cependant le sujet accuse des douleurs qui sont possibles après tout.

C'est là une situation très embarrassante dont le médecin ne peut guère sortir.

On exige de lui une appréciation, une solution nette. Elle est impossible.

En outre des souffrances réelles sont dues à des maladies qui sont par l'ouvrier rapportées directement du travail.

Habituellement par exemple, celles qui ont paru avoir des relations avec l'effort, comme la hernie, prennent une importance capitale.

Mais les difficultés ne se bornent pas là. Le traumatisme doit rapporter à la victime le maximum de ce qu'il peut rapporter. On peut dire, sans exagération, qu'une *nouvelle pathologie est née.*

On peut affirmer que, depuis quelque temps, les suites des traumatismes se sont profondément modifiées.

Une fracture simple, par exemple, chez un ouvrier jeune, devrait, par sa réparation rapide, permettre un retour au travail bien plus hatif qu'on ne le rencontre habituellement. Ce serait même en beaucoup de cas l'intérêt de l'ouvrier à tous les points de vue.

C'est absolument le contraire que nous observons seulement chez ceux qui sont protégés par la loi.

Nous voyons aujourd'hui constamment des sujets qui ont quitté l'hôpital dans les meilleures conditions du monde.

Nous pensons qu'ils devraient être revenus au travail depuis longtemps, lorsqu'ils réapparaissent demandant un certificat d'impotence.

Non seulement ils accusent et exagèrent des douleurs. Mais ils sont souvent en réalité impotents.

Ils ont été conseillés. On leur a recommandé toutes sortes de précautions, souvent on les a immobilisés secondairement et ils présentent des raideurs articulaires, des impotenees musculaires, dont ils n'avaient aucune apparence au départ de l'hôpital.

S'ils n'avaient compté sur la loi des accidents du travail ils auraient repris des mouvements, ils auraient travaillé même.

Aujourd'hui, s'ils reprennent le travail, ils se priveront du bénéfice de la loi et ils se gardent des mouvements.

Nous voyons continuellement des sujets qui ont eu des fractures, des entorses ou même de simples contusions et qui, après un temps considérable, restent réellement incapables de travail.

Beaucoup avaient quitté l'hôpital en très bonne condition, mais avec le désir de ne perdre aucun des bénéfices de leur accident et avec la préoccupation de l'augmenter si possible.

J'en connais qui en s'immobilisant avec soin arriveront au résultat de ne jamais retrouver l'usage de leur membre pour une lésion insignifiante.

Pour eux, la lésion est si petite et détermine une impotence si marquée qu'ils sont appelés à être considérés comme des simulateurs ou comme des gens exagérant une lésion, ce qui est injuste.

Ils ne sont que les victimes d'un traitement défectueux, traitement qu'il leur est difficile d'éviter parce que la loi les y convie.

Cette situation est beaucoup plus fréquente qu'on ne saurait le croire et je puis assurer que je n'exagère pas en disant qu'elle nous fit en quelque sorte une pathologie nouvelle.

La première impression que vous aurez au milieu de ces difficultés, c'est que la loi est mal faite et qu'elle est inapplicable.

Elle est bien loin d'être parfaite. Mais comme il faut la prendre absolument telle qu'elle est et participer à son application, il faut rechercher les moyens de vous tirer

d'affaire au mieux. Il y a quelques moyens pratiques qui vous le permettront.

Au point de vue de la loi, quelle sera votre première obligation? La rédaction du certificat. Au moment des premiers soins dans les quarante-huit heures ,on vous demande plusieurs réponses distinctes :

1° *L'état de la victime*;

2° *Les suites probables de l'accident;*

3° *La date à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.*

Le médecin auquel on pose des questions d'une semblable précision, immédiatement après le traumatisme même le plus simple, a d'abord la pensée que toute réponse est impossible.

Cependant il faut répondre. Votre rôle de bon médecin consistera à trouver pour votre répense tout ce que votre science vous permettra de constater et de prévoir sans toutefois compromettre l'avenir, pour vous et pour votre client, en faisant la lésion plus bénigne ou plus grave qu'elle n'est.

1° La première question n'est pas trop difficile. Il faut s'y faire. Tandis que nous étions accoutumés au vu d'un accident à examiner plusieurs jours de suite un sujet avant de donner un certificat valable, puisqu'il faut le donner immédiatement nous n'avons qu'une manière de procéder : donner un certificat extrêmement détaillé. Ce sera la seule manière d'échapper à toute critique.

Il faut que le certificat présente deux parts bien distinctes, celle des signes objectifs faciles à constater, puis celle des sensations accusées par le sujet dont l'intensité ou même la réalité sont si difficiles à vérifier.

Il arrivera peut-être que cette minutie dans votre description aidera le sujet à passer de la catégorie non indemnisée dans la catégorie des maladies de plus de quatre jours, durée de temps nécessaire pour l'indemnité. Mais dans l'état actuel des choses, je ne crois pas qu'il soit possible, sauf des tromperies absolument grossières, faciles à découvrir, d'empêcher le subterfuge qui transforme une lésion insignifiante en lésion à indemnité, c'est-à-dire d'empêcher un sujet de de se plaindre quatre jours durant.

Cette minutie des termes techniques aura l'inconvénient d'être peu déchiffrable par les personnes non médicales chargées de l'enquête.

Mais cet inconvénient même n'est pas à éviter. Il fera bientôt sentir l'inconséquence qu'il y a à charger de l'enquête des personnes étrangères à la médecine. On montrera la nécessité de commissionner des médecins, comme l'indique le docteur Wagner dans une excellente thèse intitulée : *Première pratique médicale de la loi sur les accidents du travail*, thèse pleine des documents les plus intéressants. (Th. de Paris, 1901.)

2° Sur la seconde question, les *suites probables de l'accident*, la réponse est beaucoup plus difficile. Sauf pour les cas graves ou ceux très légers, on doit mettre une grande réserve dans cette réponse. Il est probable que, avec l'usage de la loi nouvelle, des appréciations conventionnelles favorisant des décisions rapides s'établiront. Pour le présent tout est encore incertitude, précisément à cause de la tendance générale à tirer le plus large parti possible des avantages de la loi.

Nous ne savons plus quel est le pronostic des accidents. En voulez-vous un exemple simple?

Je voyais autrefois des enraidissements très prolongés à la suite de la fracture du radius.

Lorsque j'eus mobilisé de bonne heure les sujets de cette fracture, c'est-à-dire depuis plus de vingt ans, je vis un grand nombre de sujets qui reprenaient un travail même dur avant l'accomplissement du mois après l'accident.

Quelques-uns travaillaient même plus tôt qu'on ne le leur avait conseillé.

Mais cet avantage, je ne le constate plus de même, *quand l'ouvrier est blessé du travail.* J'ai vu récemment des sujets bien massés avec un membre parfaitement souple accusant des douleurs qui les empêchaient de retourner à l'atelier après plus de trois mois. En fait il s'agissait de sujets qui avaient appris que d'autres ouvriers atteints de la même lésion, traités par des appareils plâtrés, avaient subi des traitements d'une durée de trois mois et avaient en fin de compte reçu une indemnité importante.

Ce que je vous fais remarquer pour ces fractures, je l'ai noté déjà pour des lésions de toutes sortes.

Ces sujets nous trompent le plus souvent. Mais nous ne pouvons le dire, parce qu'il nous est impossible de le démontrer.

Il peut arriver aussi qu'ils ne nous trompent pas. Comme ils ont obstinément refusé de travailler, même de remuer depuis trois mois, ils sont réellement enraidis, peut-être pour toujours.

Pouvions-nous prévoir cela au moment de l'accident?

Jusqu'à nouvel ordre nous serons donc dans la nécessité de nous tenir dans une grande réserve pour ces sortes de prédictions.

3° Le certificat doit encore noter *la date à laquelle il sera possible de connaître le résultat définitif de la blessure.*

On conçoit encore que cette partie du certificat exige une détermination des plus vagues.

Cette précaution est nécessaire. Le médecin qui rédige un de ces certificats n'oubliera pas que sa responsabilité n'est pas platonique, qu'un certificat donné à la victime pour lui faire obtenir une indemnité plus élevée que celle légitimement due l'expose à des poursuites et à des dommages-intérêts au patron.

Vous voyez donc que le médecin a trouvé dans cette loi une aggravation de ses devoirs et de ses charges.

Il est vrai qu'il peut y trouver un avantage, puisque la loi édicte que les frais médicaux et pharmaceutiques seront payés par le patron.

Il est donc assuré d'être rémunéré dans bien des cas qui autrefois ne comportaient aucune rémunération probable.

Mais, quelles difficultés à vaincre! car avec le certificat primitif vous n'avez que la première et la plus petite part des difficultés.

Je laisse de côté l'évolution de la maladie et les soins que vous devez au blessé, pour venir à la détermination de l'infirmité.

Des incapacités de travail. — La tâche vraiment difficile commence avec l'appréciation des incapacités de travail. Vous n'aurez pas sans doute à décider du côté technique des questions, à savoir si un ouvrier appartenant à une profession déterminée où on se sert de la main, est plus infirme du fait d'une fracture du radius qu'un sujet qui marche, comme un charretier. Mais vous ne pouvez pas ignorer ces conditions pour diriger votre examen, car il vout faut répondre à certaines questions.

Dans des publications bien faites (*Bulletin méd.*, 1902,

n° 68), M. le docteur Rémy montre qu'il ne suffit pas de diviser les ouvriers en catégories pour apprécier les tares qu'ils ont subies : travail de force, travail demandant de l'agilité, travail demandant de l'adresse manuelle, travail d'art avec ingéniosité et subtilité nécessaire.

Mais il faut encore entrer dans le détail de chaque profession.

Ces détails devront être prévus. Il est impossible que pour chaque cas particulier une enquête d'invention se répète.

Aussi deviendra-t-il de toute nécessité d'établir des tableaux dans lesquels on cherchera à noter la plupart des conditions qu'il faut prévoir suivant les métiers, suivant les âges, suivant les régions.

Même quand vous pourrez user de ce guide, qui n'existe pas encore, il vous faudra répondre à certaines questions à étudier.

Dans son excellente thèse, M. Wagner a cherché à classer les principales de ces questions. Quoique son énumération soit incomplète, celles qu'il pose vous donneront une idée des difficultés de votre tâche.

L'infirmité dépend-elle de l'accident invoqué?

Cette question, qui paraît simple au public et qui a paru certainement très simple au législateur, est souvent des plus difficiles à élucider.

Même si l'accident a été bien constaté, l'infirmité peut n'avoir avec lui qu'une relation éloignée. Même en mettant de côté ce qui peut résulter de traumatismes nouveaux subis par le sujet, de mauvais traitements qui peuvent avoir été voulus par lui, des questions élémentaires en apparence sont sans solutions. Celle des hernies en est une.

Y a-t-il une lésion pour laquelle la relation paraisse mieux établie entre l'effort et la difformité?

Cependant rien n'est moins démontré, comme je vous le dirai tout à l'heure.

Des questions plus difficiles à résoudre se dresseront encore devant vous. Un sujet se présente avec une tumeur blanche. Il affirme qu'elle date d'un accident, et l'accident a été constaté régulièrement. Comment répondre à cette question sans solution possible?

Elle aboutira fatalement à une cote mal taillée. On ne peut dire que la tuberculose soit d'origine traumatique. Cependant l'histoire du traumatisme est là, on ne peut la nier. Si le rapport de cause à effet est niable, la succession des accidents est évidente... S'il n'y avait pas eu d'accident, il est vraisemblable que la tumeur blanche ne se fût pas développée à ce moment.

Il sera donc bien difficile, après votre examen, de nier toute relation entre les deux faits. C'est là un côté faible de la loi, qui nécessairement devra être modifié, car si elle mène en ce cas à une indemnité fréquente et par trop injuste, grands et petits patrons se verront dans la nécessité de mettre une rigueur extrême dans le choix des ouvriers.

L'infirmité peut-elle résulter d'une blessure antérieure à l'accident?

C'est une question délicate du même genre. Vous ne pouvez ignorer que beaucoup d'ouvriers sont très adroits malgré une cicatrice vicieuse, malgré une véritable difformité.

Cependant, dans un certificat, il vous faut signaler toutes les conditions pathologiques antécédentes, sans lesquelles il est impossible d'apprécier exactement le dommage subi.

Quelle est la marche de la blessure au point de vue de l'avenir des fonctions?

C'est là un point très important. Une blessure qui paraissait très grave peut évoluer très simplement, tandis qu'une blessure insignifiante en apparence peut mener à des incapacités très marquées.

Soyez très prudents. Les juges et le public comprennent très mal. Ils ont toujours alors tendance à accuser soit le médecin d'avoir mal soigné, soit l'expert d'avoir mal vu.

Une très grande difficulté préside à la solution des questions suivantes :

A quelle époque le traitement a-t-il cessé? — A quelle époque s'est produit ce qu'on appelle improprement la consolidation de la blessure?

C'est là une source de difficultés extrêmes. On peut estimer que les sujets ne se sont pas soignés suffisamment, que la blessure étant guérie ils sont en état de travailler.

Nous avons du reste, nous médecins, une manière de juger les choses dont il faut nous défendre dans notre appréciation des faits pour l'application de cette loi, parce qu'elle n'est pas juste et n'est pas acceptable en pratique.

Nous considérons volontiers comme guéri un sujet qui n'a plus besoin de nos soins immédiats.

Mais ce sujet, qui n'a plus besoin des secours immédiats de la médecine, n'est point en état de retourner à son travail, ou du moins il ne peut le faire que dans des conditions très défectueuses.

Or ces circonstances sont tout particulièrement difficiles à apprécier. D'une part, la difficulté existe en tous temps et d'une façon absolue. D'autre part, depuis l'application de cette loi nouvelle, il semble que l'intérêt de l'ouvrier est de ne reprendre le travail que le plus tard possible.

En suivant les ateliers, on le constaterait aisément, puisqu'à l'hôpital nous pouvons à tout instant vérifier le fait.

On disait volontiers d'un homme qu'il était dur à lui-même et que, malgré un traumatisme, il s'était rapidement remis à travailler. Nous voyons continuellement des sujets qui avaient une lésion peu importante et qui, en éprouvant encore quelques malaises, restent dans une inaction absolue.

Nous ne pouvons légitimement juger contre eux et décider, après examen, qu'ils sont en état de travailler et refusent de le faire. Nous sommes bien obligés, après notre constatation directe, d'enregistrer leur dire.

Le blessé, qui a repris du travail depuis l'accident, a-t-il néanmoins subi une perte importante et appréciable de sa valeur?

C'est là une question qui devrait être purement technique, mais pour laquelle il faudra bien une réponse médicale.

Elle vous amène fatalement à apprendre sur les qualités nécessaires aux travaux les notions indispensables pour répondre aux demandes qui vous seront faites.

On vous interrogera aussi sur l'état général du blessé.

Là, il faudra user de grandes précautions. La question qui vous sera posée peut être tout à fait tendancieuse.

Il peut se produire à courte échéance des transformations profondes dans l'état général du blessé. Il ne faut pas que votre jugement trop médical puisse être interprété défavorablement pour ou contre le blessé, accusé d'une maladie intercurrente qui n'aurait rien à voir avec le traumatisme.

Enfin, la grande question :

Quelles sont les conséquences de la blessure au point de vue organique?

La réponse est presque aussi difficile pour ce jugement

définitif qu'elle était difficile pour faire la prédiction exigée au moment où la blessure s'est produite.

Vous ne pouvez vous tirer d'affaire qu'en donnant à votre certificat un développement qui était inconnu autrefois pour nos certificats médicaux.

Il est difficile en effet d'apprécier la perte de capacité d'un sujet en la jugeant d'une façon absolue.

Il faut encore que votre certificat permette à l'expert technique de déterminer la perte spéciale faite par un ouvrier d'une catégorie déterminée.

Par exemple un ouvrier qui travaille de ses mains à un métier demandant de l'adresse peut, pour une lésion d'apparence insignifiante (plaie par un éclat de verre), perdre absolument l'usage de son membre et la capacité pour son métier.

Le même ouvrier avec une fracture grave d'un membre inférieur, si compliquée qu'elle soit, reste absolument apte à continuer son métier.

Jusqu'à présent on ne vous demande pas de juger la question en elle-même. Mais on vous demande tous les éléments pour la juger.

Il faut donc donner à votre certificat les développements tels que l'arbitre trouve tout ce qui lui faudra.

Aussi passez en revue toutes les conséquences organiques possibles.

Cicatrice, rétraction des tissus, sensibilité exceptionnelle, anesthésie secondaire, laxité articulaire exagérée, raccourcissement des membres, enraidissement définitif ou passager, etc.

Vous avez le devoir de vous servir de tous les moyens d'exploration et de les invoquer.

L'examen des urines, l'examen des humeurs vous donnera des renseignements connus, et pour lesquels votre jugement sera presque sans appel.

Radiographie. — Vous avez à faire faire un examen sur lequel on ne saurait trop appeler actuellement votre attention, l'examen radiographique. Plus nous irons et plus cet examen sera employé pour les jugements relatifs aux difformités.

Mais ici rappelez-vous bien que le public et surtout les radiographes sans instruction aucune sont tout prêts à contrôler votre jugement.

Or ce jugement est jusqu'aujourd'hui beaucoup plus difficile qu'il n'en a l'air. Je ne saurais trop insister auprès de vous pour que vous observiez attentivement les radiographies, de façon à être en état de porter un jugement motivé sur les radiographies qu'on vous présentera. Il faut absolument écarter les prétentions d'interprétations abusives que vous rencontrerez continuellement. Il faut que vous montriez que l'interprétation d'une radiographie ne saurait être faite indépendamment des études cliniques du cas. Il faut détruire cette idée du public que la radiographie donne l'image des parties cachées et qu'il suffit de les regarder pour obtenir un renseignement certain.

Si une perte de la capacité de travail est établie, on vous demandera si elle est temporaire ou permanente.

Un expert technique devra trouver dans vos observations les éléments de son jugement sur la mesure de la perte de capacité faite par l'ouvrier.

En ce moment cette appréciation nous paraît encore un peu étrange, parce qu'elle est remise à des personnes non autorisées.

Je pense qu'avec l'usage de la loi les choses se présenteront plus facilement.

Il est impossible qu'on n'arrive pas à donner au médecin un rôle plus complet dans l'appréciation de ces faits.

Il y aura de telles erreurs commises, soit par les magistrats, soit par les experts techniques, que la part du médecin dans les enquêtes grandira fatalement. Il faut vous y préparer.

Cela ne pourra que rendre plus utile votre rôle dans la société.

Relations de causes a effets. Les hernies. — 1° La loi sur les accidents du travail suppose qu'il est toujours possible d'établir la relation du traumatisme et de la difformité que l'on observe. Or ce qui est possible en certains cas devient difficile et même impossible en certains autres.

L'une des questions les plus difficiles qui vous seront posées sera certainement celle relative aux hernies.

S'il est une opinion bien établie parmi les médecins comme dans le public non médical, c'est que la hernie est due à un excès de l'effort et par conséquent doit être un des accidents du travail.

Nous étudierons quelque jour cette question à fond. Mais je vous la cite aujourd'hui pour vous indiquer immédiatement comment l'expression de vos opinions doit souvent résulter d'une transaction, de ce que j'ai appelé une cote mal taillée.

Il est impossible de dire qu'une hernie résulte du traumatisme et pourtant il est injuste de dire que le traumatisme lui est étranger.

Si le dommage causé par le traumatisme au hernieux est moins sérieux qu'on ne le croit généralement, il n'y a pas cependant injustice à donner une part d'indemnité à un sujet chez lequel la hernie a apparu en coïncidence avec un effort violent.

Il y a des cas très rares et bien évidents dans lesquels des déchirures de la paroi abdominale se sont faites, des hernies ont succédé à un traumatisme direct de la paroi abdominale ou même à un effort excessivement violent.

Dans ces cas la brutalité du traumatisme, la douleur excessive, le résultat immédiatement constaté font que la relation entre le traumatisme et l'accident est bien facile à vérifier et de semblables cas ne donneront guère place à des contestations.

Ce sont là faits absolument exceptionnels qu'il faut considérer comme suites bien franches du traumatisme.

Dans le cas si commun du développement de la hernie inguinale peu après un traumatisme qui souvent n'a pas été précisé, il en est tout autrement, la hernie a de beaucoup précédé l'effort. Celui-ci n'a été qu'une occasion de douleur. Il a pu tout au plus augmenter le volume d'une hernie dont le caractère essentiel est d'être congénitale.

Je vous ai bien souvent montré le fait, je vous l'ai fait toucher par des exemples fréquents. Je vous ai montré comment la hernie prétendue récente et traumatique occupait le cordon dont elle avait dissocié les éléments.

Cependant vous ne pourrez aller contre l'opinion. La *hernie est un accident du travail, même dans ce cas.*

Voyez deux thèses récentes de 1902, l'une de Lyon par le docteur René Godeau : *La hernie au point de vue médico-légal dans les accidents du travail*, et l'autre de Paris : *Les hernies et la loi sur les accidents du travail*, par le docteur Louis Loriot, et vous trouverez des conclusions analogues. M. Loriot

s'appuie surtout sur une jurisprudence empruntée aux tribunaux français.

M. Godeau relate les faits admis par quelques tribunaux, par le service militaire et surtout rapporte la jurisprudence des pays étrangers. Il nous cite par exemple l'Allemagne où l'origine des hernies dans le travail est si bien acceptée, que les hernies ont pu faire admettre une diminution de capacité de travail de 10 à 50 p. 100. En Autriche et en Suisse une jurisprudence analogue est suivie.

Voilà donc un exemple manifeste des cas dans lesquels la difformité n'est certainement pas la résultante immédiate des accidents du travail et dans lesquels il vous faudra l'admettre.

Voyez comme il vous sera difficile en pareil cas d'établir un certificat correct et sincère.

Vous ne pourrez pas faire d'estimation à votre gré parce que, si vous donnez un certificat absolument négatif, conforme à votre appréciation théorique et très sincère sur la pathogénie, vous priverez le sujet examiné d'un bénéfice auquel *l'application commune* de la loi lui donne droit, comme elle le donne à tous les cas semblables.

Quelques interventions pour modérer les accidents du travail. Mécanothérapie. — L'application de cette loi doit avoir pour résultat, comme je vous l'ai dit, d'amplifier le rôle du médecin dans la société. Non seulement on vous demandera de vérifier les conséquences des accidents du travail, mais on vous demandera de les préciser.

Au moment du traumatisme même, les employeurs responsables, souvent par simple humanité, mettaient à la disposition de leurs employés des moyens de traitement, ambulances, hôpitaux, dispensaires, etc. Ils en mettront de plus complets, par intérêt bien entendu.

Que de plaies seraient simples si elles étaient bien pansées dès l'atelier! Que de difformités on éviterait par des soins immédiats!

Quand ces complications ou ces difformités seront tarifées, il sera bien facile aux industriels de diminuer leurs frais généraux d'accidents en recourant plus vite et plus complètement au médecin et on vous demandera d'organiser ces secours immédiats.

Voici, d'autre part, que les industriels s'avisent que les suites des traumatismes durent trop et peuvent être modifiées.

Une très bonne thèse a été consacrée cette année par le docteur Jean Faidherbe (Paris 1902) à la *Mécanothérapie et les blessés du travail.*

La thèse de M. Faidherbe vient tout à fait à point. On ne saurait trop attirer l'attention sur les méfaits de l'immobilisation au point de vue de la suite des accidents du travail.

Le défaut de mobilisation secondaire *voulu* ou *subi* par les blessés est appelé à jouer un rôle considérable dans la persistance des conséquences des accidents, par conséquent dans l'abaissement de la valeur de l'ouvrier et par suite dans l'importance des pensions à accorder.

Cette thèse a mis en relief l'importance des mobilisations primitives et secondaires, mais elle insiste en pratique sur l'utilité de la mobilisation secondaire.

L'auteur laisse un peu de côté la mobilisation par le médecin, par le masseur, qui cependant me paraîtrait devoir être la mobilisation par excellence et qui demandera votre intervention directe en bien des cas.

Il fait une histoire rapide des établissements industriels qui ont pu installer des appareils mécaniques de Zander et d'autres pour travailler en quelque sorte eux-mêmes à la réparation des mouvements de leurs ouvriers.

Ces institutions sont intelligentes pour le blessé comme pour l'industriel.

Elles diminueront certainement les frais de l'industriel.

Elles rendront à l'ouvrier une capacité qu'il est en train de perdre.

Après avoir cherché au début la pension de préférence à la capacité, l'ouvrier s'apercevra vite que cette recherche exagérée de la pension compense mal la perte de sa valeur ouvrière.

L'institut de mécanothérapie qui permettra à un grand nombre d'ouvriers à la fois d'utiliser les mouvements provoqués qui les obligera à ces mouvements plus facilement peut-être que ne le peut faire un masseur, est appelé à rendre les plus grands services. Ce qui a été fait par des établissements industriels étrangers peut être fait chez nous.

Les établissements industriels peuvent emprunter aux établissements existants leur secours immédiat et la mécanothérapie se trouvera appelée à jouer ainsi un rôle important et immédiat que vous ne devez pas ignorer.

Conclusions. — La loi sur les accidents du travail va exiger de nous des études et des appréciations auxquelles nous ne sommes pas accoutumés. Elle va exiger de nous des pronostics dont la précision nous effraye.

Nous reprochons volontiers à la loi de nous interroger ainsi très vainement sur certaines conditions pour lesquelles nous ne pouvons donner aucune certitude.

Cela tient à ce que nous n'avons encore aucune pratique de la loi. Cela tient aussi à ce que nous avons *des scrupules exagérés*. Nous sommes accoutumés à juger les choses beaucoup plus exactement que ne le peuvent penser ceux qui n'ont pas étudié les sciences naturelles et qui ne se doutent pas du caractère de l'observation médicale.

Les conditions du dommage subi par les ouvriers, du dommage à compenser par les employeurs, sont conditions si multiples qu'il sera impossible de les préciser *d'une façon absolue* et comme nous devrions le souhaiter.

Il faudra de toute nécessité créer des catégories dans lesquelles on fera rentrer à peu près les dommages subis.

Il n'est pas surprenant qu'il arrive, au cours de la distribution des indemnités qu'il n'y ait pas un rapport absolument exact entre les compensations et suivant les cas.

Vous pouvez en avoir un exemple frappant dans les compensations établies antérieurement dans certaines industries.

Dans les grandes industries minières, par exemple il y a déjà longtemps que la mort a son tarif et chaque blessure grave aussi.

La perte d'une jambe, la perte d'un bras sont taxées régulièrement. Mais suivant l'intelligence du sujet, suivant sa bonne volonté, suivant la souplesse du membre restant, il peut y avoir des différences immenses entre les résultats du travail qu'ils pourront encore faire, toujours avec la même indemnité.

Ce sera bien pire encore, une fois qu'il faudra indemniser toutes les lésions, depuis les plus petites jusqu'aux plus grandes.

Il faut donc renoncer à une justice absolue qui séduit le médecin. Il faut donc avoir en vue une compensation suffisante au dommage subi sans espoir de la mesurer d'une

façon mathématique. Il faut que cette compensation soit suffisante pour l'ouvrier et qu'elle n'exagère pas injustement les frais du patron.

D'ailleurs n'oubliez pas que les indemnités sont revisables pendant une période considérable de trois ans et consolez-vous en pensant que, si l'erreur commise involontairement avait été importante, il y aurait un recours sérieux pour la partie lésée.

Pour déterminer vos appréciations, pour fixer vos jugements, soyez très minutieux; ce sera la première indication indispensable. Au cours des discussions qui pourront suivre, il ne faut pas qu'on puisse vous accuser de négligence. Les experts non médicaux peuvent attacher à certaines constatations une importance que vous n'attacheriez pas vous-mêmes.

Il faut être correct et le meilleur en cette difficile occurrence est de rester toujours absolument honnête.

On vous dira que le médecin qui soigne se doit d'exagérer le dommage subi par son client et que le médecin qui agit pour l'assurance ou la compagnie leur doit de diminuer la gravité du dommage subi.

Il est possible que des médecins aient aussi mal compris leur rôle. Mais le fait est certainement exceptionnel.

Vous verrez à l'usage que le propre de la profession est dans une loyauté très générale et dans beaucoup de sincérité.

J'estime que c'est bien là le devoir, c'est aussi la sauvegarde des intérêts des deux parties.

A cet égard-là, les habitudes se sont déjà beaucoup modifiées. Autrefois, la tendance des médecins experts des grandes compagnies était de reculer des solutions dans l'espoir d'amender les indemnités nécessaires.

La tendance actuelle est toute différente. On a vu que l'intérêt bien entendu des compagnies était dans les solutions rapides, acceptées par les intéressés.

Même si elles sont revisables, la revision ne se fera qu'en cas exceptionnels.

En agissant vite on arrive à des solutions meilleures et moins coûteuses pour les deux parties.

La loi sur les accidents du travail mènera aux mêmes conclusions. La rapidité dans la conclusion des arrangements du patron et de l'ouvrier empêcheront l'ouvrier de prolonger indéfiniment les suites de son traitement.

Quand il sera bien convaincu qu'une fracture du radius lui donnera droit à une indemnité raisonnable, même s'il met toute sa bonne volonté à en guérir rapidement, il n'aura plus de bonnes raisons de s'estropier pour tirer un bénéfice réel de son accident.

Il faut donc amener le public à apprécier la gravité d'une blessure en elle-même.

C'est en cela que le rôle du médecin devra grandir avec l'application de cette loi. Si technique que soit l'expert il ne peut à aucun point de vue apprécier cette gravité intrinsèque des blessures ou des maladies. Fatalement les difficultés d'appréciation deviendront telles que bon gré mal gré il faudra avoir plus complètement recours à lui.

Étudiez donc avec soin le pronostic des traumatismes, faites-le dans un esprit très large, et point trop en chercheurs de détails. Il faudra que tout le monde passe par vos mains et votre rôle social grandira justement.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(5 DÉCEMBRE 1902)

La séance a été presque en entier consacrée à la discussion du rapport de la Commission chargée d'étudier les causes de l'encombrement dans les hôpitaux et les moyens d'y remédier, et aux mutations des médecins dans les services hospitaliers.

A la suite du rapport de la Commission précitée, on a émis le vœu suivant :

« La Société médicale, considérant que la cause principale de l'encombrement dans les hôpitaux de Paris est la présence dans les services de médecine d'un nombre considérable de tuberculeux chroniques, dont le séjour se prolonge indéfiniment au détriment de l'hygiène générale et avec de grands risques de contagion pour les autres malades, émet le vœu :

Que l'Assistance publique crée immédiatement, sur un des terrains qui lui appartiennent, un hôpital économique construit aussi rapidement que possible, pour cinq ou six cents lits au moins, répartis en pavillons à rez-de-chaussée, analogues à ceux de l'hôpital Broussais; il sera réservé aux tuberculeux qui lui seront adressés des autres hôpitaux par voie d'évacuation, sur certificat des chefs de service. »

Rapportons maintenant la communication faite à la dernière séance par MM. Claude et Barth : **Recherches sur les éliminations urinaires et la physiologie pathologique des néphrites scléreuses chroniques.**

« On a admis dans ces dernières années, disent-ils, que la perméabilité rénale était diminuée dans les néphrites interstitielles. Cette opinion s'est établie à la suite de recherches entreprises au moyen des éliminations provoquées de substances étrangères à l'organisme (bleu de méthylène, iodure de potassium, etc.). Dans les recherches que nous avons poursuivies sur ce sujet, nous sommes arrivés à des résultats tout différents; la cause de cette divergence nous paraît résider dans les méthodes mêmes d'observation employées. Nous avons étudié nos malades pendant un certain nombre de jours consécutifs, à des époques plus ou moins avancées de la néphrite, contrairement aux auteurs qui n'ont fait souvent qu'un examen de la fonction urinaire chez chaque malade. Tout en employant pour comparaison les injections de bleu de méthylène, de phloridzine, en étudiant la toxicité urinaire, etc., nous avons surtout mesuré la valeur des éliminations par la méthode cryoscopique de Claude et Balthazard et par l'analyse partielle des urines (azote total, urée, chlorures, etc.). Enfin, nous avons tenu compte du régime alimentaire du malade. Appréciant par les procédés véritablement de mesure le taux des substances excrémentitielles rejetées par le rein, analysant les signes cliniques, tension artérielle, bruit de galop, phénomènes d'auto-intoxication urémique; enfin ayant pu étudier, dans quelques cas, la constitution anatomique des organes dont nous avions observé l'activité fonctionnelle aux divers stades de la maladie, nous avons essayé de reconstituer en quelque sorte l'évolution de la néphrite scléreuse chronique.

Celle-ci est constituée par le développement progressif de tissu interstitiel à la confluence d'îlots de sclérose primitivement disséminés. Simultanément, ou sous l'influence des lésions rénales même, la tension artérielle s'élève et le cœur s'hypertrophie. Les parties du rein restées saines

subissent l'hypertrophie compensatrice, et les systèmes glomérulo-tubulaires aussi modifiés sont le siège d'une suractivité fonctionnelle des plus accusées. A travers ces glomérules énormes distendus par des capillaires où le sang circule à haute tension, filtre un volume considérable de liquide, qui, au contact des tubes dilatés et dont la surface est double, triple et plus encore de la normale, se charge de molécules de substance de désassimilation. Par cette sorte d'équilibre qui se constitue grâce à l'accord physiologique du système cardiovasculaire et du rein transformé par l'altération pathologique et adapté à sa fonction nouvelle. Les éliminations se font abondantes, exagérées même, comme le prouvent les observations que nous rapportons, quand le système cardiovasculaire, pour une raison quelconque, présente une suractivité fonctionnelle. Mais que cette harmonie vienne à être rompue par suite d'une infection qui frappe le myocarde et provoque sur les parties saines du rein des altérations de glomérulo-tubulite aiguë, ou par suite d'une complication cardiaque aiguë primitive, comme nous en avons rapporté un cas, ou secondaire (myocardite chronique, par exemple), l'insuffisance rénale plus ou moins accusée, plus ou moins durable, se manifeste. Enfin la sclérose atrophique progressive peut aboutir à la destruction complète des systèmes glomérulo-tubulaires subsistants, et, malgré les derniers efforts d'un myocarde résistant, les éliminations s'abaissent et la grande urémie apparaît.

En somme, l'étude des néphrites scléreuses lentes, à évolutions progressives, faite au point de vue clinique et physiologique, nous montre que, dans ces maladies, les éliminations sont longtemps abondantes et même très abondantes, qu'il existe une adaptation particulière du système cardiovasculaire à l'état du rein, et l'histologie corrobore cette conception de physiologie pathologique en montrant l'existence réelle d'appareils glomérulo-tubulaires véritablement organisés pour la fonction qu'on est conduit à leur attribuer. »

Relevons maintenant dans la séance dernière quelques communications un peu hâtivement faites au milieu d'une foule compacte qu'avait amenée le changement dans les différents services.

M. Dufour résume de mémoire l'observation d'un malade atteint de **régurgitations électives**. Or, la radiographie est venue confirmer le diagnostic et a montré qu'il s'agissait d'un rétrécissement œsophagien avec un diverticule situé au-dessus.

M. Béclère montre que la radiographie peut venir en aide au diagnostic de l'acromégalie en révélant l'hypertrophie irrégulière des parois craniennes, la profondeur exagérée des sinus frontaux et les dimensions très notables de la fosse pituitaire, toutes déformations qui échappent aux procédés habituels d'exploration.

M. Hirtz lit, en son nom et au nom de M. Salomon, une observation d'**hémorragie de la protubérance sans syndrome de Millard-Gubler**. Il s'agit d'un malade qui eut un ictère apoplectique suivi d'hémiplégie croisée des membres et de la face, s'accompagnant de contracture, d'exagération des réflexes, de dysarthrie et d'hémianesthésie sensitive. A l'autopsie on trouva un foyer hémorragique intéressant surtout les étages moyen et inférieur de la protubérance, malgré l'absence, pendant la vie, de paralysie alterne, et laissant à peu près indemne l'étage supérieur. Les auteurs passent en revue les différents symptômes que l'on a rattachés à une lésion protubérantielle et concluent qu'en l'absence du syndrome de Millard-Gubler il est bien difficile d'affirmer cette localisation.

M. Widal lit un mémoire sur la **présence du bacille d'Eberth dans le sang des typhiques**, au nom de MM. Courmont et Lesieur (de Lyon). Il résulte des observations de ces auteurs que la présence du bacille d'Eberth est constante dans le sang des typhiques après les premiers jours jusqu'à la fin du troisième septenaire. Pour le mettre en relief, il faut ensemencer 2 à 4 centimètres cubes de sang dans 250 à 300 grammes de bouillon ordinaire, ou mieux d'eau peptonée sodée. Le retard observé assez fréquemment dans le développement des cultures tient sans doute plus à l'action empêchante du sérum typhique qu'au petit nombre des microbes dans le sang.

Depuis que M. Courmont a présenté ses premières recherches, M. Widal a d'abord, avec l'aide de M. Lutier et ensuite avec l'aide de MM. Lemierre et Gadaud, pratiqué systématiquement l'ensemencement du sang de tous les typhiques de son service, en suivant la technique qu'il a recommandée.

En divisant ses cas en deux catégories, suivant que la forme était légère ou intense, il arrive à la statistique suivante :

Dans 5 formes légères examinées du 5e au 12e jour de la maladie, le bacille ne peut être isolé du sang.

Dans 20 cas, moyens ou graves, le bacille recherché dans le sang du 5e au 15e jour de la maladie fut trouvé dix-sept fois.

Dans tous ces cas, légers ou graves, l'agglutination était présente.

M. Widal n'a donc pas pu isoler le bacille dans tous ses cas, mais l'a parfois décelé dès les premiers jours de la maladie.

Dans un cas douteux, à séro-réaction retardée, cette recherche, comme le disent MM. J. Courmont et Lesieur, peut donc devenir un succédané de l'agglutination.

La constatation si fréquente du bacille d'Eberth dans le sang des typhiques est, en tous cas, un des faits les plus intéressants qui aient été ajoutés en ces dernières années à l'histoire bactériologique de la dothiénentérie. Elle nous montre que dans la période d'état des formes intenses, l'infection ne reste pas localisée à l'intestin et à ses annexes ; le bacille se généralise dans le sang, comme dans une septicémie, et cette généralisation semble caractériser une période de l'infection.

MÉDECINE PRATIQUE

L'emploi des dentifrices contenant des substances aromatiques.

Le docteur Jullien (de Joyeuse) fait les très intéressantes réflexions suivantes, dans le *Journal des praticiens*, sur le choix d'un dentifrice. « Ce choix est aisé, dit-il ; les formules toutes faites abondent. Les spécialités, sorties du domaine pharmaceutique, poudres, pâtes, eaux, élixirs, sont chez le coiffeur et l'épicier.

Le médecin veut-il formuler : un antiseptique, un colorant pour flatter l'œil du client, et invariablement, pour flatter son goût? Q. s. d'une substance aromatique quelconque — menthe, girofle, anis, cannelle, badiane, lavande, sauge, etc. — associés, comme dans la célèbre Eau de Botot :

Semences d'anis		32 grammes
Girofle	āā	8 —
Cannelle		
Huile volatile de menthe		4 —
Teinture d'ambre		4 —
Eau-de-vie		884 —

ou dans l'Elixir dentifrice du Codex :

Essence de cannelle	1 gramme
— de badiane	2 —
— de girofle	2 —
— de menthe	8 —
Teinture de benjoin	8 —
— de cochenille	20 —
— de gaïac	8 —
— de pyrèthre	8 —
Alcool à 80°	1.000 —

ou isolément : la menthe dans l'eau orientale de Delabarre, l'Elixir de Desirabode, l'eau dentifrice de Beaumetz, les poudres alcaline, acide, au charbon du Codex, les poudres de Toirac, Regnart, Jamet, etc.

L'huile de girofles dans l'esprit odontalgique de Boerhaave, mixture de Cadet, la poudre de Reveil.

L'alcoolat de lavande ou de romarin dans le gargarisme de Pleuck, l'élixir d'Ancelot, etc.

Dans les formules anciennes, les substances aromatiques jouent le rôle majeur d'antiseptiques, et accessoire de parfums. — Dans les modernes, le rôle antiseptique est accessoire et dévolu à des substances plus actives, thymol, salol, phénosalyl, etc...

Tous les aromatiques, ombellifères, labiées, épices même (cannelle, girofle) contiennent des essences dont l'odeur et la saveur imprègnent vivement la préparation dentrifice.

Il semble qu'on n'ait pas tenu suffisamment compte que l'action physiologique de ces essences puisse dépasser le but cherché. Elles provoquent une vive excitation des extrémités nerveuses olfactives et gustatives. C'est le point de départ d'un réflexe qui aboutit à accroître les sécrétions non seulement salivaires mais gastriques — mécanisme bien connu d'ailleurs, puisque les aromatiques sont classés parmi les médicaments apéritifs, les excitants de la sécrétion gastrique. Rien là de fâcheux si le dentifrice est employé immédiatement avant ou après le repas. Mais la plupart du temps il est employé, souvent exclusivement, au moment de la toilette matinale.

La bouche se parfume, l'estomac sécrète à vide. N'est-ce point réaliser le syndrome de l'hypersécrétion? Et de fait, pour peu qu'on veuille interroger ceux qui font usage des préparations courantes pour les soins de la bouche, un bon nombre accusent le matin, après la toilette, une série de troubles quelquefois mal définis, quelquefois nets : malaise passager, tiraillement au creux égigastrique, sensation de faim pénible, brusquement réveillée, nausées, vertige stomacal, parfois vomissements qualifiés de pituite. Symptômes aggravés à la longue par la répétition de la cause, disparaissant par l'emploi de dentifrices insipides.

N'est-il pas vraisemblable que cet état anormal puisse même permettre à de vrais troubles gastriques de s'installer? Et la question est encore plus délicate quand il s'agit de formuler un dentifrice pour un malade déjà atteint de phénomènes morbides du côté de l'estomac.

En conclusion j'estime que, dans nos formules, les substances aromatiques, capables d'avoir une action nuisible sur l'estomac, ne jouant en outre aucun rôle autre que de parfumer la préparation et de renforcer faiblement l'action des médicaments actifs doivent être supprimées — sauf pour le rince-bouche.

La liste des antiseptiques est assez longue pour permettre de choisir ceux dont le goût n'est pas désagréable. L'alcool au salol me semble parfait comme élixir — employé à dose de quelques gouttes dans l'eau, ou pur sur la brosse.

La craie camphrée de la pharmacopée anglaise, jointe *āā* au bicarbonate de soude, forme une poudre qui n'a rien de désagréable. »

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Éléments de physiologie [IVe fascicule] (1), par F. Laulanié.

Dans ce nouveau fascicule, M. Laulanié étudie *les fonctions du système nerveux et les fonctions de reproduction*. L'article consacré aux fonctions du système nerveux commence par un résumé anatomique très clair, du trajet des diverses voies sensitives et motrices dans le névraxe ; il se continue par l'exposé de la physiologie des différentes parties du système nerveux : moelle, bulbe, protubérance en noyaux gris, etc. Signalons tout particulièrement les pages dans lesquelles M. Laulanié, mettant au point l'importante question des fonctions cérébrales, envisage successivement le cerveau considéré comme organe des phénomènes de conscience, les localisations cérébrales, les centres psycho-sensitifs, l'association des images et des centres d'association, le cerveau considéré comme organe de langage. L'étude physiologique du sommeil, du liquide céphalo-rachidien et du grand sympathique termine le chapitre consacré aux centres nerveux. Dans le chapitre suivant, M. Laulanié décrit les *organes des sens* et particulièrement la vision, dont il donne une théorie physique des plus complètes. Enfin il aborde le chapitre de *l'influence du système nerveux sur les grandes fonctions de l'organisme* et étudie les différentes fonctions : respiration, circulation, sécrétion, dans leurs rapports avec le système nerveux. L'innervation du cœur est minutieusement exposée et le lecteur y trouvera une revue critique fort intéressante des différentes théories que l'on a successivement soutenues sur le rôle du vague et du sympathique, des ganglions et de la fibre musculaire dans le jeu normal du myocarde.

L'étude de la *reproduction*, étude précédée d'un résumé histologique sur les éléments fondamentaux, l'ovule et les spermatozoïdes, et des fonctions du fœtus, termine ce fascicule dans lequel on retrouve les qualités de clarté, d'exactitude et de science qui ont fait le succès des précédents.

L. B.

Ecoles d'infirmières et de garde-malades (2), par M. Louis Rivière.

Tout le monde reconnaît maintenant que pour soigner les malades la bonne volonté et le dévouement ne suffisent plus ; il faut en outre être au courant des nouvelles méthodes scientifiques. C'est afin de répondre à cette nécessité que l'on a fondé les écoles d'infirmières et de garde-malades. Dans le petit volume que nous annonçons, M. Louis Rivière, si compétent en matière de questions sociales, étudie le fonctionnement des écoles de ce genre qui existent déjà et indique les résultats qui ont été obtenus.

L'auteur a divisé son travail en deux parties : la première est réservée aux principaux pays étrangers, notamment à l'Angleterre, l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suisse. M. Rivière a voyagé l'été dernier dans ces contrées, afin d'en étudier à fond les institutions spéciales. Dans la deuxième partie consacrée à la France, l'enseignement organisé par l'initiative des commissions administratives et celui qui est dû à des sociétés privées sont successivement examinés ; le

(1) In-8°. Paris, Asselin et Houzeau.

(2) In-18. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Victor Lecoffre, 90, rue Bonaparte.

dernier chapitre, relatif à l'intervention officielle, se termine par l'analyse de la récente circulaire de M. le ministre de l'Intérieur.

Cet ouvrage est donc entièrement d'actualité; rédigé avec une impartialité absolue, il est appelé à rendre les plus grands services à toutes les personnes qui voudront avoir des renseignements précis sur cette question qui préoccupe à juste titre tous ceux qui ont la responsabilité des soins à donner aux malades dans les hôpitaux publics ou privés.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 15 AU 20 DÉCEMBRE 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 15 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Richet, Rémy et Broca (André).

3 (oral, 1re partie), *Salle Thouret* : MM. Kirmisson, Legueu et Lepage ; — M. Cunéo, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Tillaux, Walther et Gosset; — (2e partie, 1re série) : MM. Brissaud, Gaucher et Teissier; — (2e série) : MM. Dejerine, Bezançon et Legry; — M. Broca (Aug.), suppléant.

MARDI 16 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Hartmann et Thiéry.

2e, *Salle Pasteur* : MM. Launois, Langlois et Desgrez.

3e (oral, 2e partie), *Salle Pasteur* : MM. Hutinel, Thiroloix et Dupré.

4e, *Salle Corvisart* : MM. Proust, Gilbert et Thoinot ; — M. Rémy, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Faure et Auvray ; —(2e série) : MM. Pozzi, de Lapersonne et Marion ; — M. Gouget, suppléant.

MERCREDI 17 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Dejerine et Roger.

1er (oral), *Salle Richet* : MM. Kirmisson, Gosset et Cunéo.

2e, *Salle Pasteur* : MM. Gautier, Rémy et Gley.

3e (oral, 1re partie), *Salle Béclard* : MM. Pinard, Broca (Aug.) et Legueu ; — M. Mauclaire, suppléant.

JEUDI 18 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Méry et Desgrez.

2e (oral, 1re partie), *Salle Vulpian* : MM. Berger, Rémy et Thiéry.

4e, *Salle Pasteur* : MM. Proust, Teissier et Vaquez; — M. Langlois, suppléant.

VENDREDI 19 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (oral, 2e partie), *Salle Pasteur* : MM. Landouzy, Brissaud et Widal.

4e, *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz ; — M. Rémy, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Walther et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.) et Legueu ; — M. Gosset, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard. Lepage et Wallich ; — M. Cunéo, suppléant.

SAMEDI 20 DÉCEMBRE, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Marion et Auvray.

3e (oral, 1re partie), *Salle Broussais* : MM. Le Dentu, Thiéry et Potocki ; — M. Rémy, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Dupré et Jeanselme ; — (2e série) : MM. Gilbert, Renon et Gouget ; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin ; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Les mutations suivantes auront lieu dans les services de médecine : M. Dreyfus-Brisac passe de Lariboisière à Beaujon ; M. Hirtz, de Laënnec à Necker ; M. Hippolyte Martin, de la Charité à Bichat ; M. A. Petit, de la Pitié à la Charité ; M. Siredey, de Saint-Antoine à l'Hôtel-Dieu ; M. Galliard, de Saint-Antoine à Lariboisière ; M. Le Gendre, de Tenon à Lariboisière ; M. Bourcy, de Tenon à Laënnec ; M. Duflocq, de Tenon à la Charité ; M. Morel-Lavallée, de la Pitié à la Charité ; M. Jeanselme, d'Hérold à Tenon ; M. Jacquet, de Larochefoucault à Tenon ; M. Lesage, de la Maison Dubois à Hérold ; M. Lion, de Debrousse à la Pitié ; MM. Lenoir, Mosny, Rénon passent à Saint-Antoine ; M. Thiroloix, à Debrousse ; M. Caussade, à Tenon ; M. Claisse à la Pitié ; M. Parmentier, à Saint-Antoine ; M. Bouloche, à la Maison Dubois ; M. Méry, à Larochefoucault.

Concours de l'internat. — Le jury du concours est définitivement composé de MM. Parmentier, Aviragnet, Sevestre, Letulle, Chaput, Albarran, Guinard, Guillemain, Boissard, Demelin, qui ont accepté.

Prix Nobel. — Le prix Nobel pour 1902 (100 000 francs) pour la médecine serait attribué, cette année, d'après le *Bulletin médical*, au médecin-major Roos, de l'École de médecine pratique de Liverpool, pour ses travaux personnels et ceux de l'École en général, sur la malaria.

On annonce, d'autre part, que le roi Léopold a mis à la disposition de l'Ecole de Liverpool une somme annuelle de 15000 francs pour envoyer des missions scientifiques au Congo, toujours en vue d'étudier la malaria.

Statistique. — Une augmentation brusque dans la mortalité est le fait principal à noter pendant la quarante-huitième semaine : le service de la statistique municipale a, en effet, compte, 995 décès, au lieu de 855 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 856. Cette augmentation porte sur les affections de l'appareil respiratoire et sur les maladies du cœur. Les décès attribués à la grippe proprement dite ne sont qu'au nombre de 4. On peut craindre que ce nombre n'augmente.

La fièvre typhoïde a causé 10 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 6 pendant la semaine précédente; le nombre des cas nouveaux est en diminution (43, au lieu de 60 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 51). On voit que cette maladie, cette semaine, comme pendant les précédentes, a une fréquence moyenne.

La rougeole a causé 6 décès, au lieu de 2 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne (3) ; la scarlatine 2 au lieu de 1 pendant la semaine précedente et de la moyenne (2) ; la coqueluche 1 au lieu de 4 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (3); la diphtérie, subissant une hausse brusque et considérable que faisaient craindre le grand nombre des cas nouveaux, signalés pendant les précédentes semaines, a causé 20 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (7); ce chiffre n'avait pas été atteint depuis la vingt-septième semaine (juillet 1902) et les chiffres des deux derniers mois, notamment, étaient toujours voisins ou inférieurs à la moyenne ; le nombre des cas nouveaux (96) reste stationnaire, mais encore très supérieur à la moyenne (64).

On n'a cependant signalé aucun décès par variole ; le nombre des cas nouveaux est toujours à peu près stationnaire (11, au lieu de 14 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne 27).

La diarrhée infantile a causé 27 décès de 0 à 1 an, au lieu de 32 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 21.

En outre, 33 enfants sont morts de débilité congénitale. Ce chiffre est sensiblement moindre que pendant la précédente semaine (49).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 161 décès, au lieu de 114 pendant la semaine précédente, et au lieu de 120 moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (au

lieu de la moyenne 10); bronchite chronique, 21 (chiffre identique à la moyenne); pneumonie, 40 (au lieu de la moyenne 31); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 94 (au lieu de la moyenne 68), dont 43 sont dus à la congestion pulmonaire et 40 à la broncho-pneumonie. En outre, 4 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 207 décès; la méningite tuberculeuse, 21; la méningite simple, 15; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 17 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 72; les maladies organiques du cœur, 89; le cancer a fait périr 59 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 8 décès; la cirrhose du foie, 11; la néphrite, 34; enfin, 42 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 140. — JEUDI 11 DÉCEMBRE 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 11 DÉCEMBRE 1902. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU

FRACTURES INDIRECTES DE L'ORBITE ET LEURS CONSÉQUENCES

Par M. le professeur DE LAPERSONNE (1).

Messieurs,

Le 25 octobre, entrait dans mon service, salle Saint-Julien, un homme, âgé de 55 ans, dont je vais vous résumer l'observation. Cet homme, au commencement du mois d'octobre, est tombé dans sa cave sur le crâne et la face. Relevé sans connaissance, il a été transporté à l'hôpital Saint-Antoine. D'après les renseignements qu'on nous a donnés, il est resté en état de stupeur pendant huit jours environ. Il a présenté dès le début une ecchymose de la conjonctive droite d'abord bulbaire, puis palpébrale ; il a eu une épistaxis de la narine droite, un écoulement de sang par l'oreille droite, ce qui a permis de porter le diagnostic de fracture de l'étage antérieur et de l'étage moyen de la base du crâne.

Aussitôt que les phénomènes de shock ont disparu, on nous a envoyé ce malade qui se plaignait d'avoir complètement perdu la vue du côté droit. A son entrée, il était encore sous le coup de son traumatisme et répondait assez mal aux questions posées ; cet état s'est du reste peu amélioré depuis.

Il se présentait alors avec une exophtalmie des plus nettes et un ptosis complet du côté droit, qui s'étaient produits dès le premier jour après l'accident. Actuellement l'exophtalmie a presque disparu.

Le refoulement de l'œil dans l'orbite était un peu douloureux, et on éprouvait une certaine résistance pour relever les paupières par suite de la contraction de l'orbiculaire. L'ophtalmoplégie était totale, aussi bien externe qu'interne. On ne pouvait obtenir aucun mouvement de l'œil droit. La pupille était moyenne comme grandeur avec perte des réflexes à la lumière et à l'accommodation consensuelle.

On notait de la conjonctivite et un peu de chémosis du segment inférieur qui a beaucoup diminué depuis quinze jours.

Du côté de la peau nous avons constaté d'abord de l'anesthésie, puis de l'hypoesthésie de toute la région innervée par le nerf frontal et le nerf lacrymal droit. La sensibilité n'était au contraire que peu diminuée dans la zone du nasal.

Enfin deux symptômes importants venaient compléter cet ensemble clinique ; le malade ne percevait nullement l'odeur de l'ammoniaque placée devant sa narine droite, ni le goût du sulfate de quinine posé sur la partie droite de la langue, alors que rien de semblable n'était observé du côté gauche ; il s'agissait donc d'une hémianosmie et d'une hémiapreusie très nette. Notre malade, qui accusait une certaine diminution de ces deux sens depuis plusieurs années, s'était aperçu lui-même de ce double phénomène à la suite de son traumatisme.

Au point de vue ophtalmoscopique, on reconnaissait la stase papillaire, avec gonflement de la papille qui était grisâtre ; les vaisseaux étaient tortueux et en certains points disparaissaient dans l'œdème ; il y avait de multiples hémorragies en pointillé, en flammèche, ainsi qu'un gros placard à la partie supérieure. La cécité était absolue. Actuellement l'état s'est modifié, la papille est atrophique, les veines sont encore un peu volumineuses, les foyers hémorragiques ont disparu et ont été remplacés par des taches pigmentaires.

Avant de vous montrer, Messieurs, comment on peut expliquer ces lésions qui semblent si diverses, au premier abord, je tiens à rapprocher de cette observation celle d'une dame que j'ai vu en consultation avec un de mes collègues des hôpitaux.

Cette dame, âgée de soixante ans, était dans une petite voiture tonneau à deux roues, quand le cheval, effrayé par un automobile, se mit à ruer; la dame perdit connaissance et fut plusieurs fois de suite projetée contre les parois de la voiture. Il y eut une plaie contuse du rebord orbitaire externe, se prolongeant jusqu'au milieu de la paupière inférieure. Cette plaie produite par section de dedans en dehors sur le rebord orbitaire fut suturée et guérit par première intention en quarante-huit heures. L'exophtalmie était très légère, mais il y avait un aspect œdémateux, gélatineux et verdâtre des deux paupières, un ptosis complet, ophtalmoplégie interne et externe totale de l'œil, avec pupille dilatée et immobile.

(1) Leçon clinique recueillie par M. Ét. LE SOURD, interne des hôpitaux.

On ne constatait aucun trouble sensitif dans les régions du frontal et du lacrymal, mais l'anesthésie était complète dans la zone du sous-orbitaire, branche du maxillaire supérieur, et dans celle du naso-lobaire, ce qui indiquait une lésion du filet ethmoïdal du rameau nasal de la branche une ophtalmique. De plus il y avait une anosmie complète du côté correspondant à la plaie. Enfin il y eut des épistaxis peu abondantes de la narine du même côté, pendant une quinzaine de jours environ.

L'ophtalmoscope n'indiquait aucune lésion du fond de l'œil, pas de décollement de la rétine, vaisseaux et papille normaux, et cependant l'acuité visuelle était absolument nulle.

Comment peut-on expliquer les phénomènes si singuliers que nous avons rencontrés chez ces deux malades? Dans l'un et l'autre cas je pense qu'il s'agissait d'une fissure de l'étage antérieur de la base du crâne à la suite d'un traumatisme péri-orbitaire.

Le mécanisme de ces fractures indirectes de la base du crâne a fait l'objet de nombreux travaux. Nombreuses aussi sont les hypothèses qu'on a proposées pour expliquer les fractures.

Aran le premier, dans les *Archives de médecine* d'octobre et novembre 1844, a émis l'idée qu'elles étaient irradiées de la voûte à la base. « Elles constituent, disait-il, les 99 centièmes des fractures de la base. Elles y arrivent par le chemin le plus court, c'est-à-dire en suivant la courbe du plus court rayon. Elles s'y circouscrivent ordinairement à certaines régions et suivant une direction particulière. Dans la chute ou percussion sur la région frontale, les fractures se portent vers l'étage antérieur de la base du crâne, dans lequel elles se limitent, s'étendent quelquefois cependant jusqu'à la fosse pituitaire, l'étage moyen, mais rarement atteignent le rocher. » De même les chutes sur la région temporale ou occipitale produisent pour Aran des fractures situées toujours au même point.

En somme, fracture par irradiation de la voûte à la base, explication de ce mécanisme par la théorie du plus court rayon, telles sont les idées d'Aran. Mais souvent dans les autopsies on n'a pas constaté cette propagation de la fracture de la voûte à la base et on a cherché une autre solution à la question.

Trélat en 1855, puis Félizet dans sa thèse de 1873 se firent les champions d'une théorie établie sur la composition architecturale du crâne.

Ils considéraient le crâne comme formé d'une pièce supérieure ou sincipitale, d'une pièce inférieure ou basilaire et de six arcs-boutants les réunissant : l'arc-boutaut frontal et occipital aux deux extrémités du diamètre antéro-postérieur les arcs-boutants orbito-sphénoïdaux aux deux extrémités antérieures et les arcs-boutants pétreux aux deux extrémités postérieures des diamètres obliques. La zone de dépression et la zone environnante de soulèvement que provoquent les traumatismes craniens ont des limites qui correspondent aux arcs-boutants les plus voisins du point traumatisé. L'anatomie pathologique confirme ces données et montre que les fractures irradiées gagnent toujours la base entre deux arcs-boutants.

Chipault dans ses expériences est arrivé aux mêmes conclusions que Félizet.

En Allemagne, Otto Messerer, cité par Gérard Marchant, pense que, « lorsqu'on exerce une pression sur le crâne élastique, la partie ainsi comprimée s'infléchit en dedans, tandis que les autres parties du crâne subissent un écartement : il se produit ainsi un allongement des diamètres perpendiculaires à l'axe de la pression. Dès que ce maximum de tension est atteint, le crâne éclate et il en résulte des fissures. Dans la règle, elles partent du point comprimé, mais des parties faibles du crâne peuvent se fracturer tandis que la partie traumatisée reste intacte. La direction de ces fractures est celle d'un méridien de la sphère cranienne et dépend du reste de la direction de la violence traumatique. Ces fissures se propagent volontiers vers la base qui est la partie la plus faible du crâne. »

Félizet et Messerer font donc, ainsi que vous le voyez, jouer un rôle principal aux points faibles. Les points faibles sont en rapport avec chaque arc-boutant et connaissant le point d'application du traumatisme, on pourra imaginer le siège probable de la fracture et les lésions qui pourront se produire.

Dans l'étage antérieur de la base du crâne, qui seul ici nous intéresse, les points faibles sont représentés par la voûte orbitaire, la lame criblée de l'ethmoïde et surtout le sommet de l'orbite au niveau du canal optique. Conformément au mécanisme exposé par Félizet et Messerer, Holder a noté 14 cas de fracture de la région orbito-ethmoïdale ou du canal optique, sans lésion de la voûte, à la suite de traumatisme du front et de la partie antérieure de la voûte.

Appliquons, Messieurs, ces données à nos observations ; dans celle de notre malade de Saint-Julien, il y a choc sur la partie antéro-supérieure du crâne, celle-ci tend à redresser sa courbure ou, suivant l'expression de Sancerotte, « à se courber en sens contraire, » les deux piliers naso-frontal et orbito-sphénoïdal tendent à s'écarter et il y a fissure au niveau du point faible : le plafond de l'orbite et le canal optique.

Pour notre seconde observation, le mécanisme est plus compliqué, car le canal optique s'ouvre à la partie interne de l'orbite et n'est pas en rapport direct avec le plancher et la partie externe qui ont reçu le traumatisme; de plus la fente sphénoïdale les sépare. Mais la théorie du contre coup permet de comprendre ce qui s'est passé. Il y a eu refoulement et redressement par le choc du massif orbito-sphénoïdal en dehors, pendant que le pilier naso-frontal est resté immobile, il s'est produit par suite une fracture du canal optique par le mécanisme exposé plus haut.

Il y a enfin une troisième région de l'orbite dont la percussion peut produire par contre-coup des fractures du canal optique et de l'ethmoïde, c'est la pyramide du maxillaire supérieur. Nous en avons rapporté un exemple très intéressant dans la *Presse médicale* de 1900 avec M. Lefort (de Lille).

Nous venons de voir que toutes ces fractures se rencontraient au sommet de l'orbite, c'est-à-dire au niveau du canal optique et de la fente sphénoïdale, ainsi que l'ont bien démontré les travaux de Berlin et von Hölder. De ces points les fractures peuvent irradier en arrière vers l'étage moyen, atteignant la selle turcique et le sinus caverneux sur la ligne médiane, le trou grand rond et même le trou ovale sur les parties latérales. Les organes qui passent dans ces divers orifices peuvent être lésés. Ainsi que l'a montré Ferron dans sa thèse (Lyon 1901), on ne peut rattacher leurs altérations à une lésion des centres cérébraux ou de leurs noyaux d'origine. Il est certain que leurs rapports intimes avec la

base du crâne expliquent leurs paralysies, mais ils sont atteints avec une fréquence différente.

La fracture du trou optique se rencontrant le plus souvent, le nerf optique sera atteint plus fréquemment. On a invoqué plusieurs mécanismes pour expliquer son altération.

Knapp pense qu'il s'agit d'une pression directe sur le nerf arrêtant le passage de l'influx nerveux et amenant une cécité immédiate.

D'autres auteurs croient à une déchirure plus ou moins complète du nerf. Malheureusement les autopsies confirmatives nous manquent.

Il s'agit peut-être plus souvent d'un épanchement sanguin dans la gaine du nerf que d'une lésion de celui-ci. Le sang pourrait venir d'une rupture des vaisseaux de la gaine piale, ce qui est plus admissible que le refoulement à travers la gaine sous-arachnoïdienne du sang venu du crâne et s'infiltrant dans les enveloppes des nerfs. La conséquence de cet épanchement c'est la stase papillaire avec dilatation des vaisseaux et hémorragies rétiniennes, tous phénomènes que nous avons constatés chez notre homme.

Enfin à la suite de lésions de la veine ophtalmique, il pourrait se produire une thrombose des veines orbitaires, avec prolongement du caillot jusque dans la veine centrale de la rétine, ce qui donnerait l'aspect de la thrombose de la veine centrale de Michel avec ses nombreuses hémorragies. Mais dans cette hypothèse l'œdème de la papille serait moins considérable que chez notre malade et la vision resterait au moins partielle.

La fente sphénoïdale, ainsi que nous l'avons vu, est aussi fréquemment atteinte, soit seule, soit en même temps que le trou optique, le trait de fracture réunissant les deux orifices.

Vous savez, Messieurs, qu'on peut séparer la fente sphénoïdale en deux parties, une interne et inférieure encerclée par le tendon de Zinn et contenant la veine ophtalmique, les deux branches du moteur oculaire commun, le moteur oculaire externe et le nerf nasal; une externe et supérieure effilée où passent le nerf lacrymal, le frontal et le pathétique.

Chacun de ces organes peut être atteint. La contusion de la veine ophtalmique donne lieu à des hématomes de l'orbite et à de l'exophtalmie. Les nerfs peuvent être lésés comme chez nos deux malades. Chez notre dame, il y avait de plus une altération du nerf sous-orbitaire; peut-être la fracture s'est-elle prolongée en arrière de la fente sphénoïdale jusqu'au trou grand rond, atteignant ainsi le nerf maxillaire supérieur qui est tout près en arrière; mais il est plus probable que c'est au niveau du trou ou du canal sous-orbitaire que le nerf sus-orbitaire lui-même a été atteint par le traumatisme.

L'anatomie nous explique donc toutes les lésions que nous avons rencontrées dans nos deux observations. Quant au pronostic de ces fractures de l'étage antérieur, ces fractures sont graves à cause de la commotion cérébrale intense qu'elles occasionnent et qui peut amener la mort des malades avant qu'ils aient repris connaissance. Lorsque les malades échappent à ces dangers immédiats, les lésions intéressant les nerfs de l'orbite sont définitives et n'ont aucune tendance à rétrocéder.

Le diagnostic de ces fractures de l'étage antérieur doit être fait dans certains cas avec les fractures de l'étage moyen, surtout si le moteur oculaire externe est intéressé, dans une fracture longitudinale de la crête du rocher, suivant le mécanisme indiqué par Panas.

Il existe aussi une variété spéciale de paralysies plus localisées, n'atteignant que certains muscles de l'œil, consécutives à des traumatismes de l'orbite. Leur pronostic est infiniment plus bénin, elles sont le plus souvent transitoires et curables. Dans l'*Écho médical du Nord* (janvier 1897) et dans la thèse de notre élève Beaugrand, nous en avons rapporté un cas, où le petit oblique était atteint. Il y avait une ecchymose sous-conjonctivale, une épistaxis qui dura plusieurs semaines avec expulsion de gros caillots fétides par la gorge et les narines, caillots qui provenaient du sinus maxillaire. Pour expliquer cette paralysie, nous avons admis une félure du plancher de l'orbite avec lésion du petit oblique, facile à expliquer, étant données ses connexions avec le périoste orbitaire. Cette paralysie a été passagère.

Plus récemment, M. A. Terson a étudié ces cas dans les *Annales d'oculistique*, et M. Terrien en a signalé une observation dans les *Archives d'ophtalmologie*.

On conçoit tout l'intérêt clinique et médico-légal que présente le diagnostic entre ces paralysies curables et celles résultant des fractures de l'étage antérieur de la base du crâne.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(9 décembre 1902)

L'appendicite, qui ne se contente pas d'occuper les séances de la Société de chirurgie, fait son apparition, de nouveau, à l'Académie. C'est M. Richelot qui l'y ramène. Voici le résumé de sa communication.

Récemment, à l'Académie, M. Dieulafoy s'est élevé une fois de plus contre la temporisation, en proclamant que « toute appendicite aiguë et fébrile doit être opérée dans les deux premiers jours ». Il a montré combien il est dangereux de « laisser refroidir » l'appendicite, dans certaines formes graves qui répandent des toxines à travers l'organisme et y créent des désordres irrémédiables. C'est vrai; nous devons opérer sans retard toute appendicite aiguë et fébrile observée à ses débuts, parce que nous n'avons aucun signe qui nous fasse augurer de la gravité future des accidents locaux ou généraux. Quand l'altération des traits, la violence ou la diffusion de la douleur sont absentes, on a tort de parler de la « bénignité apparente des symptômes », et quand la situation tourne court et que le malade meurt, on a tort de croire à des accidents subits et que rien ne faisait prévoir. L'acuité, la fièvre sont des signes de gravité suffisants; il faut intervenir d'urgence, et dans les quarante-huit heures l'opération réussit presque invariablement.

Mais nous ne sommes pas toujours appelés dans les deux premiers jours. Que faire, si nous voyons le malade à une période plus tardive? C'est alors qu'il faut être médecin et ne pas adopter un système, une formule absolue. Dans bon nombre de cas, alors même qu'il y a une détente relative, une diminution de la douleur et de la température, il faut savoir lire l'urgence sur la face du malade, reconnaître l'altération des traits, un état d'anxiété indéfinissable, inaperçu des profanes, qui contredit l'optimisme de ses réponses. Il est inexact, quand on s'est abstenu et que le malade est mort, de dire qu'il avait eu « une accalmie traî-

tresse », car on doit être assez médecin pour ne pas se laisser trahir.

Dans d'autres cas, au contraire, il y a une rémission franche, qu'il faut savoir distinguer. Ni l'atténuation de la douleur, ni l'abaissement de la température ne sont des preuves suffisantes; mais c'est le faciès du malade, son aspect, sa manière d'être. Il n'a ni abattement, ni anxiété, ni optimisme factice; ses traits sont reposés, il a le calme vrai auquel ne peut se tromper l'observateur sagace. Avez-vous peur d'une poussée nouvelle, d'une recrudescence? Jamais; les recrudescences appartiennent aux formes diffuses et progressives, elles sont des continuations, elles vous surprennent parce que vous avez cru trop vite à la guérison.

La question est fort délicate; on a cité des désastres, des coups de théâtre : le malade allait bien, on n'avait pas d'inquiétude, et tout à coup les symptômes graves ont éclaté. Eh bien! on a tort de répéter qu'après une amélioration franche et certaine, l'appendicite peut subitement changer d'allure et entraîner des accidents mortels. Les faits cités sont des malentendus. Ayant le parti pris d'attendre pour opérer à froid, certains chirurgiens ont méconnu la gravité toujours probable d'une appendicite aiguë observée dans sa période ascendante, ou sa gravité persistante — et qu'ils auraient dû voir — après l'amendement de quelque symptôme secondaire.

La rémission franche autorise, haut la main, la temporisation. Autant l'opération est urgente au début des appendicites aiguës, autant il est fâcheux de se jeter aveuglément sur toutes les appendicites qu'on rencontre, à n'importe quel moment et dans n'importe quelles conditions. Il est impossible de nier, en présence d'une appendicite qui tourne bien, l'avantage de la laisser devenir tout à fait bénigne, et d'opérer quand il y a un maximum d'adhérences et un minimum de pus, ou quand l'appendice est devenu sec et le drainage inutile.

A fortiori devons-nous recommander la modération dans les appendicites originellement bénignes. Combien n'y en a-t-il pas qui, dès le début, montrent leurs vraies allures et à aucun moment n'inspirent de craintes! Ces cas-là se jugent et se reconnaissent.

Et puis, il y a les appendicites douteuses, les diagnostics incertains, il y a les appendicites qui n'existent pas, les douleurs à droite — pures névralgies ou vagues localisations de l'entéro-colite — décorées de ce nom terrible par un entraînement qui est de mode aujourd'hui.

M. Richelot termine sa communication par les conclusions suivantes :

« *a.* Toute appendicite aiguë et fébrile, qu'on voit à ses débuts, doit être opérée sans retard. Celles qu'on voit plus tard et qui restent graves doivent être opérées au plus vite; il est encore temps de sauver le malade. Dans ces deux premières conditions, « attendre que l'appendicite soit refroidie, c'est exposer le malade à la mort » (Dieulafoy).

b. Si la période aiguë et dangereuse est à sa fin, si la rémission franche, différente des « bénignités apparentes » et des « accalmies traîtresses », ne laisse dans l'esprit aucun doute, l'intervention, presque toujours nécessaire en principe, devient affaire d'opportunité. Il est d'un médecin de ne pas laisser mourir, les bras croisés, les appendicites qui tournent mal, et de savoir composer, au contraire, avec celles qui tournent bien.

c. La classe nombreuse des appendicites aiguës observée tardivement, celle des appendicites subaiguës, bénignes, chroniques et à répétitions, nous réservent encore bon nombre « d'opérations à froid », opérations salutaires, excellentes, qu'il ne faut certes pas poursuivre aveuglément à travers les périls mortels des formes graves, mais qu'il faut savoir accueillir quand elles se présentent et faire naître si on peut.

Cette communication a surtout pour but de montrer que nous ne pouvons pas donner aux médecins une formule définitive qui leur trace une ligne de conduite invariable. La médecine n'est pas une collection de recettes pour guérir les maladies, et rien ne nous dispensera jamais de réfléchir, d'observer, en un mot, d'être cliniciens. »

M. Saint-Yves Ménard a été chargé par l'Académie de médecine d'une mission en Algérie pour étudier sur place la **production du vaccin anti-variolique**. C'était à la demande du docteur Trolard, fondateur et directeur de l'Institut Pasteur d'Alger, que le gouverneur général s'était adressé à l'Académie.

Le docteur Trolard avait éprouvé, au début, quelques difficultés, et l'administration avait reçu des plaintes des médecins vaccinateurs sur la qualité du vaccin. Telle était la raison d'être de la mission confiée à M. Saint-Yves Ménard.

Pendant son séjour à Alger, il a examiné l'installation du service vaccinal de l'Institut Pasteur, a suivi son fonctionnement dans le passé d'après les documents qui lui ont été fournis; enfin, au cours de cette étude, il a vu inoculer plusieurs génisses, faire la récolte et les préparations dont il a étudié la virulence à son retour.

Il a étudié les questions suivantes qui ont un intérêt pratique :

1° L'approvisionnement et le choix des vaccinifères ;

2° La sélection des semences à inoculer et leur conservation ;

3° La production et la distribution du vaccin dans les colonies pendant la saison chaude ;

4° La conservation de la virulence de la pulpe vaccinale glycérinée.

M. Saint-Yves Ménard arrive aux conclusions suivantes :

« I. L'installation générale du service vaccinal ne laisserait rien à désirer si l'Institut Pasteur pouvait recevoir des génisses en état d'être inoculées au fur et à mesure des besoins.

Pour cela, il serait nécessaire de donner à l'établissement un crédit un peu supérieur, avec toutes facilités d'acheter et de vendre des animaux choisis.

Si le mode d'approvisionnement actuel est maintenu, la construction d'une étable isolée s'impose.

II. La culture du vaccin se fait dans de bonnes conditions. Je recommande toutefois de faire une sélection dans les semences pour inoculer les meilleures en séries, au lieu d'utiliser systématiquement le vaccin de chaque génisse pour une génisse suivante.

III. Le vaccin préparé présente une virulence normale et n'a jamais donné lieu à des accidents. Les statistiques en font foi et mes observations personnelles en ont donné la vérification expérimentale.

La progression du nombre des tubes distribués d'année en année témoigne dans le même sens; mais ce qui a une signification plus grande encore, c'est que le vaccin de l'Institut Pasteur a éteint successivement les foyers de va-

riole qui se sont produits en Algérie depuis six ans, notamment en 1898, 1899 et 1900.

IV. Les plaintes formulées contre ce vaccin n'ont été motivées que par des insuccès accidentels et passagers. Elles n'ont pas, en réalité, l'importance qu'on leur a accordée.

V. Pour éviter des retours offensifs de la variole, il y a grand intérêt à satisfaire les demandes de vaccin sans délai. Il suffit, pour cela, d'entretenir en glacière une petite provision.

VI. La suspension de la distribution du vaccin, pendant le mois de juillet, août, septembre et octobre, peut avoir de graves conséquences.

Il me paraît nécessaire de vacciner en tout temps, dût-on recourir, en cas de besoin, au vaccin de la métropole. »

M. Gautier après nous avoir fait connaître, dans plusieurs communications, les nombreuses applications de l'**arrhénal**, nous fait aujourd'hui une sorte de revue générale des indications et des contre-indications de cette médication. De nombreuses expériences ont été faites, à son instigation, en particulier dans certaines maladies exotiques.

Un fait intéressant à retenir au point de vue du traitement du paludisme : dans certains cas où de fortes doses de quinine restaient sans résultat, l'association de 0,05 centigrammes d'arrhénal avec une petite dose de quinine a donné d'excellents effets.

M. Javal, aux oreilles duquel sont parvenues, sans doute, les plaintes unanimes de la presse, a fait une spirituelle conférence sur l'**acoustique de la nouvelle salle de l'Académie**. Il paraît que MM. les membres ne sont pas beaucoup mieux partagés que nous au point de vue de l'audition. Une des causes de cette mauvaise acoustique serait, d'après M. Javal, l'absence complète de tapis et de tentures. On a surtout cherché à faire aseptique et on a fait trop sonore. Quelques microbes de plus ou de moins, nous n'en sommes pas là et, comme MM. les membres de l'Académie sont, en général, des gens assez bien élevés pour ne pas cracher par terre, quelques tapis auraient, paraît-il, permis d'obtenir une meilleure sonorité. M. Javal termine ses intéressantes réflexions par ces mots : « Comme salle d'opérations, ce serait très bien; mais comme salle des séances, c'est bien défectueux. » Au point de vue de l'acoustique, on tâchera d'y remédier. Espérons que nous en tirerons quelque profit pour l'accomplissement de nos fonctions qui, dans l'état actuel des choses, sont rendues vraiment bien difficiles.

REVUE DE LA PRESSE

SÉMÉIOLOGIE

Les urines des cancéreux. — M. J. Sabrazès (de Bordeaux). On conçoit *a priori* que les modifications des humeurs de l'organisme, au cas de cancer, doivent varier avec la nature du néoplasme et avec son siège dans tel ou tel organe. L'examen du sang et des urines, à ce point de vue, justifie cette opinion.

Blumenthal fait remarquer en effet que l'indicanurie d'un très haut degré milite en faveur du carcinome de l'estomac et d'un cancer ulcéré quand il existe de l'albuminurie et une diazo-réaction positive.

L'apparition d'une glycosurie intense, pendant l'évolution d'un néoplasme, indique une localisation pancréatique (ainsi que récemment le fait s'est présenté à nous, au cours d'un néoplasme gastrique généralisé aux autres viscères abdominaux), ou peut marquer le développement d'une tumeur de la région bulbo-protubérantielle.

L'excrétion urinaire d'acide lactique plaide en faveur du cancer du foie : l'exagération du taux de l'acide urique, en faveur d'une tumeur d'un organe riche en nucléine — foie, pancréas, corps thyroïde, ganglions — et en faveur d'une de ces affections si voisines, à notre avis, des néoplasmes, la myéloleucocythémie et la lymphocythémie. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, n° 49, 1902.) L. G.

BACTÉRIOLOGIE

Nouvelle méthode pour la recherche des bacilles de Koch dans les crachats. — M. A. Couratte-Arnaude (de Bordeaux) fait connaître un nouveau procédé qui consiste dans les opérations suivantes :

« 1° Faire un mélange dans les proportions de :

Crachats	10 cc.
Eau	100 cc.
Lessive de soude	x gouttes.

Porter à l'ébullition, en agitant constamment, jusqu'à obtention d'un liquide assez homogène.

2° Traiter, dans un tube à essai, une partie de ce liquide, 20 centimètres cubes par exemple, par :

Acide acétique	IV gouttes.
Ether ordinaire	4 cc.

Emulsionner fortement; on assiste à la formation d'un précipité qui monte très rapidement à la partie supérieure du liquide.

3° Redissoudre le précipité par la lessive de soude. Agiter fortement après avoir ajouté un excès d'éther. Laisser reposer le mélange.

On constate la formation rapide d'un anneau à la surface de séparation de l'éther et du liquide. C'est dans cet anneau que se trouve la presque totalité des bacilles tuberculeux contenus dans le liquide ainsi traité. Cet anneau, plus ou moins volumineux au début, s'amincit peu à peu jusqu'à pouvoir ne former qu'une pellicule très mince. Il est très facile, quand l'éther est évaporé, ou même avant, de prélever des fragments de cette pellicule, de les étaler sur des lames et de les examiner au microscope après coloration par la méthode de Ziehl. Les bacilles n'ont rien perdu de leurs propriétés de coloration. »

Ce procédé paraît pouvoir rendre quelques services dans les cas douteux de tuberculose pulmonaire. C'est ainsi qu'il a permis à l'auteur de trouver de nombreux bacilles là où six préparations par les procédés ordinaires ne lui en avaient pas montré.

« Il peut être utile aussi dans des démonstrations pratiques. Au lieu d'employer, pour l'examen, des cultures de bacilles de Koch, toujours dangereuses, ou des crachats dangereux aussi, et donnant des résultats très incertains, il suffirait de traiter par le procédé que nous indiquons des crachats contenant un assez grand nombre de bacilles. Réunis à la surface du liquide, ceux-ci seraient facilement recueillis par des lames, apparaîtraient très nombreux dans le champ du microscope donneraient des préparations homogènes et très propres, et enfin rendraient la manipulation sans danger.

Enfin il serait curieux de savoir : 1° quelle est la cause de la réaction; 2° si cette réaction est spécifique aux crachats renfermant des bacilles de Koch; 3° si elle peut s'appliquer à l'examen d'autres liquides pathologiques (liquides pleurétiques, etc.). » (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, n° 49, 1902.) F. R.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement des bronchites aiguës de l'enfance. — Le professenr E. Ausset (de Lille) résume ainsi le traitement curatif et l'hygiène prophylactique :

TRAITEMENT CURATIF. — C'est durant toutes les maladies, ou bien lors de la survenue de tel ou tel symptôme les dévoilant, que les indications suivantes doivent être remplies.

1° *Désinfection des premières voies.* — Qu'il s'agisse de la forme superficielle ou de la bronchite diffuse profonde, on fera l'antisepsie de la bouche et du nez. Dans ce but, l'instillation mentholée sera préférée; matin et soir, on versera dans chaque narine une cuillerée à café de la solution suivante :

Huile de vaseline stérilisée.......	100 grammes
Menthol.........................	1 —

Chez les enfants déjà grands et suffisamment dociles, on fera également deux fois par jour une large irrigation de la bouche avec de l'eau boriquée à 4 0/0. Chez les plus petits on se contentera de la pulvérisation trois ou quatre fois par jour d'eau boriquée, à l'aide d'un pulvérisateur à vapeur, maintenu à 30 centimètres de la bouche de l'enfant pendant cinq minutes.

Cette désinfection aura pour effet d'empêcher le plus souvent les infections secondaires et surtout la capillarisation de la bronchite.

2. *Agir sur la toux et les sécrétions.* — α. S'il s'agit d'une bronchite superficielle il suffira d'administrer un vomitif qui, dans ce cas, désobstruera les bronches et apaisera la toux. On prescrira :

Sirop d'ipéca.....................	30 grammes
Poudre d'ipéca...................	0gr 30

à prendre par cuillerées à café toutes les dix minutes jusqu'à vomissement; aussitôt que les vomissements ont commencé, donner de l'eau tiède.

On fera suivre ce vomitif, quelques heures après que les vomissements auront cessé, de la potion suivante, qui continuera à faciliter l'expectoration et à calmer la toux :

Oxyde blanc d'antimoine.........	0gr 30
Sirop de codéine....	20 grammes
Looch blanc.......... Q. s. pour	120 cc.

à prendre par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures.

β. Dans le cas de bronchite diffuse profonde, le vomitif est encore indiqué si l'enfant n'est pas trop jeune, si l'état général n'est pas trop atteint. Dans cette forme la congestion bronchique, qui précisément entretient les sécrétions et la toux, est très intense. On s'efforcera donc d'agir sur les vaisseaux et on prescrira des vaso-constricteurs sous la forme suivante :

Ergotine.........................	0gr 75
Sirop d'ipéca....................	30 grammes
Looch blanc.......... Q. s. pour	120 cc.

à prendre par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures. Respecter le sommeil.

3. *Dérivation et révulsion.* — α. Lorsqu'on se trouve en présence d'une bronchite légère, superficielle, il nous paraît inutile de faire de la révulsion; tout au plus pourra-t-on faire quelques badigeonnages iodés.

β. Mais, dans la bronchite diffuse profonde, dont la tendance congestive est des plus manifestes, on devra envelopper les membres inférieurs de bottes ouatées recouvertes de taffetas gommé; le thorax sera également enveloppé de ouate. On provoquera ainsi une révulsion cutanée énergique et une sudation des plus salutaires. Cette méthode suffit le plus habituellement, et il n'est pas besoin de recourir aux ventouses sèches, aux cataplasmes sinapisés qui seront réservés pour les cas graves.

Un moyen des plus efficaces de lutter contre l'élément congestif, c'est la balnéation chaude. Quand on a la chance de pouvoir traiter suffisamment à temps par ces bains une bronchite diffuse, on ne la voit jamais se capillariser. La balnéation systématique est le meilleur révulsif, le meilleur dérivatif à employer. On donnera les bains à 35-37 degrés, toutes les trois heures, tant que la température sera de 39 degrés ou au-dessus. On laissera l'enfant dix minutes dans ce bain, et, pendant ce temps, on lui fera boire du lait chaud, ou un peu de cognac et d'eau.

4. *Soutenir les forces, lutter contre l'infection générale.* — Pour désintoxiquer l'enfant, pour chasser au dehors tous les poisons, on lui fera boire abondamment du lait, des tisanes chaudes, du champagne coupé avec de l'eau.

α. Chez les enfants très jeunes, l'encombrement bronchique, vu l'étroitesse de l'arbre aérien, amène très rapidement de la fatigue du cœur. On devra surveiller attentivement cet organe. On administrera les excitants diffusibles, tels que l'acétate d'ammoniaque. L'alcool à faible dose, les bains chauds, les médicaments vasoconstricteurs, dont nous avons parlé plus haut, contribueront pour une large part à tonifier le muscle cardiaque.

β. Chez les nourrissons, sans qu'il y ait broncho-peumonie et rien que du fait seul de la bronchite profonde, le cœur peut fléchir; on devra s'adresser, dans ces cas, aux injections d'huile camphrée au dixième, un centimètre cube trois fois par jour, aux inhalations d'oxygène. On n'oubliera pas que, chez ces bébés, la bronchite diffuse profonde, surtout dans sa forme congestive, peut acquérir toute la gravité de la broncho-pneumonie. Il conviendra alors, dans ces cas intenses, d'appliquer la même thérapeutique que s'il s'agissait d'une véritable broncho-pneumonie (1).

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE. — Tout enfant atteint de bronchite sera maintenu à la chambre, s'il s'agit de bronchite superficielle, au lit dans le cas de bronchite profonde. La température de la chambre sera de 16 à 18 degrés. La crainte du refroidissement ne devra pas empêcher le renouvellement de l'air de la pièce.

Plus l'enfant sera jeune, plus on devra se méfier de la moindre infection des voies respiratoires. Une simple trachéite chez un nourrisson sera minutieusement soignée à cause de la facilité de l'infection descendante.

On n'oubliera pas que toute bronchite est, en somme, une infection, même dans les cas où on serait tenté de l'appeler essentielle, a frigore; et, comme telle, elle est contagieuse. On voit souvent des épidémies de maisons. Il faudra donc isoler tout enfant atteint de bronchite. (*Echo médic. du Nord*, 7 déc. 1902.)

E. R.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision ministérielle du 8 décembre 1902, ont été affectés, savoir :

En Afrique occidentale française. — M. le médecin principal de deuxième classe Simon.

MM. les médecins-majors de première classe Brossier, Layet et Leclerc.

M. le médecin aide-major de première classe Marmey.

Au Soudan français. — M. le médecin aide-major de première classe Vallet.

En Indo-Chine. — MM. les médecins-majors de première classe Arami, Ilbert et Fortoul.

M. le médecin-major de deuxième classe Mas remplacera, au consulat de Canton, M. le docteur Mesny.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Lecomte, Depied et Brau.

A Madagascar. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Lairac et Gautier.

Au Dahomey. — M. le médecin-major de deuxième classe Camus.

A la Guadeloupe (*H. C.*). — M. le médecin aide-major de première classe Butin.

(1) Voir *Consultations médico-chirurgicales*, publiées sous la direction de M. le professeur COMBEMALE, 1re série, p. 194.

En France. — Médecin-major de première classe : au 23e d'infanterie coloniale, M. Pons.

Médecins-majors de deuxième classe : au 4e d'infanterie coloniale, MM. Couderc et Sorel ; au 8e d'infanterie coloniale, M. Plomb ; au 7e d'infanterie coloniale, M. Mongie ; au 22e d'infanterie coloniale, M. Gallet de Santerre.

Médecin aide-major de première classe auxiliaire : au 1er d'artillerie coloniale à Rochefort : M. Maillé.

En Indo-Chine. — Médecins aides-majors de première classe : au 18e d'infanterie coloniale, à Thaï-Nguyen, M. Imbert (J.) ; au service général à Khong, M. Le Groignec ; aux batteries d'artillerie à Saïgon, M. Imbert (A.).

Médecins aides-majors de première classe stagiaires : au 18e d'infanterie coloniale à Sontay, M. Moursou ; à l'hôpital d'Hanoï, M. Mathis ; au 2e tirailleurs tonkinois, à Tien-Yen, M. Kernéis.

En Afrique occidentale française. — Au 3e territoire militaire (H. C.), M. le médecin-major de deuxième classe Damiens.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17

N° 141. — SAMEDI 1[illegible] [illegible]MBRE 1902. 75e ANNÉE. SAMEDI 13 DÉCEMBRE 1902. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

De l'envahissement du système lymphatique dans le cancer du larynx.

Par M. B. CUNÉO, professeur agrégé à la Faculté.

L'envahissement du système lymphatique joue un rôle considérable dans l'extension de l'épithélioma du larynx. La plupart des particularités que présente l'évolution locale de ce néoplasme s'expliquent par la disposition de l'appareil lymphatique du larynx. Il nous faut donc rappeler sommairement cette disposition.

I

Mascagni (1), ne fournit sur les lymphatiques du larynx que des indications sommaires. Cruikshank (2) n'en fait aucune mention. La première description précise est celle de Teichmann, qui insiste surtout sur la disposition des réseaux d'origine dans la muqueuse laryngée. Sappey (3) reprend et complète la description de ces réseaux et indique la disposition générale des collecteurs et de leurs ganglions terminaux (1874). En 1887, Poirier (4) injecte les lymphatiques de la corde vocale inférieure, dont on avait jusqu'alors contesté l'existence, et rappelle l'attention sur le ganglion prélaryngé, signalé en 1859 par Engel, mais passé sous silence depuis par la plupart des classiques. Plus récemment (1899) Most (5), applique à l'étude des lymphatiques du larynx le méthode de Gerota. Après avoir injecté de nombreux larynx à l'aide de cette même méthode, j'ai pu vérifier et compléter sur quelques points la description de Most. Les résultats de ces recherches ont été exposés dans la thèse de Roubaud (1), qui a été mon collaborateur dans cette étude de contrôle des lymphatiques du larynx.

Je résumerai ici brièvement les faits acquis, en me bornant à insister sur les points pouvant présenter quelque importance pour le chirurgien.

Les lymphatiques du larynx naissent d'un réseau occupant toute la surface interne de l'organe, mais décomposable en deux territoires : un territoire supérieur et un territoire inférieur.

Le *territoire supérieur*, au niveau duquel le réseau d'origine est très dense et d'une injection très facile, comprend toute la portion *sus-glottique* de la muqueuse du larynx : épiglotte, replis aryténo-épiglottiques, cordes vocales supérieures, ventricules laryngés. — Le *territoire inférieur* est formé par la portion *sous-glottique* de la muqueuse laryngée. A ce niveau, le réseau est moins dense et dans tous les cas moins facile à injecter qu'au niveau du territoire supérieur. Nous verrons dans un instant que ce fait anatomique s'accorde avec cette constatation anatomo-pathologique que l'adénopathie est plus tardive dans les épithéliomas de la portion sous-glottique.

Ces deux territoires présentent une indépendance relative. Ils sont en effet séparés par une zone intermédiaire, formée par la corde vocale inférieure, au niveau de laquelle les lymphatiques sont plus rares et plus déliés, sans faire cependant défaut. Par contre, au niveau de la paroi postérieure du larynx, les deux territoires se continuent sans ligne de démarcation bien nette. Ajoutons que, lorsqu'on pousse une injection au niveau de la corde vocale inférieure, la masse pénètre ordinairement dans le réseau sus-glottique (Most). Il importe encore de remarquer que les lymphatiques d'une moitié du larynx ne présentent pour ainsi dire pas de communications avec ceux du côté opposé au niveau de la ligne médiane antérieure. Par contre, ces communications sont extrêmement nombreuses au niveau de la ligne médiane postérieure.

Le réseau de la portion sous-glottique se continue sans ligne de démarcation aucune avec le réseau trachéal. De même le réseau de la portion sus-glottique est en conti-

(1) MASCAGNI. *Vasorum lymphaticorum corporis humani historia et ichonographia*, juin MDCCLXXXVII, p. 63 et 64 et tab. XXXII.

(2) CRUIKSHANK. *Anatomie des vaisseaux absorbants du corps humain*, trad. Petit Radel, 1787.

(3) SAPPEY. *Anatomie, physiologie, pathologie des vaisseaux lymphatiques*. Paris 1874.

(4) POIRIER. Vaisseaux lymphatiques du larynx. Ganglion prélaryngé, *Progrès méd.*, 1887, n° 19, p. 373.

(5) MOST. *Ueber die Lymphgefässe. Lymphdrüsen de Kehlkopfes, Anat anz.*, 1899, p. 387, et Ueber den Lymphgefässapparat von Kehlkopf und Trachea und seine Bezrchungen zur Verbreitung Krankhafter Processe, *Zeitschr. f. Chir.*, Bd LVII, 1900.

(1) ROUBAUD. *Contribution à l'étude anatomique des lymphatiques du larynx*, Th. de Paris, 1902.

nuité directe avec les réseaux muqueux du pharynx et de la base de la langue. Le groupe médian des collecteurs linguaux postérieurs reçoit même des vaisseaux émanés de la face antérieure de l'épiglotte.

Tous ces faits comportent de nombreuses conséquences au point de vue de l'extension locale de l'épithélioma laryngé.

La disposition des collecteurs n'a pas moins d'intérêt. Chacun des deux territoires présente en effet des afférents distincts, il en résulte que le siège de l'adénopathie symptomatique pourra varier avec la localisation de l'épithélioma dans la cavité laryngée.

Les troncs émanés du réseau sus-glottique perforent la membrane hyo-thyroïdienne et se terminent dans les ganglions les plus élevés de la chaîne jugulaire interne. Ces ganglions s'échelonnent ordinairement entre le point où la veine est croisée par le ventre postérieur du digastrique et une ligne horizontale passant par la partie moyenne des lobes latéraux du corps thyroïde.

On trouve parfois sur la membrane thyro-hyoïdienne un ou deux petits ganglions. Mais ceux-ci ne reçoivent pas de lymphatiques venus du larynx; ils sont annexés à des collecteurs émanés des gouttières pharyngo-laryngées; aussi l'envahissement indique-t-il un épithélioma primitivement ou secondairement localisé à cette partie du pharynx (observations de Mikulicz et de Kümmel).

Les troncs émanés du *territoire sous-glottique* se groupent en deux pédicules : l'un antérieur, l'autre postérieur.

1. Le *pédicule antérieur* ou *supra-cricoïdien* comprend trois ou quatre troncs qui perforent la membrane crico-thyroïdienne près de la région médiane. Certains de ces troncs s'arrêtent dans les ganglions prélaryngés (Poirier). D'autres aboutissent dans un ganglion prétrachéal. D'autres enfin, se rendent directement dans un des ganglions moyens ou inférieurs de la chaîne sterno-mastoïdienne.

Les ganglions prélaryngés et prétrachéaux font partie d'une chaîne que nous avons décrite sous le nom de chaîne cervicale antérieure profonde (in Poirier-Charpy, t. II, p. 1280). Cette chaîne est formée par trois amas distincts.

1° Un amas prélaryngé, signalé pour la première fois par Engel (1). Son étude a été reprise par Poirier (loc. cit., p. 375), d'après lequel l'amas prélaryngé existerait quarante-neuf fois sur cent. Il n'existe le plus souvent qu'un seul ganglion qui a, chez l'adulte, le volume d'un pois. Il s'atrophie chez le vieillard. On le trouve ordinairement au milieu de l'espace en forme de V que circonscrivent les deux crico-thyroïdiens. Il est parfois recouvert par le bord interne de l'un de ces muscles. Une fois sur six, on rencontre, au niveau du sommet du V intercrico-thyroïdien, un deuxième ganglion, du volume d'une tête d'épingle. On peut encore rencontrer un ganglion sur le bord supérieur de l'isthme du corps thyroïde (Mascagni, Most, Roubaud). Enfin on trouve parfois un ganglion aberrant de l'amas prélaryngé en avant du cartilage thyroïde près du bord antérieur de celui-ci.

2° Un amas préthyroïdien, placé en avant de l'isthme du corps thyroïde. L'existence de cet amas, signalé par Bourgery, est exceptionnelle.

3° Un amas prétrachéal; qui ne comprend le plus souvent qu'un seul ganglion, de la grosseur d'un petit pois, placé à environ un centimètre et demi au-dessus de la fourchette sternale. Les ganglions prétrachéaux peuvent être cependant plus nombreux. Roubaud signale la disposition suivante : Un des collecteurs du pédicule supra-cricoïdien descendait en avant de l'isthme du corps thyroïde; arrivé au niveau du bord inférieur de celui-ci, ce tronc se divisait en deux branches; « celle de droite, plus longue, se rendait à un petit ganglion situé sur la partie antérieure du flanc droit de la trachée, près du pôle inférieur du lobe droit du corps thyroïde; celle de gauche ne tardait pas à déboucher dans un groupe de trois ganglions minuscules reliés les uns aux autres et disposés le long du bord inférieur du corps thyroïde, vers la jonction de l'isthme et du lobe gauche. Dans leur ensemble ces glandes entouraient la trachée d'une sorte de demi-collier que complétait à gauche et à droite un ganglion récurrentiel » (Roubaud).

Les vaisseaux afférents des ganglions prélaryngés, préthyroïdiens et prétrachéaux se rendent dans les ganglions inférieurs de la chaîne sterno-mastoïdienne.

2. Le pédicule *postérieur* ou *sous-cricoïdien* est formé par trois à cinq troncs qui traversent la membrane crico-trachéale à la jonction des faces latérales et de la face postérieure de la trachée. Ces troncs se terminent dans deux à cinq ganglions étagés verticalement sur le trajet du nerf récurrent, ganglions récurrentiels. Ces ganglions reçoivent des vaisseaux venus du corps thyroïde. Leurs vaisseaux afférents se terminent dans les ganglions inférieurs de la chaîne sterno-mastoïdienne.

En résumé, les collecteurs laryngés aboutissent aux ganglions sous-sterno-mastoïdiens, prélaryngo-trachéaux et récurrentiels. Les ganglions sous-sterno-mastoïdiens représentent leur aboutissement principal; ils constituent les véritables ganglions régionaires du larynx. Les ganglions prélaryngés, prétrachéaux et récurrentiels ne sont que de simples nodules ganglionnaires interrupteurs, placés sur le trajet des collecteurs du territoire sous-glottique.

Nous connaissons maintenant la disposition générale des lymphatiques du larynx. Nous allons pouvoir étudier le rôle que joue leur envahissement dans l'extension du cancer du larynx. Nous étudierons successivement l'envahissement des réseaux d'origine et celui des ganglions.

II

Pour pouvoir apprécier le rôle que joue l'envahissement de cet appareil lymphatique dans l'extension locale du cancer du larynx, il est indispensable de rappeler sommairement les particularités de cette extension.

En 1850, Krishaber (1) divisa les cancers du larynx en cancers intrinsèques et en cancers extrinsèques. Les premiers comprennent les épithéliomas de l'épiglotte, de la région aryténoïdienne, de la commissure postérieure et des replis aryténo-épiglottiques; les deuxièmes, les épithéliomas des cordes vocales supérieures et inférieures et de la commissure antérieure. Les premiers seraient caractérisés par leur tendance à envahir les organes voisins : langue, pharynx, etc. Les épithéliomas extrinsèques resteraient au contraire plus longtemps localisés au larynx. Cette classification a été universellement acceptée depuis. On tend seulement à remplacer les termes de cancers intrinsèques et

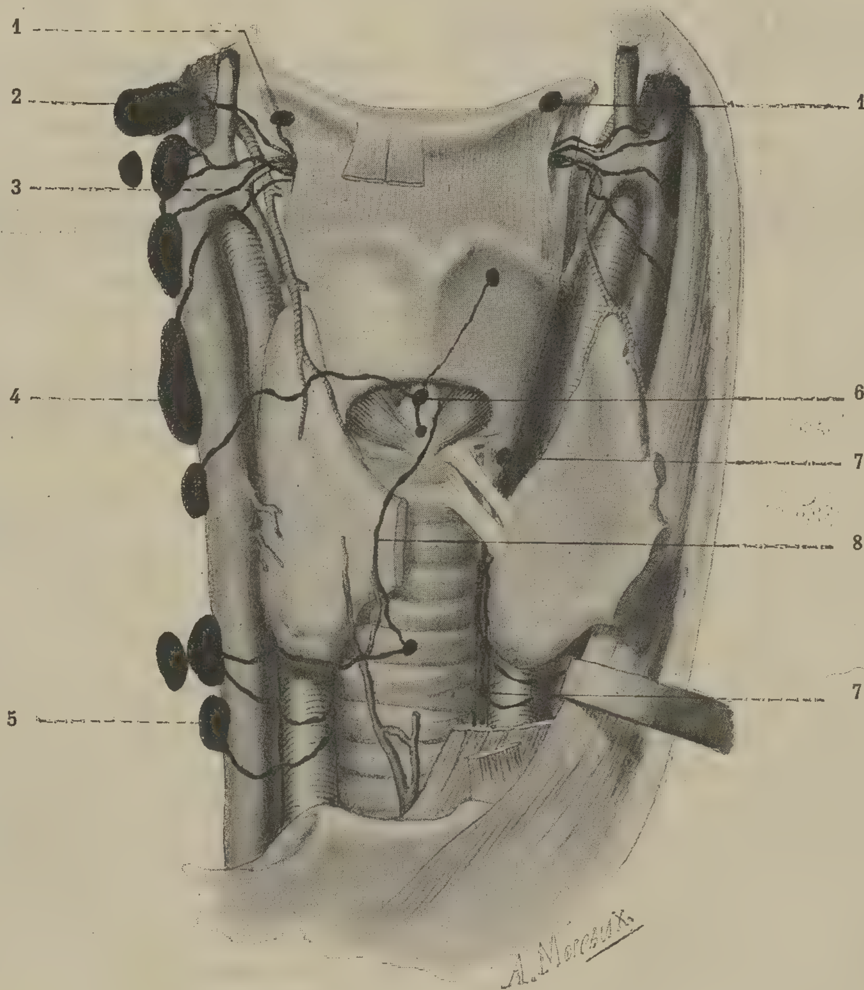
(1) Engel. *Compendium der topographischen Anatomie*, Vienne, 1859, p. 182.

(1) Krishaber, *Annales de laryngol.*, 1879.

extrinsèques par ceux de cancers *cavitaires* et *marginaux* [Schwartz (1)]. Cette répartition des différentes variétés de cancers du larynx est cependant purement arbitraire. C'est ainsi que nous verrons les cancers de la corde vocale supérieure et des ventricules, rangés par Krishaber dans les cancers extrinsèques, présenter les mêmes particularités d'évolution que les cancers intrinsèques. Nous abandonnerons donc ici la division de Krishaber et nous répartirons les épithéliomas du larynx en quatre variétés : l'épithélioma total, l'épithélioma sus-glottique, l'épithélioma sous-glottique, l'épithélioma de la glotte ou des cordes vocales inférieures.

Les épithéliomas occupant la totalité de la surface interne du larynx se présentent sous deux aspects différents. Tantôt il s'agit d'un cancer primitivement localisé à la zone sus ou sous-glottique et qui, arrivé à son stade ultime, a fini par envahir la totalité du larynx. Tantôt l'épithélioma se présente sous forme de végétations épithéliales multiples, disséminées sur tous les points de la cavité laryngée. Ces végétations peuvent même occuper la trachée et il est parfois difficile de savoir quel a été le siège initial de la lésion. Schrötter, Périer ont signalé des exemples de cette carcinose laryngo-trachéale à foyers multiples. Il importe de remarquer à ce propos qu'il ne semble pas que le système lymphatique puisse être invoqué comme une voie de dissémination des éléments cancéreux dans ces cas. Je pense que la multiplicité des foyers s'explique plus simplement par la greffe de particules cancéreuses disséminées sur toute l'étendue du tube laryngo-trachéal par le passage du courant aérien.

Le cancer sus-glottique comprend plusieurs variétés : le cancer des cordes vocales supérieures, très fréquent (62 cas sur 117, cancer du larynx, Fauvel), le cancer de l'épiglotte, le cancer des ventricules (2), le cancer de la région aryténoïdienne, très rare.



Lymphatiques du larynx.

1, 1. Nodule ganglionnaire interrupteur placé sur le trajet des collecteurs du pédicule supérieur. — 2. Ganglion supérieur de la chaîne sterno-mastoïdienne. — 3. Collecteur du pédicule supérieur. — 4. Ganglion moyen de la chaîne sterno-mastoïdienne. — 5. Ganglion inférieur de la même chaîne. — 6. Ganglion prélaryngé. — 7, 7. Ganglions récurrentiels. — 8. Collecteur se trouvant dans un ganglion prétrachéal.

Ces différentes variétés présentent des caractères communs. Tous les cancers sus-glottiques tendent en effet à peser vers l'orifice supérieur du larynx et à envahir les gouttières pharyngo-laryngées. Mais cet envahissement, précoce pour les cancers de l'épiglotte ou des replis aryténo-épiglottiques, sera naturellement plus tardif pour les épithéliomas des cordes vocales supérieures ou des ventricules. Lorsque les épithéliomas sus-glottiques arrivent au stade ultime de leur évolution et poussent des prolongements extra-laryngés, c'est au niveau de la partie postérieure de la membrane thyro-hyoïdienne que ces prolongements se font jour. J'en ai observé un bel exemple. Par contre les épithéliomas sus-glottiques s'arrêtent le plus souvent au niveau de la corde vocale inférieure. J'ai non seulement observé cet arrêt sur les pièces que j'ai pu avoir à ma disposition, mais je l'ai vu également noté dans nombre d'observations. Dans deux cas, j'ai pu contrôler par l'examen histologique les renseignements fournis par l'étude macroscopique de la pièce et j'ai vu les traînées épithéliales respecter absolument la région sus-glottique. Chose curieuse, ce détail dont l'importance est cependant considérable n'est signalé qu'incidemment par les auteurs. Certes il faut admettre avec Most que les cordes vocales inférieures ne constituent pas pour le cancer une barrière absolument infranchissable (1), mais elles semblent du moins l'arrêter pendant quelque temps.

Les cancers sous-glottiques sont rares. Sur 486 cas, J. Sendziak n'en a relevé que 5 observations (Désormeaux, Isambert, Krishaber, Norton, Baratoux, Bryson, Delaven, Schnitzler). J'en ai moi-même rencontré un exemple sur une pièce mise à ma disposition par M. Castex. Ces épithéliomas sous-glottiques tendent ordinairement à fuser vers la trachée. Par contre, ils s'arrêtent au niveau de la corde vocale inférieure. Dans le cas que j'ai examiné, les cordes

(1) Schwartz. *Des tumeurs du larynx*, Th. d'agrég., 1886.

(2) Sendziak (*Die bösartigen Geschwülste der Kehlkopfer*, 1897, p. 17) en signale 7 observations.

(1) « Die wahren Stimmbänder mit ihrer Lymphscheide bilden nur keiner sicheren Wall gegen der verheerenden Feind. » (Most, loc. cit., p. 219.)

vocales étaient envahies, mais la portion sus-glottique était absolument indemne.

Les cordes vocales inférieures sont fréquemment le siège initial du cancer du larynx (28 fois sur 117 cas, Baratoux; 15 fois sur 55, B. Frænkel et Semon). L'épithélioma des cordes vocales inférieures est remarquable par la lenteur de son évolution. Lorsqu'il s'étend, il se propage d'abord vers la corde vocale du côté opposé, puis vers la région sus-glottique.

Quel que soit leur siège initial, les épithéliomas du larynx restent localisés au début de leur évolution à une des moitiés de l'organe. Seuls les cancers de l'épiglotte et de la région aryténoïdienne font exception à cette règle. Cette particularité a une grande importance au point de vue thérapeutique. Elle permet, en effet, de substituer parfois, à la laryngectomie totale, l'hémilaryngectomie, moins meurtrière et permettant une restitution partielle de la fonction. Mais cette limitation du cancer à une des moitiés du larynx n'est généralement que temporaire. Au bout d'un temps plus ou moins long, le néoplasme tend à envahir le côté opposé. Dans quelques cas, cet envahissement se fait par le mécanisme de la greffe et on voit un nodule secondaire se développer en face de la tumeur initiale. Mais le plus souvent le cancer passe du côté opposé par envahissement progressif des tissus. C'est au niveau de la face postérieure du larynx que s'accomplit généralement ce passage; lorsqu'on parcourt les observations d'hémilaryngectomie, il n'est pas rare de constater que le chirurgien a dû compléter l'ablation de la moitié du larynx, primitivement atteinte, par l'excision d'un segment plus ou moins étendu de la zone aryténoïdienne du côté opposé. Mais le néoplasme peut néanmoins franchir sans trop de difficulté la ligne médiane antérieure et gagner la corde du côté opposé par la commissure antérieure (B. Frænkel, Semon).

En résumé, les épithéliomas sus-glottiques tendent à se diriger vers l'orifice supérieur du larynx et s'arrêtent souvent au niveau de la glotte. Celle-ci semble également s'opposer, au moins temporairement, à l'ascension des épithéliomas sous-glottiques qui fusent au contraire facilement vers la trachée. Quant aux cancers des cordes vocales inférieures, ils restent plus longtemps localisés que les formes précédentes et lorsqu'ils s'étendent ils envahissent de préférence la région sus-glottique. Enfin, abstention faite des cancers de l'épiglotte et de la région arytnoïdienne, les cancers du larynx restent souvent localisés à une des moitiés du larynx pendant un temps plus ou moins long.

Certes ces règles ne sont pas absolues; j'ai pu constater moi-même qu'elles comportaient d'assez nombreuses exceptions. Mais elles m'ont cependant paru s'appliquer à la majorité des cas.

Or, il est facile de voir que la disposition des lymphatiques peut seule expliquer ces différentes particularités de l'extension locale du cancer du larynx. Le temps d'arrêt que présentent les néoplasmes lorsqu'ils atteignent les cordes vocales inférieures est la conséquence de la raréfaction des lymphatiques en ce point. En fusant vers l'orifice supérieur du larynx, les épithéliomas sus-glottiques ne font qu'obéir à cette loi générale qui nous montre que tout épithélioma se propage de préférence dans le sens du courant lymphatique. L'extension du cancer de l'épiglotte à la base de la langue trouve dans les connexions des collecteurs linguaux et des troncs émanés de la face antérieure de l'épiglotte une explication aisée. De même la continuité du réseau sous-glottique et du réseau trachéal donne la clef de la facilité relative avec laquelle l'épithélioma sous-glottique descend dans la trachée. La rareté des lymphatiques au niveau des cordes vocales inférieures est certainement un des facteurs qui déterminent l'évolution lente des épithéliomas développés en ce point. Enfin la localisation plus ou moins longue du cancer à un des côtés du larynx est la conséquence de l'indépendance relative des lymphatiques de chacune des deux moitiés de l'organe.

III

Comme tous les épithéliomas, le cancer du larynx tend à envahir les ganglions lymphatiques. Cet envahissement est même la règle dans les néoplasmes anciens. Aussi est-ce dans les cas où une trachéotomie, parant aux accidents asphyxiques, a permis au cancer de prendre une extension considérable que l'on trouve les adénopathies les plus étendues. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on a vu des cancers détruire la plus grande partie du larynx sans déterminer la moindre lésion ganglionnaire. Most en signale un bel exemple (1).

Par contre l'envahissement ganglionnaire semble assez rare lorsque le néoplasme est encore limité. Schleier (2) l'a noté 20 fois seulement sur 125 cas, Sendziak 51 fois sur 486 cas.

L'adénopathie serait donc relativement rare. D'autres auteurs donnent, il est vrai, une proportion beaucoup plus élevée. C'est ainsi que Juracz (3) a noté l'envahissement des ganglions neuf fois sur vingt et un cas. Tous ces chiffres n'ont, il est vrai, qu'une valeur fort relative. Ils reposent, en effet, sur des constatations cliniques dont il est aisé de concevoir l'aléa. L'absence de ganglions à la palpation n'implique point leur intégrité. Madelung (4), Salzer (5), Tietze (6); ont trouvé des cellules cancéreuses dans des ganglions ayant conservé leur volume et leur apparence normale. La coïncidence d'une adénopathie cervicale avec un épithélioma du larynx n'implique d'ailleurs pas forcément la nature néoplasique de cette adénopathie. Celle-ci peut en effet être due à une infection banale partie de la surface ulcérée du cancer. Elle peut même être absolument indépendante de la lésion du larynx et relever d'une lésion banale de l'amygdale ou du pharynx. En fait, Hahn (7), Lublinski (8), Tietze examinant des ganglions hypertrophiés, extirpés en même temps que le cancer laryngé, ne les ont vus présenter que des lésions d'inflammation chronique.

Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de songer à donner un pourcentage de l'envahissement ganglionnaire, ce pourcentage ne pouvant être établi que par l'examen histologique des ganglions systématiquement extirpés en même temps que le cancer. Malgré l'absence de documents précis, on est autorisé cependant à admettre que l'envahissement

(1) Dans le cas de Most, le néoplasme avait non seulement envahi la totalité du larynx, mais encore la partie supérieure de la trachée et de l'œsophage. Les ganglions cervicaux étaient indemnes.

(2) Schleier. *Deuts. med. Wochens.*, 1888.

(3) Juracz. Die bösartigen Neubildungen des Kehlkopfes, in *Heymann's Handbuch*, I, p. 885.

(4) Cité par Frænkel, *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. XXXIV, p. 281.

(5) Salzer. *Arch. f. klin. Chir.*, 1885, Bd. XXXI.

(6) Tietze. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1891, p. 481.

(7) Hahn. *Volkmann's klin. Vorträge*, 1885.

(8) Lublinski. *Berlin klin. Woch.*, 1875, nº 33.

des ganglions est relativement tardif dans le cancer du larynx.

On a invoqué plusieurs causes, pouvant expliquer dans une certaine mesure, cette intégrité de l'appareil ganglionnaire dans le cancer du larynx au début. Tout d'abord la grande majorité des épithéliomas laryngés sont des épithéliomas pavimenteux (248 épithéliomas pavimenteux sur 486 cas, Sendreak). Or on sait que cette variété de néoplasmes n'envahit généralement qu'assez tard les ganglions. De plus le cancer du larynx tend souvent à se pédiculiser et à faire saillie dans la cavité laryngée, sans s'étendre au loin au niveau de sa base d'implantation. Or il est établi que ces formes végétantes, à évolution cavitaire, dont la vessie nous offre de fréquents exemples, n'infecte que rarement et toujours assez tard l'appareil lymphatique. Enfin si certaines parties du larynx, comme les replis aryténo-épiglottiques, sont extrêmement riches en vaisseaux lymphatiques, nous avons vu qu'en d'autres points, comme la zone sous-glottique, le réseau d'origine était moins développé et que sur les cordes vocales inférieures, un des lieux d'élection de l'épithélioma, les lymphatiques étaient très peu nombreux et d'une injection très difficile.

Mais si l'adénopathie est généralement tardive et n'apparaît que lorsque le cancer en est depuis longtemps reconnu, l'inverse peut cependant se produire. Il existe des cas dans lesquels la lésion ganglionnaire a été le premier ou un des premiers symptômes du néoplasme [B. Frænkel, Lublinski (1), Tietze, Schwartz]. Dans un cas du professeur Le Dentu (2), seule l'autopsie peut montrer le point de départ laryngé d'une volumineuse adénopathie cervicale, dont la cause avait été méconnue pendant la vie, malgré un examen laryngoscopique. Tostain (3) rapporte dans sa thèse deux observations du même ordre.

J'ai observé dans le service de M. Poirier un malade porteur d'une volumineuse adénopathie, consécutive à un cancer du larynx, et chez lequel on avait songé, pendant quelque temps, à un épitélioma branchial (4).

Existe-t-il une relation entre l'apparition plus ou moins précoce de l'adénopathie et le siège de la lésion laryngée? « Lorsque le cancer est exclusivement intrinsèque, dit Krishaber, il n'y a pas de ganglions du cou ; lorsque le cancer est extrinsèque, il y a au contraire des ganglions. » Cette formule est certainement trop absolue. Butlin (5), Schwartz ont bien montré qu'elle ne répondait pas à la réalité. « C'est ainsi que dans 11 cas de cancers extrinsèques où nous avons trouvé spécifié l'état des ganglions, 9 fois ceux-ci étaient pris; 2 fois, ils n'étaient pas envahis. Sur 17 cas de cancers intrinsèques limités ou étendus à la moitié du larynx, 13 fois, il n'y avait pas de ganglions, 4 fois, il y en avait » (Schwartz).

Les cancers intrinsèques peuvent donc, quoique moins fréquemment que les cancers extrinsèques, déterminer des métastases ganglionnaires. D'ailleurs la classification de Krishaber a ici encore l'inconvénient de réunir sous une même rubrique des variétés se comportant bien différemment au point de vue de l'envahissement des ganglions. On ne saurait, en effet, admettre que les épithéliomas des cordes vocales supérieures, très riches en vaisseaux lymphatiques, envahissent aussi tardivement les ganglions que les néoplasmes développés sur les cordes vocales inférieures dont l'appareil lymphatique présente un si haut degré d'atrophie. En fait, dans un cas, auquel j'ai déjà fait allusion, le néoplasme developpé aux dépens des cordes vocales supérieures, s'était accompagné, dès le début, d'une adénopathie considérable. J'ai relevé d'autres faits du même ordre. Il faut donc abandonner la formule de Krishaber. On pourrait, me semble-t-il la modifier de la façon suivante : L'adénopathie est plus précoce et plus étendue dans les cancers sus-glottiques que dans les cancers glottiques ou sous-glottiques.

Voyons maintenant quelle est la topographie des ganglions envahis dans le cancer de larynx. Si nous nous reportons aux données anatomiques exposées plus haut, nous voyons que les lésions doivent théoriquement porter sur la chaîne sous-sterno-mastoïdienne, la chaîne prélaryngo-trachéale et la chaîne recurrentielle. Les ganglions qui constituent ces chaînes représentent un premier relai qui arrêtera pendant un certain temps les cellules cancéreuses. En fait, on a surtout signalé l'envahissement des ganglions sterno-mastoïdiens. Tous les ganglions compris entre le ventre postérieur du digastrique et la clavicule peuvent être envahis dans les cas de cancers du larynx. Cette adénopathie n'a d'ailleurs rien de caractéristique. C'est bien à tort que d'après Geo Mayor la présence d'un ganglion placé sous le bord antérieur du sterno-mastoïdien au niveau du tiers moyen de celui-ci, permettrait d'affirmer presque à coup sûr le siège laryngé du cancer. Les afférents de la chaîne sterno-mastoïdienne ont des origines trop diverses pour que cette manière de voir puisse être défendue.

Les ganglions dégénérés adhèrent souvent au paquet vasculo-nerveux. Ils sont ordinairement indépendants du larynx. Mais ils peuvent faire corps avec celui-ci. J'ai vu dans un cas un prolongement du néoplasme, constitué par le pédicule lymphatique supérieur, considérablement épaissi, traverser la membrane thyro-hyoïdienne et venir se perdre dans la masse ganglionnaire.

L'envahissement des *ganglions prélaryngés* semble assez rare. Most en a cependant réuni quelques cas. Au lieu de siéger au niveau de la membrane crico-thyroïdienne, le ganglion dégénéré peut occuper la portion moyenne du cartilage thyroïde [Maas (1)] ou même l'échancrure supérieure de celui-ci [Zeissl (2)]. Par contre, je n'ai rencontré aucune observation dans laquelle fût noté l'envahissement des ganglions prétrachéaux.

Juracz et Frænkel ont vu les ganglions de la *chaîne récurrentielle* atteints par le cancer. Bergeat (3), Maurer (4), Most ont aussi signalé des exemples de cet envahissement. Mais il s'agit dans tous ces cas de constatations nécropsiques. En raison de leur petitesse et de leur situation profonde ces ganglions passent toujours inaperçus au cours de l'examen clinique.

C'est également à l'autopsie que Zeissl a rencontré une

(1) Cités par Sendziak, loc. cit., p. 30.
(2) Le Dentu. *Soc. de chir.*, 5 mai 1880.
(3) Tostain. Th. de Paris, 1884.
(4) V. Bruns, Most ont également signalé des cas d'épithéliomas de la trachée dans lesquels une adénopathie volumineuse s'est montrée plusieurs semaines avant qu'on ait pu songer à l'existence d'un néoplasme trachéal.
(5) Butlin. *Malignant diseases of the larynx*, 1883.

(1) Maas. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. XIX.
(2) Zeissl. *Wiener med. Presse*, 1881, n° 44.
(3) Bergeat. Das Sarkom des Kehlkopfes und der Luftröhre, *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1895, p. 368.
(4) Maurer. *Berlin. klin. Wochens.*, 1882, n°s 26, 27.

adénopathie rétro-œsophagienne. Il s'agit vraisemblablement de ce ganglion aberrant de la chaîne récurrentielle sur lequel Most a le premier attiré l'attention. La dégénérescence possible de ce ganglion explique les récidives rétro-œsophagiennes notées par Kummel et par Périer (cité par Roubaud).

L'ordre d'envahissement de ces différents groupes ganglionnaires varie d'ailleurs suivant le siège initial du néoplasme laryngé. Dans les cancers sus-glottiques l'adénopathie porte surtout sur les ganglions supérieurs de la chaîne sterno-mastoïdienne ; dans les cancers sous-glottiques, ce sont, au contraire, les ganglions inférieurs qui sont généralement envahis les premiers (1). Ajoutons, cependant, qu'en raison des nombreuses variétés que peut présenter la terminaison des collecteurs des territoires sus et sous-glottiques, cette règle comporte de nombreuses exceptions.

Par contre la dégénérescence des chaînes prélaryngo-trachéales et récurrentielles implique l'envahissement de la zone sous-glottique. Inversement dans les cas de néoplasmes strictement localisés à la portion sus-glottique, ces ganglions sont généralement indemnes. Dans un cas d'épithélioma sus-glottique, j'ai pu constater histologiquement l'intégrité absolue du ganglion prélaryngé. Et cependant, l'envahissement des ganglions régionaires de la zone sus-glottique était tel, que ces ganglions constituaient une masse ayant le volume du poing.

Ajoutons que des observations de V. Mikulicz et de Kummel semblent démontrer, d'accord avec les résultats expérimentaux, que la dégénérescence du petit ganglion, placé sur la membrane thyro-hyoïdienne à l'émergence du pédicule lymphatique supérieur, est en rapport avec l'envahissement des replis aryténo-épiglottiques et des gouttières pharyngo-laryngées (Most).

Lorsque le cancer n'occupe qu'une des moitiés du larynx, la dégénérescence néoplasique n'atteint que les ganglions du côté correspondant. Most et Roubaud n'ont pu relever aucune observation d'adénopathie bilatérale ou controlatérale. Là encore, il y a concordance entre les constatations anatomo-pathologiques et les recherches expérimentales ; nous avons vu en enffet que le bleu injecté dans le réseau d'origine de l'une des moitiés du larynx pouvait parfois franchir la ligne médiane mais ne pénétrait jamais dans les collecteurs du côté opposé.

Ces quelques points spéciaux de l'anatomie pathologique du cancer du larynx nous paraissent comporter certaines déductions pratiques que nous signalerons rapidement.

La tendance du cancer du larynx à rester limité pendant un certain temps à une moitié du larynx justifie les hémilaryngectomies. En fait, la statistique très étendue de Sendziak nous montre que la proportion des récidives n'est que 28,2 p. 100 dans les hémilaryngectomies, alors qu'elle atteint 32,45 p. 100 dans la laryngectomie totale. Certes il ne faut pas oublier que cette dernière opération s'adresse à des cas plus étendus et plus anciens. Il n'en demeure pas moins acquis que l'hémilaryngectomie donne d'excellentes garanties au point de vue de la guérison définitive. Il n'est d'ailleurs pas démontré que, dans les cas où il y a récidive, la laryngectomie totale eût permis à coup sûr d'éviter celle-ci. Or si l'on ajoute à ces résultats cette constatation que l'hémilaryngectomie est notablement moins grave que la larynegctomie totale, qu'elle peut éviter au sujet le port définitif de la canule trachéale, qu'elle donne enfin des résultats souvent satisfaisants au point de vue de la phonation, on comprendra aisément la faveur croissante dont jouit l'hémilaryngectomie.

Mais il n'y a pas seulement à tenir compte de l'extension du néoplasme en largeur, il faut encore se préoccuper de l'extension en hauteur. Or si les cancers sus ou sous-glottiques subissent souvent un arrêt temporaire au niveau de la région glottique, les premiers fusent rapidement vers l'épiglotte, les deuxièmes vers la trachée. Dans les cas d'épithéliomas sus-glottiques, le chirurgien pourra donc souvent limiter inférieurement son exérèse à l'espace inter-crico-thyroïdien. Par contre, il aura intérêt à réséquer l'épiglotte et même la portion attenante de la base de la langue. Les faits démontrent d'ailleurs que c'est ordinairement en ce point qu'apparaît la récidive (Sendziak). Heureusement, dans les cancers sous-glottiques, il sera souvent conduit à une résection assez étendue de la trachée.

La plupart des auteurs qui ont donné une technique de la laryngectomie pour cancer laissent de côté la question des ganglions et semblent même regarder leur extirpation comme inutile. En fait sur 298 observations de laryngectomies partielles ou totales recueillies par Sendriak, le curage ganglionnaire n'a été pratiqué que 25 fois, soit dans 8 p. 100 des cas. Encore importe-il de remarquer que l'ablation semble n'avoir été pratiquée que lorsque les ganglions présentaient une augmentation de volume manifeste à l'examen clinique.

On invoque, il est vrai, l'envahissement tardif des ganglions et la rareté des récidives ganglionnaires. L'envahissement des ganglions ne se produit effectivement qu'assez tard. Mais comme il est cependant impossible d'affirmer leur intégrité au moment de l'opération, il nous paraît logique de les extirper dans tous les cas. Quant aux récidives ganglionnaires elles sont en effet assez rares. Dans la statistique de Sendziak on ne trouve que 5 récidives ganglionnaires sur 110 laryngectomies partielles et 7 sur 188 laryngectomies totales, ce qui donne une proportion de 4,5 p. 100 dans le premier cas et de 3,9 dans le deuxième. Quelque faible que puisse paraître cette proportion des récidives ganglionnaires, elle nous paraît cependant suffisante pour justifier l'extirpation systématique des ganglions. Il importe d'ailleurs de remarquer que ces chiffres sont certainement au-dessous de la réalité.

La récidive ganglionnaire est en effet souvent très tardive. On l'a vue apparaître six ans (Novaro) et même huit ans et demi (Hahn) après l'opération. Aussi est-elle le plus souvent devancée et par conséquent masquée par la récidive locale, toujours plus précoce.

Il y a donc lieu nous semble-t-il, de toujours pratiquer l'ablation des ganglions susceptibles d'être envahis. Cette ablation ne présente d'ailleurs en l'espèce aucune difficulté ! Cela est vrai surtout pour le cancer sus-glottique qui retentit sur les ganglions supérieurs de la chaîne sterno-mastoïdienne, facilement accessibles. Dans les cancers sous-glottiques, le curage ganglionnaire devient plus délicat. Si le ganglion prélaryngé est facilement enlevé en même temps que le larynx, l'exérèse des ganglions récurrentiels est loin d'être aussi aisée. On pourra faciliter l'ablation de ces derniers en sectionnant l'isthme du corps thyroïde sur la ligne

(1) « Généralement le ganglion qui est le premier engorgé et qu'on trouve le plus souvent dans le cas de cancer intrinsèque est situé au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien, à la hauteur de l'espace qui sépare l'os hyoïde du cartilage thyroïde; lorsque le cancer est extrinsèque, ce sont plutôt les ganglions immédiatement inférieurs qui semblent affectés » (Schwartz).

médiane et en rejetant sur le côté chacune de ses deux moitiés. Cette manœuvre, tout en découvrant les ganglions récurrentiels, aura en même temps l'avantage de permettre une résection plus étendue de la trachée. — Ajoutons enfin que, dans les cas de cancer limités à une moitié du larynx, on pourra se contenter de l'ablation des ganglions du côté correspondant.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(10 décembre 1902)

Le temps des discours commence à passer pour l'**appendicite.** C'est ce qu'a compris M. Guinard en se contentant d'apporter des faits, une statistique d'où il tire des conclusions rationnelles.

En quatre années, M. Guinard a soigné 164 malades atteints d'appendicite. Sur ce nombre, il compte 22 décès, soit 13,40 p. 100. Ce nombre global se décompose ainsi : 40 cas aigus, 9 morts, soit 22,50 p. 100; 13 cas suraigus, 8 morts, soit 61 p. 100; 111 opérations à froid avec un seul décès. Sur ces 111 cas, M. Guinard élimine 47 cas d'appendicites chroniques sans crises. Restent 64 malades ayant eu de ces crises moyennes qui mettent dans le doute sur la conduite à tenir. Ce sont précisément ces cas que M. Ricard a très heureusement désignés du nom de cas limite et dans lesquels on peut, on doit même peut-être tenter la temporisation. Or, ces 64 cas limite de M. Guinard se décomposent ainsi : 35 de ces malades ont pu être opérés à froid; chez 22, il s'est fait un abcès qu'il a fallu ouvrir du quatrième au neuvième jour; 3 ont été opérés à tiède; 1 est mort sans opération, restent 3 malades qui ont été pris d'accidents suraigus au cours de l'expectation, l'un a succombé sans opération, les deux autres ont été opérés immédiatement et ont guéri. Dans 4 cas, les malades traînèrent sans que l'affection se refroidît complètement. M. Guinard les opéra à tiède, 3 guérirent, 1 mourut subitement par syncope cardiaque. Sur les 22 abcès qui durent être ouverts au cours de l'expectation, 2 succombèrent. En somme, sur les 111 malades opérés à froid ou à tiède, 7 sont morts.

La formule de MM. Dieulafoy et Segond : Laisser refroidir une appendicite, c'est exposer les malades à la mort, n'est donc pas inexacte. Mais il n'en est pas moins vrai que si on compare, dans la statistique de M. Guinard, les résultats de l'opération à chaud avec ceux de l'expectation, on trouve pour la première 22,50 p. 100 de mortalité, pour la seconde, 6,30 p. 100 seulement. La conclusion s'impose et puisqu'il est entendu qu'aucune maladie n'a donné lieu à plus de formules que l'appendicite, M. Guinard remplace la formule de MM. Segond et Dieulafoy par la suivante : Tout malade atteint d'appendicite est exposé à la mort.

Plusieurs points importants de l'histoire de l'appendicite ressortiront de cette discussion : d'abord comme élément de diagnostic, la diffusion de la douleur signalée par M. Quénu, l'intensité de la douleur comme signe probable d'abcès signalée par M. Nélaton. On a aussi parlé de l'altération des traits, M. Guinard y attache beaucoup d'importance et se guide volontiers, comme il le dit lui-même, sur la tête du malade. En outre, trois symptômes lui font prendre immédiatement le bistouri : la coloration subictérique, les troubles urinaires, les troubles circulatoires.

Au point de vue de technique opératoire, faut-il rechercher l'appendice quand on ouvre un abcès ? M. Guinard ne le fait pas de parti pris. Mais il préfère enlever l'appendice chaque fois que cela est possible sans faire de délabrements.

En terminant M. Guinard signale ce fait d'ailleurs connu qu'il a vu de véritables épidémies locales d'appendicite. Ce sont là des appendicites d'origine grippale. Il y a déjà longtemps que Jules Simon nous avait signalé ce fait qu'en temps d'épidémies grippales, les otites et les appendicites devenaient très fréquentes chez les enfants.

M. Quénu fait, en son nom et au nom de M. Landelle, une importante communication sur les **microorganismes de l'air dans les salles d'opérations et d'hôpital.** On se rappelle l'importance qu'il y a peu d'années encore on attachait au rôle de l'air dans l'infection des plaies. C'est pour se garantir contre les agents infectieux de l'air que Lister inventa le spray, Alphonse Guérin son pansement ouaté. Les progrès de la chirurgie actuelle ont montré que la contamination des plaies se faisait non par l'air, mais par contact direct. Mais s'ensuit-il que l'air soit sans influence ? M. Quénu ne le pense pas, et il estime qu'il faut un peu rabattre de la formule donnée par M. Broca : Aujourd'hui on peut opérer n'importe quoi n'importe où.

M. Quénu établit d'abord un départ entre les différents milieux et les divise en aseptiques, septiques et hyperseptiques; des recherches auxquelles il s'est livré, il résulte que le balayage d'une salle, par exemple, augmente considérablement le nombre des germes dans cette salle. MM. Quénu et Landelle ont étudié la composition de l'air, dans une salle d'opérations, avant et après une opération, et ils ont trouvé de grandes différences dans le nombre des germes. Il cite certaines salles d'opérations étrangères dans lesquelles il est défendu de parler, de circuler, de se remuer et dans lesquelles on ne laisserait pour rien au monde pénétrer des gens enrhumés.

Ce n'est pas seulement de la quantité, mais aussi de la qualité des germes qu'il y a lieu de se préoccuper. Nous regrettons de ne pouvoir suivre M. Quénu dans les développements intéressants qu'il donne de l'exposé de ses recherches et de ses expériences, et d'être obligés de nous borner à donner sa conclusion qui est qu'il y a lieu de désinfecter les salles d'opération à l'eau oxygénée.

Parmi les présentations, nous signalons celle qu'a faite M. Pozzi d'un énorme **calcul de l'uretère** qu'il a extrait dans des conditions assez extraordinaires; il s'agissait d'une jeune femme, n'ayant jamais eu de coliques néphrétiques, et qui se présente à M. Pozzi parce qu'elle souffrait dans le ventre. Le toucher vaginal permettait de sentir une tumeur dure derrière le col. Cette malade présentait tous les autres signes d'une salpingite, ce fut à ce diagnostic que s'arrêta M. Pozzi qui pratiqua l'ablation des annexes en laissant une petite portion d'ovaire d'un côté. En même temps il trouve d'un côté un corps dur qu'il reconnaît pour un calcul enclavé dans l'uretère; il ouvre celui-ci, extrait le calcul et referme l'uretère. L'opération terminée, M. Pozzi touche de nouveau la malade et trouve encore la même tumeur dure derrière le col. Il rouvre le ventre, se porte vers le point et reconnaît qu'il existe encore un calcul dans l'uretère, il l'extrait de la même façon que le premier. La malade guérit. En rapprochant entre eux les deux fragments, on voit que c'était un seul et même calcul qui avait été séparé en deux portions.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE
DU 4 DÉCEMBRE 1902

Au dernier Congrès de Grenoble, dans la discussion du rapport sur les **états anxieux**, le professeur Brissaud avait insisté sur la différence qui existe entre l'angoisse, sensation physique, et l'anxiété, réaction psychique. M. Souques en effet observe dans son service un homme atteint depuis sept ans d'une angine de poitrine, classique dans son étiologie et sa symptomatologie. Or, cet homme a bien la sensation d'angoisse caractéristique de l'angor pectoris, mais il ne ressent nulle anxiété et ne se préoccupe nullement de son affection, réalisant ainsi la distinction établie par M. Brissaud.

Le professeur Dejerine expose sa méthode de **traitement psychothérapique** des états neurasthéniques et hystériques. Ce traitement consiste dans l'isolement aussi complet qu'on peut le pratiquer dans les services hospitaliers, c'est-à-dire malade maintenu dans un lit entouré de rideaux et n'entrant en relation qu'avec le chef de service et la surveillante de la salle. Cette méthode très simple donne d'excellents résultats puisque M. Dejerine n'aurait eu que deux insuccès sur 200 cas traités.

Une longue discussion s'élève ensuite entre M. Brissaud et M. Dejerine sur la **répartition des troubles de la sensibilité dans la syringomyélie**. M. Dejerine croit que les troubles de la sensibilité se répartissent toujours sur des territoires radiculaires; M. Brissaud fait remarquer qu'il est le premier à avoir indiqué la disposition radiculaire de ces troubles de la sensibilité, qu'il est donc bien loin de nier cette disposition, à son avis même très fréquente; mais, il existe d'autre part des faits bien observés de syringomyélie où l'on a pu constater des troubles de la sensibilité occupant des segments transversaux des bras, et au surplus il est remarquable de voir des anesthésies radiculaires ne pas s'étendre sur tout le territoire connu d'une racine, c'est-à-dire depuis l'extrémité des doigts jusqu'à la ligne médiane thoracique, mais bien sur des parties segmentaires de ces territoires, par exemple de l'extrémité des doigts jusqu'au pli du coude. La question n'est donc pas tranchée, le problème reste sans solution, au surplus les causes de troubles de la sensibilité dans la syringomyélie sont multiples, les lésions médullaires sont trop diffuses pour que le problème reçoive une solution immédiate d'une précision indiscutable.

La pathogénie de la **maladie de Thomsen** est encore très discutée, les uns l'attribuant à une lésion centrale, les autres invoquant une altération de la fibre musculaire hypertrophiée; MM. Ballet et Bordas ont recherché la toxicité des urines d'un homme atteint de myotonie, or ils ont pu isoler, par l'acide picrique, une picrotoxine; ainsi s'établirait une nouvelle théorie de la maladie de Thomsen.

M. Huet présente une série de malades atteints de **paralysie obstétricale** et présentant des déformations caractéristiques des bras ainsi que la perte de certaines fonctions des bras paralysés, principalement de l'élévation, de la rotation des bras en dehors et de la supination de l'avant-bras sur le bras.

MM. F. Raymond et Cl. Philippe communiquent trois observations, suivies d'autopsie, dans lesquelles les symptômes ordinaires du **tabès dorsalis** se sont compliqués, à une époque variable de leur évolution, d'une **amyotrophie** souvent considérable et prédominante au niveau des muscles des membres inférieurs. Cette amyotrophie a évolué assez lentement, sans douleurs des nerfs ou des muscles à la pression, entraînant une impotence fonctionnelle au prorata de l'amaigrissement des muscles. Les réactions électriques ont été souvent rencontrées plus ou moins modifiées (diminution plus ou moins grande de l'excitabilité faradique et galvanique, parfois avec une R. D. incomplète). A noter la déformation fréquente du pied, type Joffroy-Condoléon, avec griffe des orteils; et la marche de l'amyotrophie débutant par les petits muscles des pieds, pour gagner progressivement les grands muscles des jambes et des cuisses. Les secousses fibrillaires ont été notées dans le seul des cas où l'on ait pu assister à l'évolution de l'amyotrophie; dans ce même cas il y a eu des symptômes de paralysie labio-glosso-laryngée (voie nasonnée, langue atrophiée avec secousses fibrillaires, troubles de déglutition, etc.).

A l'autopsie, à côté des lésions classiques du tabès dorsalis, les auteurs ont trouvé une *atrophie primitive des grandes cellules radiculaires* de la substance grise, avec atrophie des racines antérieures correspondantes, et altérations névritiques secondaires. Cette poliomyélite antérieure primitive commande rigoureusement l'amyotrophie des membres inférieurs.

Ainsi, ces trois observations plaident en faveur de l'association, relativement fréquente, du tabès dorsalis classique et d'une amyotrophie progressive ordinairement prédominante au niveau des muscles inférieurs, amyotrophie d'origine médullaire.

MM. Campbell (d'Edimbourg) et O. Crouzon ont étudié la **diadococinésie** chez les cérébelleux du service de M. Pierre Marie. Ils ont constaté ce symptôme décrit par M. Babinski chez trois sclérosés en plaques et ne l'ont pas trouvé sur un malade atteint d'un syndrome hystérique simulant la sclérose en plaques cérébello-spasmodique : ils croient, en conséquence, que ce signe peut être différenciateur de l'hystérie et d'un trouble organique. Enfin, ils ont constaté la diadococinésie sur un malade atteint d'une lésion cérébelleuse consécutive à un traumatisme occipital.

MM. Jean Heitz et L. Lortat-Jacob communiquent les observations de deux tabétiques, chez lesquels ils ont constaté des **intermittences des anesthésies radiculaires cutanées.** Ces anesthésies apparaissent on même temps que la crise, elles siègent au thorax et à la zone radiculaire interne des bras. Elles disparaissent avec la fin de la crise. Ce phénomène s'est renouvelé jusqu'à six fois de suite. Dans la première observation le signe d'Argyll était également intermittent; à la longue il est devenu fixe. Dans la seconde, les réflexes rotuliens, exagérés au début, s'abolissent pendant toute la durée de la crise gastrique.

M. Babinski a le premier attiré l'attention sur les relations qui existent entre le **signe d'Argyll-Robertson et la syphilis**; ce signe pouvant être associé à une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, le seul signe révélateur d'une affection syphilitique de l'axe cérébro-spinal. M. Dufour a pu pratiquer l'autopsie d'un homme syphilitique présentant comme signe exclusif le signe d'Argyll. Or, il a constaté une altération d'une racine de la moelle dorsale analogue aux altérations tabétiques; ainsi le signe d'Argyll peut

être la première manifestation soit d'un tabes incipiens, soit d'une paralysie générale. (Voir *Gazette des hôpitaux*, décembre 1901, n° 149.)

PRATIQUE MÉDICALE

Du phosphomannitate de fer.

Un ferrugineux nouveau ne peut être accepté et prendre rang dans l'arsenal thérapeutique qu'autant qu'il jouit de propriétés notamment différentes de celles reconnues aux médicaments de même nature, car ceux-ci, déjà trop nombreux, sont l'objet de bien des reproches.

Souvent infidèles pour la plupart, d'une action extraordinairement lente, ils produisent de plus presque tous de la constipation. Il n'en est pas de même du nouveau venu; aussi, malgré sa nouveauté, compte-t-il déjà de nombreux adeptes.

Résultant de la combinaison du fer à l'état d'oxyde ferreux avec l'*acide phosphomannitique*, corps signalé par M. Berthelot en 1854 comme espèce définie, mais que jusqu'à l'important mémoire de MM. L. Portes et G. Prunier (Soc. de pharm. de Paris, séance du 8 avril 1902), on ne connaissait pas à l'état de pureté parfaite, le phosphomannitate de fer doit à ses principaux composants son rôle multiple et ses remarquables propriétés.

Il agit en effet comme reconstituant du globule sanguin, en apportant le fer sous une forme éminemment assimilable. Il communique au sang une vitalité nouvelle par ce fer à l'état naissant et par son élément phosphoré facilement cédé à l'organisme, provenant de l'acide phosphomannitique qui, dans l'économie, se dédouble en acide phosphorique et en mannite. Par cette mannite, enfin, ainsi mise en liberté, là où elle peut être la plus utile, il combat la constipation, suite trop habituelle et pourtant si contre-indiquée de l'action des ferrugineux.

Les effets bienfaisants de la médication par le phosphomannitate de fer sont révélés, au bout de très peu de jours, par le relèvement de l'appétit, celui du poids corporel et par un accroissement considérable des forces.

Le phosphomannitate de fer a donc l'avantage d'agir vite, bien et de ne pas constiper.

Parmi les maladies qui ressortissent de son utilisation, on peut citer les anémies avec déglobulisation, l'état languissant de la nutrition, la perte de l'appétit, la fatigue générale et profonde, les troubles de la circulation, la chlorose grave, le chlorobrightisme, etc., etc.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de technique opératoire (1), par Ch. MONOD et J. VANVERTS.

Nous avons déjà rendu compte du premier volume de ce *Traité de technique opératoire*.

Nous avons déjà dit tout le bien que nous pensions du premier volume; le second ne le cède en rien au précédent : tout y est clair comme style et comme illustration, et son étude attentive laisse bien l'impression que les auteurs ont atteint le but qu'ils se proposaient. Ce tome II forme un beau volume de plus de 1000 pages, illustré de très nombreuses figures; il contient les opérations sur le tube digestif et ses annexes, sur les voies urinaires, les organes génitaux de l'homme et les organes génitaux de la femme. Une table analytique des matières des deux volumes et une table alphabétique des auteurs cités complètent l'ouvrage et permettent la rapidité des recherches.

(1) 2 vol. gr. in-8°. Prix : 40 francs. — Paris, Masson et Cie.

La méthode suivie est la même que dans le premier volume. Pour donner à leur ouvrage des dimensions restreintes, les auteurs se sont contentés, pour chaque opération, de décrire aussi clairement que possible le procédé de choix, sans s'interdire cependant d'indiquer, lorsqu'ils le jugent nécessaire, d'autres moyens d'exécution recommandables pour certains points spéciaux ou s'appliquant à des cas particuliers. L'étude de l'opération proprement dite est, toutes les fois qu'il y a lieu, précédée de l'indication des préliminaires qu'elle nécessite et suivie d'une revue rapide des principaux accidents qui peuvent l'accompagner et des moyens d'y remédier; suit enfin l'exposé des soins immédiats et consécutifs qu'il convient de donner à l'opérée.

Cet ouvrage résume, en somme, l'état actuel de la technique opératoire, si changeante et tant perfectionnée depuis quelques années. Il est destiné à tous ceux qui s'occupent de chirurgie. Chacun pourra se remémorer, en quelques instants, les détails d'une opération.

Manuel de technique chirurgicale des opérations courantes (1), par G. MARION.

Ce manuel s'adresse, comme le dit l'auteur dans sa préface, aux étudiants et aux praticiens.

L'auteur s'est proposé de mettre les praticiens à même de mener à bien des interventions qu'ils abandonnaient à d'autres, faute d'en connaître la technique. Ces opérations que l'auteur estime pouvoir être pratiquées par les médecins sont : 1° les opérations faciles, non dangereuses, à la portée de tous; 2° certaines opérations d'urgence; 3° quelques opérations très bien réglées.

Pour chacune d'elles, un seul procédé, le procédé de choix, est exposé, avec clarté, méthode et simplicité; précédant la description de l'intervention proprement dite se trouvent un résumé de ses indications, l'énumération des instruments nécessaires et, s'il y a lieu, le mode d'anesthésie et les notions anatomiques indispensables à l'exécution de l'opération. Chacun des temps opératoires est décrit avec figures à l'appui.

Mentionnons le nombre de ces figures qui, toutes, ont été dessinées par l'auteur. Elles sont simples, dégagées de toute ornementation inutile et par là singulièrement claires, ce qui est le principal.

Ce livre semble appelé à rendre les plus signalés services à ceux auxquels il s'adresse. Tout différent des traités de médecine opératoire classique et des traités de technique chirurgicale, que leur importance semble réserver aux chirurgiens, ce manuel s'adresse à la généralité des médecins.

La logique morbide : I. L'analyse mentale (2), par N. VASCHIDE, chef des travaux du laboratoire de psychologie expérimentale de l'École des Hautes-Études (asile de Villejuif), et Cl. VURPAS, interne des asiles de la Seine (asile de Villejuif); préface par M. Th. RIBOT, membre de l'Institut, professeur au Collège de France.

Dans leur ouvrage : *La logique morbide*, MM. Vaschide et Vurpas esquissent toute une psychologie, embrassant à la fois le mécanisme normal et pathologique de l'activité mentale. Plusieurs volumes seront consacrés à cette étude qui comprend : l'Analyse mentale, le Syllogisme morbide, l'Emotion morbide et la Création intellectuelle mordide.

L'analyse mentale fait l'objet du premier volume qui se divise en six chapitres.

Dans le premier est étudié le rôle de l'activité mentale dans la vie psychique chez le sujet sain et le sujet morbide. Dans le second est abordée l'étude de l'introspection à l'état

(1) In-8°. Prix : 7 francs. — Paris, A. Maloine.

(2) In-18 de XVIII-268 pages. Prix, broché : 4 francs. — Paris, F.-R. de Rudeval et Cie, 4, rue Antoine-Dubois.

soit normal soit pathologique et les délires auxquels elle imprime leur sens et leur direction. L'introspection mentale avec tous les troubles pathologiques dont elle peut être l'origine font l'objet du troisième chapitre. Le quatrième est consacré à l'extrospection, analyse du monde extérieur, des attitudes et de la condition des autres; dans le cinquième les recherches des auteurs portent sur l'analyse du milieu cosmique et sur tout ce qui se rapporte aux notions de cause et de genèse ainsi que l'allure des troubles mentaux, qui peuvent en être la conséquence. Le rôle de l'introspection dans les diverses maladies mentales depuis la manie et la confusion mentale jusqu'à la paralysie générale et la démence, mais principalement dans les divers délires systématisés, fait l'objet du sixième chapitre.

Dans ce volume toute une psychologie et même une philosophie nouvelle sont esquissées. Ce mode fondamental de l'activité psychique par lequel le sujet pensant arrive à comprendre les phénomènes extérieurs ou internes, objectifs ou subjectifs est l'analyse mentale, la base et le support profond, pourrait-on dire, de toute connaissance et de tout raisonnement.

Cette étude est abordée pour la première fois dans le premier volume et poursuivie soit à l'état normal, soit à l'état pathologique, dans toutes les manifestations morbides avec l'allure et la couleur que cette direction de l'activité mentale imprime au délire. Ce travail est donc une œuvre bien personnelle et originale, qui présente un réel intérêt.

Les considérations et les conclusions, auxquelles aboutissent MM. Vaschide et Vurpas auront un écho et exerceront leur influence aussi bien en psychiatrie qu'en psychologie.

Dans cette tentative de psychologie générale se trouve ébauchée la pathogénie et le mécanisme de production de nombreux délires systématisés survenant principalement ches les dégénérés. Jusqu'ici les délires ont été classés et distingués d'après la couleur et le sens des idées et des conceptions morbides : MM. Vaschide et Vurpas tentent une nouvelle classification basée sur le mécanisme pathogénique, qui présente l'avantage de simplifier la multiplicité des formes cliniques et de les réduire à quatre.

A tous ces titres, l'ouvrage de MM. Vaschide et Vurpas intéressera philosophes, psychologues et psychiatres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par arrêté ministériel, en date du 6 décembre 1902, MM. Heckenroth et Bouilliez ont été nommés médecins aides-majors de première classe stagiaires du corps de santé des troupes coloniales et, par décision ministérielle du même jour, désignés pour aller servir en Afrique occidentale française.

Marine. — Par décret, en date du 2 décembre 1902, M. le médecin principal de la marine en retraite Marestang a été nommé médecin principal dans la réserve de l'armée de mer, et affecté au port de Toulon.

Par décision ministérielle du 3 décembre 1902, M. le docteur Peyraud, élève du service de santé de la marine, est nommé médecin auxiliaire de deuxième classe, et maintenu dans ses fonctions d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Bordeaux.

M. le docteur Guyet, élève du service de santé de la marine, est nommé médecin auxiliaire de deuxième classe.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecin de première classe de la marine Bertrand.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Barthélemy et Michel.

Statistique. — La brusque augmentation de la mortalité signalée la semaine dernière ne s'est pas maintenue; le service de la statistique municipale n'a, en effet, constaté que 909 décès, au lieu de 995 pendant la précédente semaine et au lieu de 956, moyenne ordinaire des semaines de décembre.

La fièvre typhoïde a causé 8 décès, au lieu de 10 pendant la semaine précédente; le nombre des cas nouveaux (43) est identique à celui de la semaine dernière, mais un peu supérieur à moyenne (31).

La rougeole a causé 6 décès, comme pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne (5); la scarlatine 2, chiffre identique à la moyenne et à celui de la semaine précédente; la coqueluche 2 décès, au lieu de 1 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (4); la diphtérie, 6 décès, chiffre identique à la moyenne, au lieu de 20 pendant la semaine précédente. La brusque aggravation signalée la semaine dernière ne s'est donc pas maintenue; le nombre des cas nouveaux (97) est du reste stationnaire depuis trois semaines et à peine supérieur à la moyenne (90).

La variole n'a causé aucun décès; le nombre des cas nouveaux (9) est encore inférieur à celui de la moyenne et surtout inférieur à la moyenne (32).

La diarrhée infantile a causé 36 décès de 0 à 1 an, au lieu de 27 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 23.

En outre, 41 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 160 décès, au lieu de 161 pendant la semaine précédente, et au lieu de 193, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 14 décès (au lieu de la moyenne 20); bronchite chronique, 17 (au lieu de la moyenne 27); pneumonie, 33 (au lieu de la moyenne 40); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 96 (au lieu de la moyenne 106), dont 38 sont dus à la congestion pulmonaire et 43 à la broncho-pneumonie. En outre, 3 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 195 décès; la méningite tuberculeuse, 14; la méningite simple, 16; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 15 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 56; les maladies organiques du cœur, 65; le cancer a fait périr 56 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 7 décès; la cirrhose du foie, 12; la néphrite, 31; enfin, 37 vieillards sont morts de débilité sénile.

Leçons de clinique médicale. — M. le docteur Chauffard commencera ses leçons de clinique médicale le samedi 13 décembre à dix heures, à l'hôpital Cochin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Conférences de stomatologie. — Ces conférences commenceront le vendredi 9 janvier 1903, à huit heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine, et seront continuées à la même heure, les mardis et vendredis.

Ces conférences seront faites par MM. Sébileau, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux (anatomie et pathologie péribuccale); — Gastou, chef de laboratoire à la Faculté de médecine (physiologie, histologie et bactériologie de la bouche); — Chompret, dentiste des hôpitaux (pathologie buccale); — Cruet, dentiste des hôpitaux (pathologie dentaire); — Rodier, dentiste des hôpitaux (dentisterie opératoire); — Gaillard, dentiste des hôpitaux (prothèse).

Une carte donnant droit d'assister à toutes les conférences sera délivrée par le concierge de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine, moyennant le versement de la somme de 10 francs. Cette carte portera l'ordre exact des conférences.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — A partir d'aujourd'hui 12 décembre les places pourront être retenues et marquées, non seulement dans les rapides de jour, mais aussi dans les trains de nuit ci-après :

Train n° 7, partant de Paris à 9 h. 15 du soir; — train n° 10, Menton à 2 h. 18 du soir; — train n° 12, Menton à 2 h. 37 du soir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Glossaire médical, par L. Landouzy, professeur de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris à l'hôpital Laënnec, et Jayle, chef de clinique gynécologique de la Faculté de médecine de Paris à l'hôpital Broca. 1 vol. in-8° carré de XVI-663 p., avec 426 gravures et 5 cartes. — Prix : br., 16 francs; cart., 18 francs. — Paris, C. Naud.

Bégaiement et autres maladies fonctionnelles de la parole, par le docteur Chervin, de Paris, ouvrage récompensé par l'Académie des sciences et l'Académie de médecine. 1 vol in-8° de 550 pages br. — Prix : 10 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVE, RUE CASSETTE, 17

N° 142. — MARDI 16 DÉCEMBRE 1902. 75e ANNÉE. MARDI 16 DÉCEMBRE 1902. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

LA MYOCARDITE RHUMATISMALE AIGUE

D'après M. le docteur JANOT (1).

Peu connue avant notre époque, la myocardite rhumatismale a été isolée cliniquement par Hardy, Vaisse, West, Lancereaux, Peter, histologiquement par Bret, Weil et Barjon, Merklen et Rabé, etc.

Les causes qui peuvent favoriser son apparition dépendent du malade lui-même, de l'attaque rhumatismale ou de l'état antérieur du cœur.

La *fréquence* de la myocardite est diversement appréciée par les auteurs : pour les uns, c'est une rareté; pour les autres c'est la règle, ce n'est même pas une complication (Delancey Rochester). Poynton a trouvé des altérations musculaires du cœur dans 23 p. 100 des cas, Lees pense que la proportion serait plus élevée si l'on pratiquait toujours l'examen histologique : c'est l'opinion soutenue aussi par Fernet et Besnier.

L'*âge* joue un rôle important dans l'étiologie de la myocardite. Chez l'adulte, les altérations myocardiques sont plus fréquentes, des maladies antérieures ayant déjà pu atteindre le cœur. Chez l'enfant, le cœur paraît présenter une sensibilité toute spéciale à l'infection rhumatismale ; cette infection est souvent si intense que la fibre myocardique est atteinte malgré son intégrité antérieure, elle est altérée plus souvent encore que chez l'adulte d'après M. Janot.

La myocardite s'observe surtout dans les formes graves de rhumatisme; elle suit les lois de coïncidence établies par Bouillaud pour l'endocardite. La répétition des attaques a une importance aussi grande; elle peut suppléer à l'intensité et c'est surtout chez les sujets ayant eu plusieurs attaques même légères que le myocarde s'altère : cette opinion est adoptée par tous les auteurs. Quelquefois, le myocarde est pris d'emblée sans qu'il y ait eu de douleurs articulaires (obs. de Vaisse).

L'*état du cœur* antérieurement au rhumatisme joue un très grand rôle dans la production d'altérations nouvelles. Dans un certain nombre de cas une affection (infection aiguë ou intoxication) a déjà diminué la résistance du muscle cardiaque sans créer de lésions apparentes. Dans les autres cas, le cœur est atteint d'une lésion macroscopiquement constatable, le plus souvent, il s'agit de lésions endocardiques reliquat d'un rhumatisme antérieur. Les conditions mécaniques du fonctionnement du cœur sont par suite modifiées. Les lésions péricardiques anciennes agissent aussi d'une façon mécanique; il est possible d'ailleurs qu'elles créent par elles-mêmes des lésions musculaires.

L'*anatomie pathologique* doit être étudiée au point de vue macroscopique et histologique. L'aspect extérieur du myocarde est variable; souvent les lésions sont apparentes (cœur jaunâtre, placards jaunâtres, teinte ecchymotique). La consistance est molle, flasque, les cavités cardiaques sont souvent augmentées (dilatation ou hypertrophie ou association des deux lésions). Quelquefois la simple inspection ne révèle pas de lésions, on ne les constate qu'à l'examen histologique. Très souvent, il existe des lésions cardiaques associées, il s'agit de lésions de l'endocarde ou du péricarde; ce sont des lésions à marche rapide, accompagnées de phénomènes réactionnels intenses pouvant contribuer à entraîner la mort (péricardite ou endocardite aiguë). Dans d'autres cas, les lésions ont une évolution plus lente et remontent à une date ancienne; on note alors la symphyse totale ou partielle du péricarde, et des lésions d'endocardite chronique intéressant soit l'endocarde pariétal (Merklen et Rabé) ce qui est rare; soit, plus souvent, l'endocarde valvulaire.

Pour Delancey Rochester la myocardite est associée à tous les cas de péricardite, elle l'est fréquemment à l'endocardite. Pour Cadet de Gassicourt, elle ne l'est qu'exceptionnellement à l'endocardite seule ; elle l'est toujours à la péricardite chronique. Pour Janot, la myocardite est exceptionnellement isolée, elle est le plus souvent associée à la péricardite.

Les lésions myocardites peuvent être les premières en date, d'après Delancey Rochester, mais la plupart des auteurs pensent qu'elles sont ordinairement consécutives aux lésions de l'endocarde ou du péricarde.

On a pensé souvent que les troubles attribués à la myocardite peuvent dépendre de lésions du plexus cardiaque (Letulle, Vaisse, Renaut). Cette opinion est plausible, mais manque de bases anatomiques. Nous n'insisterons pas sur les lésions pulmonaires (œdème passif ou congestion inflammatoire) ni sur les altérations fréquentes du foie et des reins.

(1) Th. de Paris, 1902.

L'*étude histologique* montre que tous les éléments du myocarde peuvent être atteints. Mais ce sont les *fibres musculaires* qui présentent les lésions les plus fréquentes et les plus graves. Cadet de Gassicourt et Morel-Lavallée sont les seuls auteurs qui décrivent la myocardite rhumatismale comme une myocardite interstitielle pure.

La dissociation segmentaire ou la fragmentation dans la continuité même d'une fibre a été notée. Pour Henschen cette lésion est favorisée par l'augmentation de pression intra-cardiaque lorsqu'il existe une lésion valvulaire préalable; elle représente pour cet auteur le principal facteur immédiat de la mort subite. Pour Bouchot, cette lésion est peu importante. Merklen et Rabé ne la signalent pas. Janot ne l'a trouvée que rarement. Il est intéressant, dit-il, de rapprocher cette absence de dissociation segmentaire de l'absence d'arythmie notable dans les cas de Bouchot et les nôtres, surtout étant donnée l'importance attribuée à cette lésion par le professeur Renaut dans la pathogénie de l'arythmie.

L'altération de la striation de la fibre myocardique est fréquente. On observe soit l'exagération de la striation longitudinale avec disparition de la striation transversale (Sturges, Bouchot, Vaisse, etc., Merklen et Rabé, Janot), c'est une lésion habituelle. L'exagération de la striation transversale et de la striation longitudinale (état grillagé) a été observée par Janot.

L'altération vacuolaire signalée par Bret, Weill et Barjon, Bouchot, comme l'altération fondamentale, est la plus fréquente. On observe soit des vacuoles petites réparties comme les grains d'un chapelet le long du fuseau protoplasmique central de la fibre, soit, à un degré d'altération plus avancé, une seule grosse vacuole occupant toute l'étendue de la fibre. A un dernier stade, le contenu même de la vacuole s'épanche dans les espaces interfibrillaires, abandonnant la fibre sous forme de boules sarcodiques réfringentes, mal colorables, et qui finissent par infiltrer tout l'îlot d'une substance homogène à la façon d'une injection de gélatine (Mollard et Regaud).

L'aspect alvéolaire a été signalé surtout par Merklen et Rabé au niveau des piliers où la fibre est réduite à une sorte de coque affaissée et vide, l'aspect de la coupe étant celui d'un treillage à mailles vides. Quelquefois un dépôt de pigment est le seul vestige de la fibre musculaire (Vaisse).

La dégénérescence graisseuse est signalée dans un assez grand nombre d'observations anciennes; mais, dit Renaut, on a décrit, sous le titre de dégénérescence graisseuse, tout ce qui brille sous forme de grains ou de bulles avec une réfringence particulière au sein du protoplasma ou autour du noyau d'une cellule cardiaque. En dehors de certains cas particuliers, la dégénérescence graisseuse du myocarde paraît en effet exceptionnelle.

Les noyaux des fibres musculaires subissent aussi des altérations : l'augmentation de volume, avec gonflement irrégulier et modifications de la réfringence, a déjà été notée par Sturges et Bret; mais il s'agit là de lésions dégénératives. Weill et Barjon, Merklen et Rabé, signalent simplement la tuméfaction des noyaux. Les altérations nucléaires ne sont pas très intenses dans les observations de Janot.

Toutes ces lésions sont parcellaires et intéressent inégalement les divers groupes de fibres musculaires : elles peuvent se présenter sous forme de petits foyers disséminés dans tout le myocarde (Bret); les lésions plus légères sont réparties en des points spéciaux : les fibres les plus atteintes sont, pour Henschen, celles qui travaillent le plus, c'est-à-dire celles du ventricule gauche et des piliers; pour Delancey Rochester, le maximum des lésions s'observe sur les piliers; la même opinion est soutenue par Merklen et Rabé. Pour Broabdent et Teissier, c'est le ventricule droit qui est le plus atteint, sa paroi plus mince et plus faible se laissant plus facilement atteindre dès que la circulation est un peu gênée. Pour d'autres enfin, ce sont les fibres sous-endocardiques qui sont toujours les plus malades : il y aurait propagation des lésions de la séreuse au muscle (Broabdent). Merklen et Rabé ont trouvé des lésions les plus avancées dans les couches sous-endocardiques du myocarde.

Cependant la myocardite ne saurait être toujours considérée comme une lésion de propagation : c'est ce qui résulte des constatations anatomiques de Poynton, de Douglas-Powell, de Leyden, de Janot. La toxine rhumatismale en circulation dans les vaisseaux peut exercer une influence en des points séparés et isolés du myocarde, certains groupes présentant, du fait de leur fatigue, une fragilité spéciale.

Le *tissu conjonctif* du myocarde réagit d'une façon variable suivant la durée et l'intensité des attaques : il est peu sensible aux attaques, même très aiguës, si elles sont passagères. Pour Weill et Barjon, Bouchot, la lésion reste strictement limitée aux fibres musculaires (myocardite rhumatismale parenchymateuse aiguë); pour d'autres auteurs, il existe un élément de réaction conjonctive minime et accessoire, mais qu'il faut cependant noter : gonflement, et infiltration du tissu conjonctif interfasciculaire par des cellules rondes, embryonnaires ou lymphatiques. Ces cellules remplissent surtout les cloisons conjonctives, qui suivent les vaisseaux qui partent du péricarde dont les couches profondes sont aussi infiltrées. Osler a pu décrire une myocardite rhumatismale interstitielle aiguë. Ces lésions conjonctives sont beaucoup moins importantes que les lésions musculaires.

Les *lésions vasculaires* sont des lésions d'endo-périartérite et d'artérite oblitérante; elles peuvent atteindre la tunique moyenne, ainsi que M. Janot l'a observé dans un cas.

Au point de vue symptomatique, la myocardite rhumatismale est une affection latente, qu'il est nécessaire de rechercher et de dépister par un examen quotidien et approfondi. De même que les lésions ont une intensité variable, de même elle se présente avec une gravité différente suivant les cas : ainsi les signes de défaillance cardiaque peuvent dominer la scène, dans ces cas que l'on a décrits sous le nom de rhumatisme à forme asystolique. Enfin la myocardite semble un facteur important de la mort subite au cours du rhumatisme.

Le *début* de la myocardite se fait habituellement du troisième au neuvième jour; dans deux cas (Vaisse, Weill et Barjon), les manifestations cardiaques ont précédé les signes articulaires. Souvent les signes du myocardite n'apparaissent qu'au décours de l'attaque, quand le malade fait des efforts pour se lever.

Les signes prémonitoires sont : 1° l'oppression, très fréquente, d'intensité variable, s'accompagnant d'une sensation d'angoisse précordiale; elle est d'une courte durée, cesse d'abord, puis tend à s'accentuer peu à peu; les battements du cœur deviennent accélérés, tumultueux et perceptibles pour le malade; 2° la douleur, précordiale ou épigas-

trique, quelquefois intense ; 3° les lipothymies ou les syncopes véritables ; 4° un œdème périphérique fugace.

L'*inspection* donne peu de renseignements utiles ; Bret, Weill et Barjon ont constaté dans deux cas une légère voussure du thorax avec existence d'ondulations systoliques ; mais dans ces observations, le cœur était hypertrophié, et il y avait des adhérences péricardiques anciennes et fortes.

La *palpation* permet de reconnaître les caractères du choc de la pointe ; le choc s'affaiblit, cette faiblesse augmentant avec les progrès de la maladie, suivant ses alternatives d'amélioration ou d'aggravation ; il peut s'étaler sur une large surface ; à la période terminale, il arrive à disparaître tout à fait où à se trouver reporté au-dessus du bord inférieur de la matité cardiaque, quand il y a en même temps un épanchement péricardique.

En même temps, le choc de la pointe se déplace, ce déplacement se faisant ordinairement en bas et en dehors, car la dilatation se produit aux dépens des deux ventricules. Quelquefois la recherche du siège de la pointe est douloureuse, même quand la région précordiale ne l'est point.

La *percussion* permet de reconnaître l'augmentation de l'aire de matité cardiaque. L'augmentation de la matité est *constante* : c'est un des meilleurs signes de la myocardite rhumatismale aiguë ; elle intéresse la totalité du cœur ; elle est quelquefois considérable (Barié), un des grands caractères de cette matité est son évolution ; elle peut augmenter presque d'une heure à l'autre, le cœur cédant à la suite d'un effort, d'un lever inopportun. C'est alors un signe d'une grande valeur pronostique, ces dilatations brusques devant faire redouter la mort subite (Lees) Enfin, cette matité est souvent irréductible, que le cœur reste fixé par des adhérences, ou que la fibre musculaire ait perdu tout ou partie de son élasticité et ne réagisse plus à la digitale (Merklen et Rabé).

L'*auscultation* fournit des signes importants. Les bruits du cœur sont modifiés dans leur timbre (assourdissement, rythme embryocardique) ; ils se confondent les uns avec les autres en une sorte de murmure asystolique dans lequel se fondent les souffles valvulaires préexistants (Weil et Barjon).

L'accentuation du deuxième bruit pulmonaire est notée dans six des observations que rapporte Janot ; il peut être le premier indice de la gêne circulatoire du retour.

Le bruit de galop a été constaté quelquefois (Bret, Weill et Barjon, Peter, Teissier). Il indique une lésion grave du myocarde.

Les souffles peuvent être des souffles valvulaires, dépendant de lésions endocardiques concomitantes. Mais la myocardite elle-même est capable de provoquer l'apparition de souffles fonctionnels ; doux, systoliques, s'entendant à la pointe et se propageant peu vers l'aisselle. Ces souffles, qui apparaissent et disparaissent rapidement, ont bien une origine musculaire et non organique ; ils dépendent de la diminution de tonicité de l'anneau musculaire d'insertion des cordages sur les fibres des piliers, ainsi que l'ont soutenu Henschen, Delancey Rochester, Lees. La constatation d'un souffle est très importante pour le diagnostic quand on peut présumer son mode de production.

On entend souvent des frottements, dépendant d'une péricardite concomitante.

« En somme, dit M. Janot, les signes physiques fournissent, pour affirmer l'existence de la myocardite rhumatismale : les signes de dilatation cardiaque, la constatation des bruits de souffle fonctionnels et du rythme de galop. »

Les *signes fonctionnels* apportent également des éléments précieux au diagnostic ; on s'attachera surtout à l'étude de la circulation périphérique.

Le pouls est rapide, surtout dans les cas à issue fatale, atteignant souvent 140 pulsations dans les cas mortels, 90 à 100 dans les cas favorables. La mollesse et la faiblesse du pouls sont notées dans presque toutes les observations. Souvent le rythme n'est pas altéré ; Weil et Barjon, Bouchot font de la régularité du pouls un caractère spécifique de la myocardite parenchymateuse. Dans d'autres cas, le pouls est irrégulier.

On n'a pas noté d'intermittences cardiaques ; mais les palpitations sont fréquentes ; elles peuvent survenir dès le début, et sont des palpitations arythmiques, constituant une véritable folie cardiaque (Letulle) ; dans d'autres cas, elles se produisent sous forme de crises spontanées, nocturnes, régulières (Merklen). Le moindre effort les fait apparaître. Elles s'accompagnent souvent d'une sensation d'angoisse.

La douleur, qui est pour Peter un bon signe de myocardite, est signalée dans plusieurs observations : ce peut être une douleur vague, spontanée et exagérée par la pression ; ou bien c'est une douleur violente, paroxystique, comparable aux crises d'angine de poitrine. Elle siège le plus ordinairement à la région précordiale, quelquefois au creux épigastrique (Herringham, West), ou se déplace vers les régions hépatique ou péri-ombilicale. La douleur cardiaque est inconstante ; quand elle existe, elle est un bon signe de myocardite.

La dyspnée est beaucoup plus fréquente ; son intensité est extrêmement variable. Souvent à la dyspnée cardiaque s'ajoute un élément pulmonaire (congestion passive ou aiguë). La dyspnée survenant en l'absence d'une lésion pulmonaire grave ou au cours de l'évolution d'une lésion endocardique jusque-là compensée, est un des meilleurs signes de la faillite du myocarde.

Les *troubles de la circulation périphérique* ont la même valeur : œdème blanc des membres inférieurs, et surtout cyanose. La cyanose est signalée dans presque toutes les observations : elle apparaît d'une façon précoce et est facile à constater. Elle peut être légère et marquée seulement aux lèvres, aux pommettes ; d'autres fois c'est une cyanose terminale, c'est l'asystolie définitive.

Aux mêmes troubles circulatoires il faut attribuer les symptômes nerveux : tendance aux syncopes, parfois syncopes graves (Peter, Letulle) pouvant être mortelles ; délire pasager (West, Peter), vertiges. Il faut noter quelquefois les vomissements ; ils ont une certaine valeur comme signe prémonitoire de la mort subite (Lees).

Les *signes généraux* sont peu modifiés par la myocardite. Pourtant Vaisse a cité l'état typhoïde. En général, c'est seulement la longueur de la maladie, la gravité de l'infection qui retentissent sur l'état général ; « Cet élément d'infection généralisée grave est important dans les formes de rhumatisme avec endocardite et asystolie ; il joue un rôle important dans la symptomatologie de la dernière période, » dit Janot : on a noté l'ictère et le purpura infectieux.

La température reste élevée pendant toute la maladie.

Des congestions passives se produisent dans les viscères :

congestion passive du poumon, foie gros et douloureux, urines albumineuses.

Les arthropathies n'ont aucun caractère de gravité spéciale dans les cas où l'on observe la myocardite.

L'*évolution* est en général rapide : du neuvième au vingtième jour, les symptômes s'amendent ou s'aggravent. La guérison est fréquente, elle n'est nullement incompatible avec une lésion de la fibre cardiaque annoncée par une diminution d'étendue de la matité cardiaque, elle se traduit par l'amélioration de la circulation périphérique, la disparition de la dyspnée et de la tachycardie, la disparition des troubles généraux. La mort peut survenir, soit la mort subite (Bret, Weil et Barjon, Merklen, etc.), parfois précédée de vomissements brusques, soit la mort par asystolie, avec sa symptomatologie habituelle.

La pathogénie de la myocardite rhumatismale aiguë est encore discutée. Certains auteurs attribuent la maladie à la fluxion rhumatismale du myocarde (Bouillaud), théorie dont l'histologie a fait justice, aux troubles profonds du système nerveux, plexus cardiaque (Peter, Letulle) ou pneumogastrique (Peter, Huchard), à une action directe, sur la fibre cardiaque, des produits solubles peuvent modifier ces propriétés et altérer sa structure : c'est la théorie la plus conforme aux idées actuelles et la plus généralement admise. Il est possible que, dans quelques cas, la fibre cardiaque, sous l'influence de l'imprégnation toxique, présente de simples troubles fonctionnels sans lésions organiques évidentes.

Le *diagnostic* se pose surtout avec l'endocardite, qui présente des souffles plus rudes, à localisation orificielle précoce, n'ayant pas la variabilité, la douceur, le moelleux des souffles fonctionnels de la myocardite; — avec la péricardite, diagnostic souvent fort difficile, malgré les signes différentiels fournis par les premiers auteurs qui se sont occupés de la question : aucun n'a de valeur réelle; — avec l'hypertrophie du cœur, mais là le choc de la pointe est large et fort, la matité est surtout étendue dans le sens transversal, les bruits sont forts et le deuxième bruit aortique est accentué, il existe enfin de l'hypertension artérielle; — avec la thrombose auriculo-ventriculaire, diagnostic parfois impossible (Huchard). Chacune de ces affections sera diagnostiquée surtout par les anamnestiques, les signes généraux, l'évolution et l'on se rappellera à ce sujet qu'aucun des signes donnés n'est pathognomonique d'une lésion organique, qu'ils peuvent aussi bien résulter de simples altérations dynamiques, nerveuses.

Le *pronostic*, sans être d'une gravité absolue, est cependant sérieux; il dépend, non seulement de l'état du cœur, mais encore de l'état des reins, des vaisseaux, des poumons, etc. Il aggrave l'attaque de rhumatisme préexistante et le pronostic de la convalescence, et, à ce point de vue, l'évolution vers la myocardite chronique ne doit pas être oubliée, car elle est réelle et même peut être fréquente.

Le *traitement* luttera contre l'infection autant par les stimulants généraux : sérum, quinine, que par le salicylate de soude, qui sera employé avec prudence; le repos le plus complet s'impose absolument pendant une durée fort longue. Les tonicardiaques seront administrés avant tout accident aigu, mais leur action devra toujours être soigneusement surveillée.

L. B.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(12 DÉCEMBRE 1902)

Dans le dernier compte rendu, nous n'avons pas parlé des mutations des médecins dans les services hospitaliers. Il est rare, en effet, que les changements soient, du premier coup, définitifs. Cette année le mouvement était considérable, aussi a-t-on dû s'y prendre à deux fois.

Voici les derniers résultats : M. André Petit ne va plus à la Charité, mais à l'Hôtel-Dieu; M. Toupet abandonne le parc tranquille de Sainte-Périne pour gagner la Charité; M. Jacquet, qui avait d'abord pensé à gravir les hauteurs de Ménilmontant, redescend à Saint-Antoine; M. Renon se dirige vers l'antique Pitié; M. Claisse va prendre une année de repos à Sainte-Périne; M. Parmentier monte à Tenon; et M. Siredey qui espérait l'Hôtel-Dieu, ne bouge plus et reste à Saint-Antoine. Cette fois, c'est définitif.

Nous avons eu une longue communication de M. Netter sur l'**emploi de l'argent colloïdal dans les maladies infectieuses**. L'auteur ayant bien voulu nous donner un résumé de son important travail, nous le donnerons complètement. Cela vaudra mieux qu'un compte rendu toujours incomplet.

« Credé (de Dresde) a introduit, en 1897, dans la thérapeutique, l'argent colloïdal (ou collargol), état allotropique de l'argent sous lequel il est soluble dans l'eau et dans les humeurs de l'organisme.

L'argent colloïdal est surtout employé en frictions, sous forme de pommade à 15 p. 100 (onguent de Credé) et en injections intra-veineuses de solution à 1 p. 100 ou 200. La quantité d'onguent employé dans une friction est de 1, 2 ou 3 grammes, suivant qu'il s'agit d'un enfant, d'un adolescent ou d'un adulte. Pour les injections intra-veineuses, la quantité habituelle de collargol varie de 3 à 5 centigrammes.

Le collargol peut être manié sans danger d'intoxication. Le cheval suppporte 1 gramme en injection intra-veineuse. Un lapin sain a pu recevoir 10 centigrammes.

Depuis les premières communications de Credé, le collargol a été employé avec succès par un grand nombre de médecins et de vétérinaires de divers pays dans des maladies très diverses. On a cité nombre de guérisons merveilleuses.

M. Wenckebach (de Groningue) a rapporté l'histoire de deux malades, guéris au moyen de ces injections, d'une endocardite infectieuse très grave. Les injections ont amené un arrêt immédiat de la fièvre quarte dans un cas, bi-quotidienne dans l'autre. Elles n'ont pas seulement fait disparaître les accidents généraux d'infection, elles ont été suivies du retour *ad integrum* des altérations de l'endocarde.

M. Klotz (de Dresde) a obtenu un résultat aussi merveilleux dans une endocardite septique.

Encouragé par ces exemples, j'ai employé, à mon tour, cette médication et j'en communique les premiers résultats.

J'ai choisi dix observations d'ordre très différent. J'ai pratiqué les injections intra-veineuses dans une péricardite généralisée grave et dans une pneumonie avec épanchement purulent. Dans la péricardite, j'ai obtenu un abaissement immédiat de la fièvre qui disparut trois jours après l'injection. Les signes de frottement ont rétrocédé très vite et l'état général s'est rapidement rétabli. La pneumonie, chez la deuxième malade, a pris fin le sixième jour et, à ce moment, l'épanchement purulent était résorbé.

Une méningite cérébro-spinale suppurée a été modifiée avec la même soudaineté : apyrexie, le lendemain de la friction et convalescence très rapide.

Les résultats n'ont pas été moins satisfaisants dans une scarlatine grave, dans deux angines diphtériques toxiques, dans trois fièvres typhoïdes adynamiques. Dans une tuberculose aiguë ulcéreuse à forme broncho-pneumonique, les frictions ont fait rapidement disparaître la fièvre en même temps qu'elles amenaient une modification notable de l'état général avec retour de l'appétit et des forces.

La dernière observation, d'ordre médico-chirurgical, est celle d'un médecin atteint de pyohémie à manifestations graves et multiples chez lequel l'amélioration a été presque instantanée à la suite d'une friction unique au collargol. Le malade et la religieuse qui avait fait la friction ont ressenti au bout de six heures un goût métallique très marqué. Le retour des forces, de l'appétit, la liberté des mouvements ont fait leur apparition dès le lendemain. Le collargol, dans ce cas, est apparu à la surface de la plaie de la néphrotomie, qui avait dû être pratiquée à ce confrère, et dans l'urine.

Ces cas si divers donnent une idée des applications variées qui pourront être faites de cette médication. Nous y voyons la pyohémie cotoyer la tuberculose aiguë ulcéreuse, la méningite cérébro-spinale figurer en face de la pneumonie et de la pleurésie, l'endocardite et la péricardite en même temps que la diphtérie grave, la scarlatine et la fièvre typhoïde. La liste peut être singulièrement allongée. Il faut y faire figurer tout au moins les suppurations diverses, les manifestations puerpérales, le rhumatisme, le charbon, etc.

On ne devra pas s'attendre à guérir tous les malades et nous avons rencontré des cas moins favorables. Le collargol n'est pas une panacée et son emploi ne fera pas renoncer, dans chaque maladie, à l'usage des médications consacrées par l'expérience. Mais c'est un agent précieux, que nous ne saurions trop recommander.

La pathologie expérimentale ne nous a pas encore donné une explication satisfaisante du mode d'action du collargol. Credé avait été amené à l'employer en raison du pouvoir antiseptique considérable des composés de l'argent et de leur absence de toxicité.

Le collargol a un pouvoir bactéricide assez faible. Une solution à 1 p. 30 met dix heures à tuer le staphylococcus aureus. Il a une action empêchante marquée. 1 de collargol p. 6000 s'oppose au développement de l'aureus dans les milieux de cultures. Les injections de collargol ont, le plus souvent, échoué dans le traitement des infections expérimentales. Il est vrai que l'on ne peut conclure de celles ci à la pathologie humaine où le nombre des bactéries en circulation dans le sang est infiniment plus faible. Il n'est pas certain, du reste, que le collargol agisse comme antiseptique. Peut être y a-t-il neutralisation des toxines, ce qui cadrerait avec la rapidité remarquable des modifications de l'état général. Il y a peut-être stimulation du pouvoir défensif de l'organisme, ou action catalytique.

Si le mécanisme de l'action du collargol reste vague, cette action favorable n'en est pas moins établie dans beaucoup de maladies, et il convient d'en profiter. »

Signalons encore l'apparition d'un malade présenté par M. Hirtz et porteur d'une **atrophie musculaire des pectoraux, du trapèze** qu'elle a touché incomplètement, et du grand dorsal. M. Hirtz croit — étant donnée l'existence de signes de bacillose aux sommets — qu'il s'agit d'une névrite tuberculeuse.

Enfin, MM. Marie et Crouzon ayant essayé de traiter des **névralgies, par les injections sous-cutanées d'air atmosphérique**, apportent quelques premiers resultats de leur méthode.

MÉDECINE PRATIQUE

Vomissements gravidiques.

Par le docteur P. Puech, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier (1).

Dans la plupart des cas, les vomissements de la grossesse se traduisent seulement par le rejet, au moment où la femme quitte le lit, de glaires, de liquides aqueux, de matières bilieuses : ce sont les vomissements matutinaux, qui se rencontrent si communément chez la femme enceinte. qu'ils sont rangés parmi les signes de la grossesse. Ils n'ont aucune importance, et exigent à peine un traitement. A un degré plus avancé, les vomissements aboutissent à l'expulsion, après un temps plus ou moins long, des matières ingérées au cours des repas ; mais cette expulsion est loin d'être complète, et il reste toujours une quantité d'aliments suffisants pour assurer la nutrition. Dans une troisième forme, heureusement rare, les vomissements deviennent tellement fréquents, l'intolérance de l'estomac est telle, que les aliments, aussi bien liquides que solides, sont rejetés en totalité, et que, dès lors, la santé générale se trouve très sérieusement compromise : ce sont les vomissements qui ont été appelés vomissements de la grossesse graves, pernicieux, ou incoercibles.

La dénomination de cette troisième forme des vomissements de la grossesse indique combien sévère en est le pronostic : la mort constitue, en effet, une terminaison fréquente. D'autre part, la thérapeutique — la longue liste des remèdes tour à tour proposés et employés en témoigne — se montre bien souvent impuissante. Aussi bien, cette incertitude de la thérapeutique s'explique par l'obscurité qui règne encore sur la pathogénie des vomissements incoercibles : la théorie, récemment émise et à laquelle s'est rallié un certain nombre d'accoucheurs, qui fait de ces vomissements une manifestation de l'auto-intoxication gravidique, ne semble pas plus à l'abri des critiques que les explications pathogéniques antérieurement proposées.

Tous les vomissements, graves ou non, qui s'observent au cours de la gestation, ne sont pas nécessairement des « vomissements gravidiques ». Pendant la grossesse, on peut avoir affaire, tout comme en dehors de la puerpéralité, à des vomissements qui sont sous la dépendance d'états pathologiques divers coexistant avec la grossesse : affections de l'estomac (gastrite chronique, ulcère rond, cancer, rétrécissements...), affections de l'intestin (inflammation, tuberculose, hernie...), affections du foie (cancer), affections des reins (albumine), affections du péritoine (inflammation, tuberculose, cancer), affections de l'utérus (métrite, déviation, prolapsus), c'est dire qu'il faudra toujours procéder à un examen complet et minutieux afin, le cas échéant, de diriger un traitement contre l'état pathologique surajouté à la grossesse, duquel, plus que de cette dernière, dépendent les vomissements.

Nous n'avons en vue, ici, que les vomissements vrais de la grossesse, c'est-à-dire ceux qui, en dehors de toute affection concomitante, sont déterminés et entretenus par la seule grossesse.

I. *Vomissements matutinaux*. — 1° Prendre au lit, dès le réveil, une tasse de lait, de café au lait, de chocolat cuit, de bouillon froid.

(1) Chapitre extrait du volume de notre collaborateur et ami P. Puech : *Guide de thérapeutique obstétricale*. — Montpellier, Coulet et fils; Paris, Masson et Cie.

Ou, s'il y a intolérance pour les liquides :

Manger des tartines de beurre, des œufs durs, de la viande froide.

2° Ne quitter le lit qu'une heure après ce premier déjeuner.

II. *Vomissements alimentaires avec conservation d'un état général satisfaisant.*

1° Alimentation *ad libitum*. Boire, aux repas, du champagne frappé, ou du vin blanc léger coupé avec de l'eau de seltz ou de l'eau de Vals et glace.

2° Un quart d'heure avant le repas, prendre dans un peu d'eau ou de lait, V à VIII gouttes de :

Chlorhydrate de cocaïne	1 gramme
Eau	10 —

ou, une pilule contenant :

Extrait thébaïque	0g01 centigr.
Extrait de belladone	0g01 —

3° Garder, après le repas, le repos horizontal.

4° Faire sur le creux épigastrique des pulvérisations d'éther.

5° Si c'est nécessaire, prendre toutes les demi-heures, dans l'intervalle des repas, une cuillerée à soupe de ;

Eau chloroformée saturée	75 grammes
Eau de fleurs d'oranger	50 —
Sirop de fleurs d'oranger	25 —

ou :

Une cuillerée à café de sirop de morphine ;

ou :

La potion anti-émétique de Rivière ;

ou :

Une cuillerée à bouche, d'heure en heure, de :

Menthol	1 gramme.
Alcool	20 —
Eau	130 —

6° Surveiller le fonctionnement de l'intestin et assurer, tous les jours, une selle (lavements glycérinés, laxatifs...).

III. *Vomissements graves avec retentissement sur l'état général.* — 1° Toutes les deux heures (sauf sommeil) prendre quelques cuillerées de lait glacé ;

ou

Si le lait n'est pas toléré, supprimer toute alimentation par la bouche, et recourir aux lavements nutritifs renouvelés quatre à cinq fois dans les vingt-quatre heures, avec :

Peptones sèches	2 cuillérées à café.
Jaune d'œuf	N° 1.
Laudanum	V gouttes.
Bouillon (ou lait)	150 grammes.

ou avec :

Viande hachée	150 grammes.
Pancréas de bœuf ou de porc	50 —
Eau chaude	100 —

mélangés jusqu'à ce qu'on ait obtenu une bouillie.

Faire précéder le lavement nutritif (que l'on devra garder) d'un lavement ordinaire.

Avaler, pendant la durée de la diète et du régime des lavements alimentaires, quelques cuillerées d'eau bouillie glacée, et se gargariser, pour combattre la sécheresse de la gorge, avec de l'eau de Vals ou de Vichy.

2° Tous les matins, faire une injection sous-cutanée d'un centimètre cube de la solution :

Cacodylate de soude	0g50 centigr.
Eau distillée	10 cent. cubes.

ou encore :

Arrhénal	0g50 centigr.
Eau distillée	10 cent. cubes.

3° Faire faire, à plusieurs reprises dans la journée, les inhalations d'oxygène (40 à 60 litres dans les vingt-quatre heures).

4° Faire prendre, le soir, un lavement de chloral (2 à 4 grammes de chloral dans 100 grammes de lait).

5° Si malgré le traitement les vomissements persistent, si le pouls s'accélère, si la dénutrition va toujours en augmentant (perte du tiers du poids total), s'il y a des troubles cérébraux, provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. — S'adresser, de préférence (en raison de l'état grave de la femme, au moment de l'intervention), aux procédés d'évacuation rapide de l'utérus :

a. Au curetage, si la grossesse n'a pas dépassé les trois premiers mois ;

b. Aux ballons dilatateurs de Champetier de Ribes, si la grossesse est plus avancée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 22 AU 27 DÉCEMBRE 1902)

Examens de doctorat.

LUNDI 22 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Brissaud, Dejerine et Richaud.

2e, *Salle Richet* : MM. Richet, Rémy et Broca (André).

3 (oral, 1re partie), *Salle Pasteur* : MM. Pinard, Broca (Aug.) et Cunéo ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Mauclaire et Gosset ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Walther et Legueu ; — (2e partie) : MM. Hayem, Bezançon et Legry ; — M. Wallich, suppléant.

MARDI 23 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gilbert, Méry et Desgrez.

3e (oral, 1re partie), *Salle Velpeau* : MM. Berger, Hartmann et Bonnaire ; — (2e partie), *Salle Pasteur* : MM. Hutinel, Thiroloix et Gouget.

4e, *Salle Thouret* : MM. Proust, Joffroy et Vaquez ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, de Lapersonne et Auvray ; — (2e série) : MM. Le Dentu, Faure et Marion ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Achard et Renon ; — M. Jeanselme, suppléant.

MERCREDI 24 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e, *Salle Richet* : MM. Gautier, Richet et Rémy.

4e, *Salle Pasteur* : MM. Pouchet, Wurtz et Richaud ; — M. Cunéo, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Kirmisson, Walther et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Dejerine et Bezançon ; — M. Gosset, suppléant.

VENDREDI 26 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e, *Salle Pasteur* : MM. Richet, Pouchet et Rémy.

3e (oral, 2e partie), *Salle Thouret* : MM. Landouzy, Bezançon et Gaucher ; — M. Cunéo, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Walther et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Legueu et Gosset ; — M. Widal, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich ; — M. Legry, suppléant.

SAMEDI 27 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Hartmann et Thiéry.

3e (oral, 1re partie), *Salle Broussais* (1re série) : MM. de Lapersonne, Auvray et Potocki ; — (2e série), *Salle Pasteur* : MM. Poirier, Faure et Demelin.

4e, *Salle Béclard* : MM. Joffroy, Gilbert et Widal ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* : MM. Troisier, Thiroloix et Gouget ; — M. Vaquez, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat en médecine.* — Question écrite. Anatomie : « Glande sous-maxillaire. » Pathologie : « Diagnostic et traitement de l'ulcère de l'estomac. »

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 143. — JEUDI 18 DÉCEMBRE 1902. 75e ANNÉE. JEUDI 18 DÉCEMBRE 1902. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

DE LA GASTROSTOMIE PAR TORSION DE LA MUQUEUSE

Par M. Maurice Guillot (du Havre),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La multiplicité des procédés exposés dans les auteurs classiques ainsi que les divergences d'opinion tout récemment encore manifestées à la Société de chirurgie, montrent que l'accord est sans doute loin de se faire sur la meilleure technique à suivre en fait de gastrostomie.

Sans passer en revue, dans leurs détails, les 28 ou 30 procédés dont on trouve la trace dans les auteurs, on s'aperçoit aisément qu'avec des fortunes très inégales, ils ont tous à leur actif quelques cas où la continence de la bouche gastrique fut parfaite. Or nous croyons, à l'exemple de Terrier (1), qu'un certain nombre de ces cas heureux sont dus à un accolement parfois fortuit des plis muqueux bordant l'orifice, bien plutôt qu'aux détails d'une technique parfois inutilement compliquée. C'est ainsi, par exemple, que l'on sait aujourd'hui que les procédés de Witzel et de Marwedel, procédés créateurs d'un canal oblique formé aux dépens des tuniques de l'estomac, donnent toujours, en dernière analyse, un trajet court et rectiligne. Il résulte de cette constatation que l'obliquité initiale ne joue aucun rôle dans les résultats heureux qui ont été assez souvent observés, et que ce sont des circonstances accessoires, telles que la petite dimension de la bouche stomacale et la saillie des plis muqueux qui la tapissent, qui ont permis une continence satisfaisante.

Cette notion est d'ailleurs suffisamment courante en France pour que, depuis quelques années, on ait à peu près complètement abandonné les techniques délicates, longues et compliquées, pour se contenter de chercher la continence par deux moyens :

1° Une étroitesse extrême de la bouche gastrique, étroitesse qui permet d'utiliser comme agent d'obturation le plissement de la muqueuse produit par les sutures qui portent sur les deux autres tuniques de l'estomac. C'est ce que l'on obtient par la technique de Terrier, qu'elle soit ou non accompagnée de la formation d'un sphincter constitué aux dépens du grand droit.

2° La formation d'une valvule saillante vers l'estomac, que cette valvule comprenne les trois tuniques comme dans le procédé de Fontan, ou la muqueuse seule comme dans le procédé de Poirier.

De ces deux moyens, le second est sans doute celui qui a donné la plus forte proportion d'heureux résultats. C'est ainsi que notre maître M. Ricard s'est toujours déclaré satisfait du procédé de Fontan. On doit cependant reconnaître que cette technique, malgré d'incontestables avantages, a quelques inconvénients.

Tout d'abord elle n'est pas très économique, car il faut pouvoir fixer l'estomac dans une position telle que tout le cône que l'on utilisera pour la valvule soit en dehors du ventre. Or si l'on tient compte que l'on opère sur des individus cachectiques dont l'estomac est ratatiné par une alimentation insuffisante, on comprendra que dans certains cas on se trouve dans l'impossibilité d'utiliser assez d'étoffe pour constituer la valvule de Fontan. Ce n'est pas là d'ailleurs une simple vue de l'esprit, car Poirier imagina précisément son procédé dans un cas où le procédé de Fontan fut rendu impossible par l'état de rétraction de l'estomac (1).

D'autre part on a signalé comme complication la sténose de l'orifice (2). Cette sténose est une conséquence toute naturelle de ce fait que l'orifice cutané n'est pas bordé de muqueuse.

Quand il s'agit d'une fistule temporaire, l'inconvénient est de peu d'importance, et on peut même soutenir que l'absence de muqueuse au niveau de l'orifice cutané de la fistule et la tendance naturelle de celui-ci à la rétraction constituent d'incontestables avantages au cas d'une occlusion chirurgicale.

Il n'y a donc aucun lieu de rejeter une technique qui souvent s'est montrée excellente. On doit seulement faire observer que, si elle semble la meilleure pour la création d'une fistule temporaire, elle est moins avantageuse pour une fistule permanente, et que de plus, dans un certain nom-

(1) Terrier et Hartmann. *Chirurgie de l'estomac*, p. 62. — Terrier et Gosset. *Revue de chir.*, 10 fév. 1902, p. 175.

(1) René Guillot. *Quelques cas de gastrostomie par un procédé facile*, Th. de Paris, 1900, p. 25.
(2) Reynier. Soc. de chir., 16 juillet 1902.

bre de cas, elle sera rendue impossible par l'état de rétraction des tuniques gastriques.

Le premier des procédés dont nous avons parlé plus haut et qui consiste à obtenir l'accolement des plis muqueux, grâce à l'étroitesse de la fistule, ne peut donner que des résultats très inconstants, car rien ne garantit ni la formation des plis de la muqueuse, ni leur engrènement; l'expérience quotidienne montre que les meilleures de ces fistules sont à peine continentes et qu'en général leur diamètre va régulièrement en augmentant.

C'est pour parer à cet inconvénient que Souligoux eut récemment l'idée d'un procédé ingénieux qui devait tout à la fois créer des plis muqueux durables et constituer un sphincter autour de la fistule (1).

Dans ce procédé un cône gastrique, saisi avec une pince, est tordu de 90 degrés. Cette torsion est rendue permanente par un surjet fait le long du pli formé. On soumet alors le cône à une nouvelle torsion de 120 degrés, et l'on maintient cette torsion de la même façon que précédemment. Puis l'estomac est fixé à la façon ordinaire par des points musculo-péritonéo-stomacaux. Enfin on ouvre le sommet du cône, et la tunique musculaire de l'estomac est suturée à l'aponévrose des muscles droits et la muqueuse à la peau.

Des deux buts que se propose Souligoux, le premier, la création d'un sphincter, est peut-être temporairement atteint. Nous disons « temporairement », car il est bien probable que très rapidement, du fait de la rétraction que subit toujours après la gastrostomie la tunique musculaire de l'estomac, un travail de rectification du trajet se produit (2). D'ailleurs, du détail même de la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie sur le plus ou moins de facilité d'ouverture de la muqueuse, il ressort que celle-ci semble jouer librement dans l'intérieur de la spirale formée, et que par conséquent, si l'occlusion existe, elle doit être singulièrement aidée par les plis de la muqueuse elle-même.

Malheureusement, dans le procédé de Souligoux, rien n'est plus discutable que la torsion de la muqueuse. Poirier insiste sur l'impossibilité de tordre la muqueuse en saisissant en bloc les tuniques de l'estomac, et c'est là d'ailleurs un fait décelable par l'expérimentation sur le cadavre. Grâce à la laxité extrême de la sous-muqueuse, laxité plus grande encore sur le vivant, la tunique muqueuse est régulièrement comme chassée vers l'intérieur de l'estomac, et la difficulté que l'on éprouve ordinairement à l'attirer dans la plaie faite aux deux autres tuniques gastriques, montre surabondamment qu'il n'y a eu que peu ou pas d'entraînement dans la torsion.

Il est possible qu'en saisissant très largement toutes les tuniques, ainsi que semble le faire Guinard (3), on réussisse à entraîner la muqueuse et à l'ouvrir du premier coup en sectionnant au ras de la pince tout ce que celle-ci a saisi, mais il est à craindre, ainsi que l'a dit Poirier, que cette manière de procéder ne crée un orifice bien large alors que la condition de la continence des fistules gastriques est toujours la petitesse de l'orifice muqueux.

Il faut remarquer d'ailleurs que, sur la question de l'entraînement de la muqueuse, il y a entre les défenseurs du procédé de Souligoux des différences d'appréciation notoires. Reynier n'admet-il pas en effet que la facilité avec laquelle se fait l'introduction de la sonde est précisément due à l'absence de torsion de la muqueuse (1)?

Les mêmes doutes portent naturellement sur la facilité d'ouverture de cette même tunique. Si l'on met de côté, pour les raisons que nous avons dites, la technique très personnelle de Guinard, il est difficile, d'après les rares cas communiqués, de se faire une idée de la facilité avec laquelle la muqueuse peut être saisie et ouverte sur le vivant (2). A en croire l'expérimentation sur le cadavre, la saisie de la muqueuse est un temps délicat, et cela se comprend aisément quand on a observé le mécanisme de la torsion de l'estomac dans le procédé de Souligoux.

La première torsion produit un seul pli tourné vers l'opérateur, si on suppose celui-ci à droite, et agissant dans le sens des aiguilles d'une montre. Ce pli étant fixé par un surget, la nouvelle torsion de 120 degrés que l'on imprime, crée une nouvelle plicature, enfouissant, en général, la première. Le nouveau surjet de fixation forme ainsi, par la superposition presque constante des deux plicatures, un ergot saillant vers la cavité du cône, en sorte que la muqueuse très mobile est repoussée hors de l'axe de torsion au niveau duquel on la cherche.

Ces deux conditions réunies, mobilité extrême de la muqueuse et refoulement loin de l'axe par les saillies de torsion, rendent toujours chez le cadavre la recherche de la cavité de l'estomac très pénible. En est-il exactement de même chez le vivant? Il est logique de l'admettre, et il est probable que les chirurgiens qui, dans l'avenir, emploieront la torsion gastrique, auront à compter avec cette nouvelle difficulté.

Enfin il est une dernière objection que l'on doit faire au procédé de Souligoux. Il demande beaucoup plus d'étoffe que le procédé de Terrier, et c'est pour l'avoir reconnu impossible dans un cas où nous voulions l'expérimenter, que nous avons été conduit à imaginer une technique sensiblement différente. Cette technique est exposée dans l'observation suivante :

H... (Alfred), cinquante et un ans, a toujours été dans un excellent état de santé. On ne relève dans ses antécédents aucune cause ayant pu produire un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Aucune trace de syphilis.

Depuis six ou sept mois, le malade a présenté des signes de dysphagie. Cette dysphagie a d'abord été intermittente. Depuis deux mois, elle est continue et beaucoup plus marquée. Des régurgitations de plus en plus fréquentes se sont produites. Actuellement, le malade ne peut avaler que du lait et des purées claires. Encore en rend-il, après un temps variable, la plus grande partie.

A son entrée à l'hôpital Pasteur, le 17 juillet 1902, on constate un amaigrissement extrême que le malade dit s'être produit dans ces derniers mois; les téguments ont une teinte jaune caractéristique. On trouve un petit ganglion dans la fosse sus-claviculaire gauche. Le cathétérisme de l'œsophage décèle un rétrécissement siégeant à 6 centimètres au-dessus du cardia.

Opération le 19 juillet.

Chloroforme. Incision parallèle aux fausses côtes gauches, mais portant surtout sur le grand droit. L'examen du cardia ne décèle rien de particulier. L'estomac est très rétracté. Ce n'est qu'avec les plus grandes difficultés que l'on

(1) *Bulletin de la Soc. de chir.*, 19 février 1902, p. 213.
(2) Quénu. *Bull. de la Soc. de chir.*, 12 mars 1902, p. 318.
(3) Guinard. *Bull. de la Soc. de chir.*, 5 mars 1902, p. 287.

(1) *Bull. de la Soc de chir.*, 5 mars 1902, p. 286.
(2) Il est à noter que Schwartz a rapporté tout récemment deux cas où l'ouverture de la muqueuse fut difficile. L'un de ces deux cas a trait à une opération pratiquée par Souligoux lui-même.

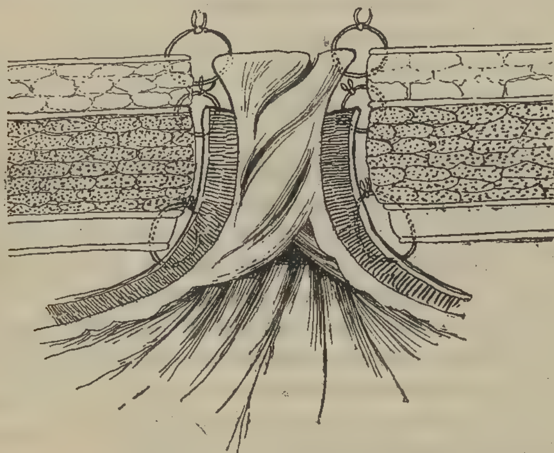
peut amener dans la plaie un point voisin de la petite courbure. La torsion de l'estomac, selon la technique de Souligoux, est reconnue impossible. On fixe alors l'estomac par une collerette de points musculo-séreux au péritoine et à l'aponévrose profonde du grand droit. Une nouvelle collerette de points de suture unit la paroi gastrique à l'aponévrose superficielle (1). Le reste de la plaie a été fermé en deux plans, l'un séro-musculaire, l'autre cutané.

Les tuniques séreuse et musculeuse de l'estomac sont alors assez largement incisées. La muqueuse est saisie avec une pince à griffe, puis attirée aussi loin que possible hors de la plaie en détruisant ses adhérences profondes avec le doigt. Ce temps de l'opération est très aisé, et rapidement 4 centimètres de muqueuse sont ainsi libérés. La pointe du cône est alors ouverte, et les bords de la plaie ayant été saisis avec trois pinces, on imprime à l'ensemble un mouvement de torsion de 180 degrés. On termine par un surjet au catgut très fin, exécuté avec une aiguille à suture intestinale, et unissant la muqueuse à la peau.

Suites opératoires très simples. La température ne dépasse pas 37°3. Pendant les premiers jours, le malade peut, du fait de sa gastropexie, prendre quelques aliments par la bouche. Le septième jour, en retirant les fils superficiels, on s'assure qu'une sonde de Nélaton n° 10, enduite de glycérine, pénètre très aisément dans la plaie à condition de lui faire subir un léger mouvement de torsion. Les liquides introduits par cette voie n'ont aucune tendance à ressortir. Le malade se lève le vingtième jour. Depuis lors, il a repris des forces et sa fistule gastrique s'est montrée parfaitement continente. Il a été revu le 17 octobre dans un état général satisfaisant.

On voit, par cette observation, que la technique que nous avons suivie est des plus simples. La torsion de la muqueuse ne constitue qu'un temps opératoire très court, incapable d'allonger les quelques minutes nécessaires à l'exécution du procédé de Terrier.

Il nous a paru logique, puisque, de l'aveu de la plupart des auteurs, c'est le plissement de la muqueuse qui assure l'occlusion, de produire directement ce plissement par une torsion de 180 degrés. Les plis ainsi créés s'imbriquent les uns dans les autres, en sorte que la cavité de la fistule est virtuelle et qu'il faut un léger effort pour écarter les plis qui la forment. C'est d'ailleurs ce que montre le schéma ci-



joint, où, pour plus de clarté, nous avons exagéré la disposition normale en imprimant au cylindre muqueux un tour de spirale presque complet.

(1) Cette fixation de l'estomac aux deux feuillets de la gaine du grand droit ne nous est pas personnelle. Elle a été décrite par Terrier et Gosset (loc. cit.).

On a déjà fait à notre procédé cette objection qu'en libérant la muqueuse nous l'avons privée d'une partie de ses connexions vasculaires, et que, dans ces conditions, il est fort possible qu'après fixation elle se nécrose.

Nous répondrons que la sous-muqueuse, qui contient les vaisseaux, est très faiblement adhérente à la musculeuse, mais au contraire solidement fixée à la muqueuse avec laquelle elle est en continuité de tissu (1). En décollant la muqueuse, on entraîne donc en même temps la plus grande partie de ses vaisseaux nourriciers.

D'ailleurs, les procédés dans lesquels on mobilise des lambeaux de la muqueuse gastrique pour les suturer en des positions anormales, s'ils sont rares en chirurgie humaine, sont fréquemment employés avec succès par les physiologistes. Nous n'en voulons pour exemple que le procédé grâce auquel Pawlow et Chigin (2) créent un cul-de-sac stomacal isolé, en mobilisant de larges lambeaux muqueux à l'aide desquels ils forment une cloison séparatrice. En aucun cas de pareils lambeaux ne se sphacèlent.

En résumé, convaincus de l'utilité des plis muqueux pour la continence des fistules gastriques, nous proposons une technique aussi rapide que celle de Terrier, mais dans laquelle l'accolement des plis de la muqueuse est obtenu directement et fixé d'une manière durable.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(16 décembre 1902)

M. Albert Robin, poursuivant son étude des maladies de la déminéralisation organique, a fait une très intéressante communication sur ce qu'il appelle l'anémie plasmatique. Il est vraiment regrettable que le tour de parole de M. Alb. Robin ne soit arrivé qu'à la fin de la séance et qu'une dizaine de membres tout au plus soient restés dans leurs fauteuils pour l'écouter. Voici les conclusions du travail de M. Robin :

« 1° Il existe un groupe d'états morbides qui reconnaissent comme l'une de leurs conditions, sinon de leurs causes, soit une déminéralisation de l'organisme, soit une inaptitude des plasmas et des tissus à fixer les principes inorganiques de l'alimentation.

2° Parmi ces maladies, mes recherches permettent d'individualiser déjà les types suivants comme premiers termes de la série :

a. La phtisie pulmonaire;

b. Le phosphorisme;

c. Une variété particulière de l'hémoglobinurie;

d. Diverses albuminuries qui, d'abord fonctionnelles, peuvent aboutir à la maladie de Bright, comme les albuminuries phosphaturiques et les albuminuries dyspeptiques;

e. Un groupe important d'anémies, parmi lesquelles certaines présentent toutes les allures cliniques de la chlorose.

3° La chlorose n'est pas une entité morbide, mais bien un ensemble symptomatique qui relève de conditions morbides fort dissemblables et réclamant des traitements tout à fait différents, puisque ce qu'il faut traiter, ce n'est pas l'expression symptomatique denommée chlorose ou anémie, mais bien les procédés morbides qui aboutissent à cette expression.

4° La déminéralisation organique est l'un de ces procédés.

(1) Poirier. *Anatomie humaine*, t. IV, p. 224.
(2) Pawlow. *Le travail des glandes digestives*, trad. Pachon et Sabrazès, 1901, p. 19.

Les chloroses et les anémies qui en relèvent offrent certaines particularités cliniques qui permettent de les soupçonner et sur lesquelles je reviendrai plus tard. Mais pour les reconnaître à coup sûr, il faut pratiquer l'analyse comparative de l'urine et du sang. La déminéralisation est prouvée par l'augmentation du résidu minéral de l'urine et du coefficient de déminéralisation et par la diminution corrélative de la minéralisation du sang.

5° L'analyse démontre que cette déminéralisation porte sur le plasma sanguin dont l'équilibre salin est ainsi rompu, ce qui comporte comme résultante immédiate ou une altération des globules rouges, ou un retard dans leur renouvellement, ou une diminution de leur activité. En fait, dans le cas qui m'a servi de type, le nombre des globules rouges est tombé à 2329000, avec une valeur globulaire de 0,72, la normale étant l'unité.

6° Cette variété d'anémie mérite donc le nom d'anémie plasmatique.

7° Pour la traiter et la guérir d'une façon pour ainsi dire mathématique, il faut reconstituer l'équilibre salin du plasma sanguin, et l'on y arrive assez rapidement par l'emploi d'une association des sels du sang avec divers principes organiques dont l'ensemble représente une sorte de thériaque minérale.

8° Cette reconstitution minérale du plasma sanguin demande de quinze à cinquante jours suivant les cas. Elle se traduit par une augmentation de la minéralisation du sang et par une diminution du résidu inorganique de l'urine, malgré l'ingestion journalière des sels minéraux médicamenteux.

9° Quand l'équilibre salin du plasma sanguin est rétabli, il convient, dans une seconde étape thérapeutique, d'instituer la médication ferrugineuse qui agit alors avec une surprenante rapidité sur les signes extérieurs de la chlorose. Mais on peut éviter aussi le traitement secondaire en associant directement les ferrugineux à la médication saline.

10° Le diagnostic et le traitement de l'anémie plasmatique fournissent une preuve de la certitude de la thérapeutique quand elle est fondée sur les procédés exacts de la chimie pathologique. »

Chose curieuse : en matière d'**appendicite** l'Académie est plus radicale que la Société de chirurgie. M. Lucas-Championnière, en prenant la parole pour répondre à quelques observations de M. Richelot, se déclare nettement interventionniste précoce dans tous les cas. Dans sa communication, M. Richelot avait laissé entrevoir le danger possible d'une intervention à chaud par suite de l'infection secondaire de la cavité péritonéale en cas d'abcès. M. Championnière déclare n'avoir jamais vu se produire cette infection secondaire et il pense qu'il est possible et facile de s'en garantir en prenant les précautions nécessaires. Dans les cas de diagnostic difficile, M. Championnière n'hésite pas à faire la laparotomie, alors même qu'elle ne devrait être qu'exploratrice. Dans bien des cas, en effet, il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de faire un diagnostic précis. Trélat disait : « On ne doit ouvrir le ventre que lorsqu'on est bien sûr de son diagnostic. » A cela, M. Championnière répondait que, pour tenir un pareil langage, il fallait avoir ouvert bien peu de ventres, car tous ceux qui sont habitués à la laparotomie savent toutes les surprises qu'ils peuvent rencontrer. Il faut donc admettre la nécessité, dans bien des cas, de la laparotomie exploratrice. Chemin faisant, M. Lucas-Championnière malmène quelque peu le « sens clinique » et les « nuances fugitives » dont a parlé M. Richelot. Il ne faudrait pas trop, selon lui, compter sur des moyens de diagnostic aussi factices. Il cite l'exemple de deux malades dont la température ne dépassait pas 37°2 ou 36°8, le pouls 88, et qui n'éprouvaient que de la douleur; M. Championnière, obéissant à ses principes, les opéra et trouva chez tous deux un appendice gangrené. Tout cela s'était fait en quatre jours.

En résumé, en matière d'appendicite aiguë il faut opérer le plus tôt possible tous les cas qui se présentent; telle est la conclusion de M. Lucas-Championnière qui, comme on le voit, se rallie complètement à la formule de M. Dieulafoy.

M. Richelot trouve M. Lucas-Championnière un peu sévère pour lui; il professe, somme toute, la même opinion que son collègue : 1° sur la possibilité d'ouvrir un abcès périappendiculaire sans infecter la cavité péritonéale; 2° sur l'importance et la nécessité de la laparotomie exploratrice dans bien des cas; 3° sur les difficultés extrêmes du diagnostic dans certains cas d'appendicite aiguë. Quant au sens clinique, au flair du chirurgien, M. Richelot maintient qu'ils peuvent avoir leur grande utilité. En résumé, MM. Lucas-Championnière et Richelot adoptent la formule radicale de M. Dieulafoy.

M. Le Dentu l'avait également adoptée tout d'abord. Mais les plaidoyers faits dans différents congrès en faveur de l'opération à froid, l'ont impressionné comme beaucoup d'autres chirurgiens et M. Le Dentu était devenu plutôt temporisateur. Aujourd'hui, son opinion est celle-ci : chaque fois qu'un chirurgien est appelé dans les premières heures d'une appendicite aiguë, il ne doit pas hésiter à intervenir, ne pouvant savoir ce que deviendra cette appendicite. Mais quand le chirurgien n'est appelé qu'au delà du cinquième ou sixième jour, alors on peut attendre le refroidissement complet de l'appendicite.

Comme MM. Richelot et Lucas-Championnière, M. Le Dentu accepte l'opinion de M. Dieulafoy sur l'importance de l'opération précoce, quand elle peut être pratiquée.

Ainsi que nous le disions en commençant, plus la Société de chirurgie incline vers la temporisation et l'opération à froid, plus l'Académie se montre favorable à l'opération précoce et à l'intervention constante.

M. Saint-Yves-Ménard analyse un important mémoire de M. le docteur Balestre, directeur du bureau d'hygiène de Nice, sur l'**épidémie de variole** qui a sévi à Nice en 1901 et 1902, avec 1 575 cas et 549 décès.

Des statistiques et des tableaux graphiques font ressortir plusieurs enseignements pratiques, savoir :

a. La maladie a débuté parmi les chiffonniers dans les quartiers insalubres de la vieille ville. Il en avait été de même dans une épidémie antérieure, en 1887.

b. Les deux sexes sont atteints à peu près également avant vingt ans et après quarante ans. De vingt à quarante ans, au contraire, les femmes sont beaucoup plus maltraitées que les hommes, ce que l'on peut attribuer sûrement aux revaccinations pratiquées dans l'armée.

c. La variole a frappé surtout la population ouvrière qui travaille isolément ou par petits groupes.

Ménagères	170 cas
Journaliers	168 —
Domestiques	105 —
Couturières	68 —
Blanchisseuses	48 —

Par contre elle a épargné presque complètement les grands groupes, qui avaient été soumis par avance à la revaccination :

Armée	sur	3 400	hommes	2 cas
Administrations de l'État..	—	618	—	2 —
Administ. municipales....	—	525	—	0 —
Chemin de fer P.-L.-M....	—	502	—	3 —
Gaz et électricité	—	395	—	4 —
Manufacture de tabac.....	—	875	—	5 —
Postes et télégraphes.....	—	340	—	5 —
Tramways	—	580	—	3 —

d. Les Italiens établis ou venus récemment à Nice ont fourni la moitié des cas observés.

Le docteur Balestre expose dans son mémoire la part qui revient au bureau municipal d'hygiène dans la lutte contre l'épidémie par la désinfection, par l'assainissement des locaux contaminés, par la création de nouveaux services permanents de vaccination à côté de ceux du conservateur départemental du vaccin. Tout le monde a rivalisé de zèle ; la victoire a été prompte.

M. Kermorgant lit une note sur **le nagana au Chari,** qui est un territoire situé en plein centre de l'Afrique et compris entre les 5e et 15e degrés de latitude nord et les 10e et 18e degrés de longitude est. Depuis longtemps on observait, sur les rives des fleuves de cette région, des épizooties, au moment de la saison des pluies, sur les ânes, bœufs, chevaux, moutons ; les chèvres seules semblaient résister, les porcs n'existent pas.

L'existence de la mouche tsétsé et de trypanosomes du nagana dans le sang des animaux piqués a donné l'explication de ces épizooties.

L'auteur ajoute qu'à Brazzaville, on a constaté la présence de trypanosomes dans le sang d'un fonctionnaire; c'est la quatrième fois qu'on signale ce parasite dans le sang de l'homme.

Nous signalerons, parmi les présentations, celle qu'a faite M. Laborde, au nom du docteur Guglielminetti (de Monte-Carlo), d'un **appareil perfectionné** par le docteur Roth (de Lubeck), **pour narcoses au chloroforme,** exactement dosé par un courant d'oxygène. Cet appareil, à la construction duquel le docteur Guglielminetti a contribué par ses recherches sur l'efficacité de l'oxygène contre le mal de ballon et le mal de montagne, paraît diminuer considérablement le danger du chloroforme. Un grand nombre de narcoses faites avec cet appareil ont donné des résultats très satisfaisants. La quantité de chloroforme employée est de beaucoup diminuée et l'intervention simultanée de l'oxygène semble contribuer beaucoup à cette atténuation du danger.

M. Chauffard a été élu, par 65 suffrages sur 76 votants, membre titulaire. Nous sommes heureux d'adresser toutes nos félicitations à notre sympathique confrère.

Mardi prochain, séance annuelle, distribution des prix.

PRATIQUE MÉDICALE

Les cliniciens reconnaissent aujourd'hui que le méthylarsinate de soude doit être prescrit dans tous les cas où la nutrition générale est précaire : maladies consomptives, tuberculoses, anémies graves, dermatoses. Son action sur le sang a été suffisamment étudiée. Il provoque une augmentation rapide et notable du nombre des globules rouges sans amener une hyperglobulie vraie; mais il a été bien constaté que l'hémoglobine n'augmente pas proportionnellement au nombre des globules rouges, d'où il résulte que le méthylarsinate de soude ne saurait être un agent curatif de l'anémie.

Témoin de ces expériences probantes, un pharmacien de Paris, M. Freyssinge fils, tout récemment encore préparateur à la Faculté, a eu l'idée de préparer du méthylarsinate de fer appelé à rendre les plus grands services dans la chlorose, la chloro-anémie et surtout la chloro-anémie tuberculeuse. Par un raisonnement analogue, il a été amené à préparer du méthylarsinate de quinine qui s'est montré tout particulièrement efficace contre l'impaludisme et la cachexie palustre (1).

REVUE DE LA PRESSE

SÉMÉIOLOGIE

La pathogénie du signe de Kernig dans quelques affections non méningitiques. — M. Abadie a constaté la présence du signe de Kernig dans des affections banales sans complications méningitiques, telles que méningisme hystérique, maladie mitrale, hémiplégie cérébrale, névralgie sciatique. Dans ces cas, le signe de Kernig n'est pas causé par une augmentation de pression intra-arachnoïdienne ou par une irritation méningée, puisqu'on peut l'observer sans hypertension et sans leucocytose du liquide céphalo-rachidien. Il n'est pas non plus, dans certains cas de névralgie sciatique, la conséquence d'une contracture de défense contre la douleur, puisqu'il persiste dans la rachicocaïnisation pendant l'abolition temporaire de l'élément douleur. Il n'est pas non plus, comme on l'a prétendu, un signe identique au signe de Lasègue, puisque l'analgésie cocaïnique par voie rachidienne supprime le signe de Lasègue et laisse subsister intégralement le signe de Kernig. (Réunion biologique de Bordeaux, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 décembre 1902.)

BACTÉRIOLOGIE

Procédé extemporané de culture des microbes anaérobies en milieux liquides; les tubes cachetés. — Aux nombreuses méthodes de cultures d'anaérobies, méthodes qui, toutes, présentent des inconvénients plus ou moins graves, M. Rosenthal propose de substituer la méthode des tubes cachetés, dont voici la technique : Le tube de lait, bouillon, ou de tout autre milieu liquide, est privé d'air par une ébullition d'au moins trente minutes, ainsi qu'un ballon renfermant de la lanoline. On verse alors, dans chaque tube, de la lanoline, de façon que la colonne liquide du milieu soit surmontée d'une hauteur de 1 centimètre et demi de cette substance. De nouveau, on soumet le tube à une ébullition d'un quart d'heure. Après ce temps, le tube doit être refroidi le plus rapidement possible. Il est alors tout préparé. On peut plus simplement additionner de lanoline fondue des tubes tout préparés de milieux liquides, et les porter dans l'autoclave à 120 degrés pendant une demi-heure.

Terminé, le tube peut se retourner, il est imperméable au bleu de méthylène et aux gaz.

Pour l'utiliser, il suffit de faire fondre dans le haut de la flamme d'un bec Bunsen le bouchon de lanoline. Comme la lanoline fond à 42 degrés, cette manœuvre ne retentit nul-

(1) Dans la séance de l'Académie de médecine du 9 décembre, le professeur Armand Gautier a cité des observations prises chez l'homme et qui montrent dans le paludisme l'action heureuse du méthylarsinate associé à la quinine.

M. Freyssinge met à la disposition des médecins qui voudraient les expérimenter des échantillons de granules solubles d'hémarsine (méthylarsinate de fer) et de quinarsine (méthylarsinate de quinine). Il suffit d'en faire la demande à la pharmacie, 105, rue de Rennes à Paris.

lement sur la température du milieu. Dès lors, le tube cacheté est un milieu liquide, aussi facile à manipuler que le tube vulgaire de bouillon. Mais pendant le temps de prises, réensemencements, etc., la colonne de lanoline liquide protège toujours du contact de l'air le milieu. Quand tout est terminé, on replace le tube dans un vase d'eau; la lanoline se prend, et le tube est remis à l'étuve, n'ayant rien perdu de sa valeur.

Si les *tubes cachetés* n'étaient pas utilisés dans un délai de deux mois, il suffit, pour leur rendre leur valeur absolue, de les soumettre à une nouvelle ébullition d'un quart d'heure. (Soc. de biol., 18 oct. 1902.) L. B.

OPHTALMOLOGIE

Soins à donner dans les lésions traumatiques les plus fréquentes du globe oculaire. — M. J. Kipp établit à ce sujet un certain nombre de préceptes qui intéressent le praticien : lorsqu'on soupçonne l'existence d'une plaie du globe oculaire, on doit avant, de rechercher la lésion, pratiquer l'asepsie des paupières et des régions voisines. Quand les cils sont trop longs, il est bon de les couper avec des ciseaux. Les malpropretés qui peuvent souiller les paupières seront enlevées au moyen de tampons d'ouate imbibés d'éther. On usera très largement de l'anesthésie locale, autant pour permettre un examen rationnel que pour calmer la douleur. En cas de plaies oculaires dues à des instruments émoussés on se trouvera bien d'applications froides; une émission sanguine pratiquée à la tempe permet souvent de lutter contre l'inflammation. De même, les applications froides seront utiles dans les hémorragies sous-conjonctivales. Les plaies de la conjonctive oculaire guérissent d'habitude rapidement; il suffit de déterger fréquemment le cul-de-sac conjonctival de la sécrétion qui se produit. Les blessures de la cornée même légères, doivent attirer spécialement l'attention, surtout si elles sont dues à des instruments malpropres. Pour enlever les corps étrangers on retourne généralement la paupière : si on ne l'aperçoit pas, on doit le chercher dans le cul-de-sac. Un procédé assez simple consiste à attirer en bas au moyen des cils la paupière supérieure pendant qu'on pousse en haut la paupière inférieure : on lâche alors la paupière supérieure, dont la face conjonctivale se trouve ainsi mécaniquement balayée, en quelque sorte, par la paupière inférieure. Les corps étrangers siégeant *sur* la cornée s'enlèvent facilement avec un stylet muni d'un petit tampon d'ouate imbibée d'eau stérilisée. S'il est incrusté *dans* l'épaisseur de la cornée, on l'extrait au moyen d'une aiguille à cataracte. Les plaies pénétrantes de la cornée doivent toujours être regardées comme dangereuses. Les plaies profondes qui intéressent la cornée et la sclérotique, les plaies du corps ciliaire doivent être confiées aux soins d'un spécialiste en raison de leur gravité; en attendant le malade doit être tenu au lit et soumis à des applications froides. Les brûlures de la cornée et de la conjonctive sont souvent très sérieuses. Les lésions produites par les acides ou les substances caustiques ont leur pronostic soumis à l'intensité et à la durée de l'action irritante.

L'auteur fait remarquer en terminant que les traumatismes de l'œil sont fréquemment la cause d'actions en dommages-intérêts; d'où la nécessité pour le médecin de faire immédiatement un examen attentif de l'œil lésé et de reconnaître l'état de l'autre œil au moment de l'accident. (*Medical News*, 4 octobre 1902.) A. H.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat en médecine.* — Question écrite. Anatomie : « Glande sous-maxillaire. » Pathologie : « Signes, diagnostic et traitement de l'ulcère de l'estomac. »

— Les questions restées dans l'urne sont : « Artère pulmonaire, physiologie non comprise ; causes, signes et diagnostic des péricardites aiguës, » et « Région du creux poplité; Manifestations articulaires de la blennorragie ».

— Le jury est réparti de la manière suivante :

Anatomie. — MM. Parmentier, Sevestre, Albarran, Guillemain et Demelin.

Pathologie. — MM. Letulle, Guinard, Aviragnet, Chaput et Boissard.

Hôpital civil de Mustapha. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Tourrès, Delabarre, Mondelin et Claude, internes titulaires; Isnard et Arlès-Dufour, internes provisoires.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Anastase, Viallet, Gardon et Castelli, externes titulaires; Costa et Loubeyre, externes provisoires.

Écoles de médecine. — *Alger.* — Le concours pour deux places de professeur suppléant s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Scherb (médecine) et Cange (chirurgie).

Rouen. — M. le docteur Devé, médecin des hôpitaux, est nommé professeur suppléant de médecine.

Guerre. — Par décision ministérielle du 13 décembre 1902, ont été affectés au 24e d'infanterie coloniale :

A Toulon : M. le médecin-major de deuxième classe Reboul et M. le médecin aide-major de première classe Brachet.

A Cette : M. le médecin-major de deuxième classe Emily.

— Par décision ministérielle du même jour, MM. les médecins-majors de deuxième classe Arragon et Guibal ont été désignés, le premier pour le 163e d'infanterie et le second pour le 152e de même arme.

— Par arrêté ministériel du 13 décembre 1902, M. Boucher a été nommé médecin aide-major de première classe stagiaire dans le corps de santé des troupes coloniales et désigné pour servir à Madagascar.

Marine. — Des concours pour quatre emplois de professeur dans les Écoles de médecine navale seront ouverts au port de Brest le 28 janvier 1903 :

A. Pour la chaire de physiologie, hygiène et médecine légale à l'École de Bordeaux (remplacement de M. Le Méhauté);

B. Pour la chaire de séméiologie médicale à l'École annexe de Toulon;

C. Pour la chaire de chimie biologique aux Écoles annexes de Brest et de Rochefort (remplacement de MM. Riffaud et Camus).

— M. le médecin de deuxième classe Brugère, du port de Brest, est désigné pour embarquer sur l'*Estoc* (station locale de l'Annam et du Tonkin), en remplacement de M. le docteur Fichet.

Distinctions honorifiques. — M. le médecin principal de deuxième classe Quivogne est promu officier de la Légion d'honneur.

Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Blocman, Bonnard, Chastenet et Spira (de Paris); Guilloz (de Nancy); Bouveret, Courmont, Pollosson, Sambuc et Vinay (de Lyon).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Hochet, Billet, Dupuy, Gillard et Musy (de Paris); Passerat (de Bourg); Fourrier (de Briey); Bouin et Sterne (de Nancy); Aubert, Bérard, Causse, Fabre, Mayet, Nové-Josserand, Pic et Tellier (de Lyon).

Teinture des chaussures. — Le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, sur le rapport de M. Riche, a adopté le vœu ci-après :

« Il y a lieu d'interdire la vente des teintures pour chaussures dans lesquelles il existe de l'aniline ou de la toluidine à l'état libre. »

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 144. — SAMEDI 20 DÉCEMBRE 1902. 75e ANNÉE SAMEDI 20 DÉCEMBRE 1902. — N° 144

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

REVUE GÉNÉRALE

Ulcérations gastriques.

Par M. TRASTOUR, interne des hôpitaux de Paris.

Nous laisserons entièrement de côté les ulcérations du cancer et l'ulcère simple dont l'histoire serait trop longue à résumer et nous nous occuperons seulement des ulcérations de la muqueuse gastrique que l'on pourrait, avec M. Marfan, appeler ulcérations symptomatiques.

Encore mal connu, il y a quelques années, ce groupe prend actuellement de plus en plus d'importance.

De nouvelles observations viennent s'ajouter chaque jour et augmenter le nombre des affections où on peut voir apparaître à un moment donné des ulcérations gastriques.

Ces ulcérations symptomatiques ont comme caractère commun de relever d'une cause connue, de survenir comme épiphénomène au cours de l'évolution d'un état pathologique, ce qui les différencie des ulcérations cancéreuses et de l'ulcère simple.

Celui-ci, du reste, et c'est là l'opinion de nombreux anatomo-pathologistes et cliniciens, ne serait peut-être, au moins dans bien des cas, que le résultat de l'évolution de certaines des ulcérations symptomatiques que nous allons étudier.

Par cela même, l'histoire de ces ulcérations devient plus intéressante à connaître.

D'une manière générale, ces ulcérations symptomatiques sont soit le fait d'une irritation locale mécanique de la muqueuse gastrique, soit le résultat d'une gastrite aiguë ou chronique, quelle que soit du reste la cause de cette gastrite, intoxication ou infection.

I

1° Ulcérations par irritation mécanique. — Dans ce groupe se rangent les ulcérations produites par des corps étrangers ou par des liquides à température élevée ou à propriétés corrosives.

A. CORPS ÉTRANGERS. — Les cas en sont en somme rares. Ce sont en général des enfants, des aliénés ou des individus en état d'ivresse qui avalent volontairement ou par accident les objets les plus disparates. Suivant leur forme, ces corps étrangers séjournent dans l'estomac ou passent directement dans l'intestin. Ceux qui restent dans l'estomac sont des corps volumineux (fourchettes, ciseaux, etc.), ou des corps irréguliers présentant des aspérités (débris de verre, épingles à cheveux, boucles, etc.).

Par leur contact avec la muqueuse, par la pression qu'ils exercent sur la paroi, ils finissent par produire une ulcération qui se traduit par des vomissements sanguinolents ou le rejet de sang pur, rouge ou noir. Le diagnostic sera alors facile si on connaît l'existence dans l'estomac des corps étrangers. Mais les commémoratifs feront souvent défaut, si on a affaire à un enfant, à un aliéné ou si le malade a avalé le corps étranger étant ivre. Il est vrai que par la palpation on pourra quelquefois sentir le corps du délit si celui-ci est volumineux. Les caractères de la douleur sont importants. Cette douleur épigastrique est vive surtout pendant la digestion. Elle est calmée, au contraire, momentanément, par l'absorption d'aliments qui écartent mécaniquement les parois de l'estomac du corps étranger, qu'ils enrobent et qui, quelquefois, peut ainsi parvenir à passer dans l'instestin. C'est ainsi que se terminent, dans les cas heureux, les troubles dus à la présence d'un corps étranger dans l'estomac.

D'autres fois, le corps étranger, après avoir ulcéré les parois gastriques, en amène la perforation et il s'ensuit une péritonite suraiguë mortelle, à moins que des fausses membranes n'aient le temps de protéger la grande cavité péritonéale, comme cela a pu se voir dans quelques cas.

B. BRULURES. — Les brûlures de l'estomac sont rares. Par le fait même de leur température, les liquides ne sont absorbés qu'en très petite quantité et ils épuisent le plus souvent leur action au niveau du pharynx et de l'œsophage dont les lésions, toujours plus marquées, ont une importance prédominante.

C. CORROSIFS. — D'une manière générale, ce sont des acides [acide azotique, acide sulfurique (1), acide chlorhydrique (2), acide oxalique, etc.] ou des bases (alcali, potasse,

(1) A. PILLIET. Gastrite sulfurique, *Progrès méd.*, 1888.
(2) LETULLE et VAQUEZ. Empoisonnement par l'acide chlorhydrique, *Arch. de physiol.*, 1889, p, 101

soude, etc.) qui, avalés par erreur, produisent des ulcérations de la muqueuse gastrique. Acides et alcalis, détruisent les éléments anatomiques et amènent la production d'escares, au niveau du cardia surtout, mais aussi au niveau de la grande courbure et du pylore. Elles sont plus étendues lorsqu'elles sont produites par un alcali et moins sèches que celles produites par un acide.

Si le malade survit, cette escare en tombant donne soit une perforation, soit un ulcère qui bourgeonne et donnera naissance à une cicatrice pouvant amener secondairement la production d'une sténose.

Aussitôt après l'absorption, le malade éprouve des douleurs atroces, puis rapidement apparaissent des vomissements, alimentaires d'abord, puis contenant des mucosités sanglantes, des lambeaux sphacélés de muqueuse.

En même temps, le malade évacue des selles diarrhéiques, sanguinolentes.

Très souvent le malade meurt avec tous les signes de collapsus ou bien on voit apparaître rapidement une péritonite suraiguë par perforation de l'estomac. S'il guérit, il présentera presque infailliblement les troubles qui caractérisent une sténose du pylore ou du cardia.

Le sublimé, le phosphore, l'antimoine, le nitrate d'argent, les sels de cuivre peuvent aussi, après l'absorption, donner des escares qui, après leur chute, laissent des ulcérations.

L'action directe de l'arsenic sur la muqueuse gastrique est établie par les expériences de Hayem et Lion (1) qui, chez un chien auquel ils avaient administré de l'acide arsénieux mélangé aux aliments, ont constaté cinq ulcères siégeant sur la grande courbure et sur la face antérieure de l'estomac et du pylore.

Strauss et Blocq (2) ont montré que l'alcool suffisamment concentré est aussi capable de produire des escares et des ulcérations de la muqueuse gastrique. Ils en ont obtenu chez le lapin et chez un chien auquel ils avaient administré à jeun de 80 à 160 grammes d'alcool.

Enfin, dans un cas d'absinthisme, Hayem et Lion ont observé de petites ulcérations de la muqueuse gastrique par nécrose des éléments anatomiques, ulcérations dues vraisemblablement, suivant ces auteurs, à l'action directe de l'absinthe (3).

2° Ulcérations de l'estomac dans les gastrites. — Ce groupe est des plus vastes et tend à s'étendre chaque jour. On conçoit en effet, *a priori* que n'importe quelle intoxication, n'importe quelle infection puisse, à un moment donné de son évolution, porter son action sur la muqueuse gastrique. Cependant, nous nous hâterons de faire remarquer que ces ulcérations sont encore mal connues. Les observations en sont relativement rares et elles n'ont pour ainsi dire pas d'histoire clinique. On ne les connaît guère que comme lésions anatomiques, car elles sont bien souvent des trouvailles d'autopsie. Il est à cela plusieurs raisons. Leur rareté d'abord, qui provient peut-être de ce qu'elles passent souvent inaperçues, survenant au cours d'une maladie générale. Enfin la pauvreté de leur symptomatologie dans bien des cas. En effet, la sensibilité à la pression de la région épigastrique, la douleur xyphoïdo-vertébrale continue avec exaspération par l'ingestion d'aliments, l'apparition de vomissements contenant de minces filets de sang rouge ou noir, signes du reste inconstants, n'en permettent que rarement le diagnostic clinique. Il en est de même du signe donné par Max Einhorn (1), qui croit pouvoir affirmer l'existence d'érosions gastriques par la présence, dans l'eau de lavage de l'estomac, de fragments de muqueuse gastrique reconnaissables au microscope. La valeur des observations de cet auteur se trouve en effet très amoindrie, comme le fait remarquer M. Hayem, du fait que, dans aucun cas, il n'a pu contrôler son opinion par l'examen nécropsique.

II

Anatomie pathologique. — Quoi qu'il en soit, au point de vue anatomo-pathologique les ulcérations de l'estomac dans les gastrites sont soit de véritables ulcérations, soit de simples érosions.

A. Ulcérations. — Les ulcérations ont des dimensions plus considérables que les érosions. Elles seraient plus fréquentes dans les processus lents, tandis que les érosions se voient plutôt dans les processus rapides (2). Elles peuvent être uniques ou multiples, superficielles ou profondes. De forme linéaire, elliptique ou arrondie, elles ont un fond lisse ou irrégulier, mamelonné; souvent en même temps qu'une ou plusieurs ulcérations, existent aussi des érosions.

B. Érosions. — Les érosions, de dimensions moindres que les ulcérations, se divisent en érosions ponctuées ou folliculaires et érosions hémorragiques.

α. Les *érosions folliculaires* de Wilson Fox (3), dénommées plus justement érosions ponctuées par Brinton (4) parce que ce titre ne préjuge pas leur nature, ont à peu près les dimensions d'une tête d'épingle. Elles sont si petites qu'on ne les voit pas tout d'abord et elles donnent à la muqueuse, examinée plus attentivement, l'aspect du bois vermoulu (Mathieu).

On les rencontre le plus souvent vers la région pylorique. Leurs bords taillés en biseau leur donnent une forme d'entonnoir. Le nombre en est très variable. Quant à leur origine, elle paraît se faire dans les amas lymphatiques de la couche sous-glandulaire, d'où le nom d'érosions folliculaires que leur a donné W. Fox. La musculaire sous-muqueuse est toujours respectée, ce qui, pour M. Mathieu, est un caractère important, puisqu'il différencie l'érosion de l'ulcère simple et de l'exulceratio simplex de M. Dieulafoy.

β. Les *érosions hémorragiques* sont masquées à l'ouverture de l'estomac par du mucus strié de sang. Lorsqu'on a entraîné sous un filet d'eau cette couche plus ou moins épaisse de mucosités, ces érosions apparaissent sous la forme de petites taches, noires ou brunes, saillantes, formées par du sang resté adhérent et comblant la petite ulcération. Celle-ci n'apparaît bien avec ses caractères que lorsqu'on l'a débarrassée du sang qui la remplissait. « C'est une petite excavation à bords nets, tranchants, de forme circulaire ou

(1) Hayem et G. Lion. Art. gastrite, in *Traité de médecine*, t. IV, p. 347.

(2) Strauss et Blocq. Étude expérimentale sur la cirrhose alcoolique du foie, *Arch. de physiol.*, 1887, p. 489.

(3) Hayem et Lion. Loc. cit., p. 413.

(1) Max Einhorn. Clinical observations on erosions of the stomach and their treatment, *Medical Record*, 23 juin 1894.

(2) Pilliet. Étude d'histologie sur les érosions hémorragiques de la muqueuse de l'estomac dans les gastrites, *Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 693 et 707.

(3) Wilson Fox. Art. estomac. *Encycl. de Reynolds*, 1869.

(4) Brinton. *Traité des maladies d'estomac*, trad. franç., 1870.

ovalaire, quelquefois irrégulière (fig. 2 de la planche I *Atlas d'anatomie pathologique*, de Cruveilhier, XXXI livr.) au fond rosé ou également coloré en noir par l'imbibition sanguine (1). » Ces ulcérations hémorragiques sont disséminées un peu partout à la surface de la muqueuse injectée et présentant souvent par places de petits foyers d'infiltration sanguine. Leur nombre peut être si considérable que M. Dieulafoy a pu, dans un cas de gastrite ulcéreuse hémorragique d'origine pneumococcique, en compter jusqu'à 10 et 12 par centimètre carré. Leurs dimensions varient entre le volume d'une tête d'épingle et celui d'un grain de blé. Mais elles peuvent plus rarement acquérir des dimensions plus considérables.

III

Pathogénie. — Nous serons bref quant à la nature et au processus de formation de ces ulcérations. Deux théories sont en présence qui probablement ne s'excluent point l'une l'autre, comme le pensait déjà Cruveilhier. L'une de ces théories, défendue surtout par Rokitansky, Rindfleisch (2), Parrot, Pilliet, considère le processus congestif, l'infarctus hémorragique comme le point de départ de l'ulcération. Elle fait intervenir l'action du suc gastrique qui détruit les parties altérées par l'hémorragie. Peut être pourrait-on faire intervenir aussi un processus inflammatoire. L'infection se greffant secondairement sur les portions de muqueuse altérées par l'infarctus en déterminerait la suppuration et par suite l'ulcération. Ainsi s'établirait un rapprochement entre cette théorie et la théorie suivante.

Celle-ci fait intervenir en effet un processus inflammatoire siégeant soit dans les amas lymphatiques normaux de la couche sous-glandulaire (érosions folliculaires de Cruveilhier, Wilson Fox), soit dans les amas de leucocytes se formant autour des veines, suivant l'opinion de Balzer (3) pour qui la congestion seule serait impuissante à déterminer des ulcérations. C'est l'ouverture de ces petits abcès, quels qu'en soient le point de départ et le siège exacts, qui déterminerait la production des ulcérations gastriques. Il est probable que ces deux théories, loin de s'exclure, s'adressent chacune à une série de faits différents. L'ulcération gastrique survenant chez un cardiaque asystolique ou au cours d'une cirrhose hépatique n'a probablement pas en effet la même pathogénie qu'une ulcération gastrique causée par l'inflammation de la muqueuse de l'estomac d'un tuberculeux, d'un typhique ou d'un pneumonique.

IV

Étiologie. — Ces ulcérations que nous venons de décrire sont, avons-nous dit, le fait de l'évolution d'une gastrite quelle qu'en soit la nature. Aussi retrouve-t-on comme étiologie de ces ulcérations l'étiologie des gastrites en général.

Les unes sont causées par une gêne de la circulation du sang dans la veine-porte ou dans son territoire. C'est là le fait en clinique d'une thrombose de la veine ou d'une maladie du foie, du cœur ou des poumons.

(1) Hayem et Lion. Art. ulcération gastrique, in *Traité de médecine*, t. IV, p. 402.

(2) Rindfleisch. *Traité d'histologie pathologique*, édit. franç., p. 368.

(3) Balzer. Contribution à l'étude de certaines érosions hémorragiques de l'estomac, *Rev. mens. de méd. et de chir.*, 1877, p. 514.

Plus nombreuses sont les gastrites causées par une intoxication (gastrite alcoolique, gastrite tabagique, médicamenteuse, etc.), dont on peut rapprocher les gastrites par auto-intoxication (urémie, athrepsie).

Enfin, il existe tout un groupe de gastrites dont le point de départ est une infection, que le microbe agisse par lui-même ou par ses toxines. Ces gastrites infectieuses sont le résultat soit d'une infection banale (gastrite phlegmonneuse), soit de la localisation sur la muqueuse gastrique d'un germe spécifique (gastrite tuberculeuse, pneumococcique, typhique, etc.).

Nous devons faire remarquer toutefois que même dans les infections spécifiques comme la tuberculose, la fièvre typhoïde, les lésions stomacales peuvent être le fait des microbes ordinaires de la suppuration, par suite d'infection secondaire.

V

Description. — Nous allons étudier les ulcérations gastriques dans ces différents groupes de gastrites.

a. Ulcérations gastriques par gêne de la circulation porte. — α. *Oblitération de la veine porte.* — Expérimentalement L. Muller a déterminé des extravasations sanguines et des ulcérations de la muqueuse gastrique chez des lapins par la ligature de la veine porte. Panum est arrivé au même résultat par des injections de boulettes de cire dans la veine crurale d'un chien.

Cliniquement, l'oblitération de la veine porte peut se trouver réalisée par une thrombose survenant au cours du cancer, de la tuberculose ou de la cirrhose hépatique. Il se produit soit une rupture des varices œsophagiennes ou gastriques avec hémorragie abondante souvent mortelle (1), soit des érosions hémorragiques multiples donnant lieu à des vomissements sanguinolents. Mais ces faits sont exceptionnels.

β. *Maladies du foie.* — Les lésions du foie qui apportent une gêne au cours du sang dans cet organe arrivent, on le conçoit, au même résultat. Aussi pourra-t-on voir survenir des vomissements sanglants au cours des cirrhoses hépatiques. Ils traduisent le plus souvent une rupture de varices œsophagiennes ou gastriques, mais ils peuvent aussi signaler l'existence d'ulcérations gastriques.

A. Mathieu (2), dans un cas de cirrhose hépatique, a constaté de nombreuses érosions punctiformes de la muqueuse gastrique. « Sur plusieurs points, ces petites ulcérations punctiformes sont disposées en rangées linéaires. Elles ne correspondent pas à un rameau veineux variqueux; cela du moins n'est pas appréciable à l'œil nu. »

Claude (3) a observé aussi des exulcérations de la muqueuse gastrique indépendante de la rupture de veines variqueuses.

Dans un cas de Gouget (4) il existait chez un saturnin cirrhotique un véritable ulcère gastrique avec au centre une artériole ouverte ayant déterminé une hémorragie mortelle.

(1) Leduc. Cirrhose hépatique d'origine syphilitique, thrombose de la veine porte, *Bull. de la Soc. anat.*, 1880.

(2) Mathieu. Érosions hémorragiques multiples chez une femme atteinte de cirrhose atrophique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, avril 1897.

(3) Claude. *Presse méd.*, 23 sept. 1899.

(4) Gouget. Soc. anat., 19 janv. 1900.

γ. *Ulcérations gastriques dans les maladies de cœur* (1).— Toutes les maladies de cœur, lorsqu'elles arrivent à l'insuffisance fonctionnelle du cœur, peuvent aussi par le même mécanisme, c'est-à-dire par gêne de la circulation porte, amener la production d'érosions hémorragiques.

On sait combien sont fréquents les troubles gastriques chez les cardiaques hyposystoliques et asystoliques. Les vomissements sont fréquents. Parfois ils sont striés de sang et à l'autopsie on trouvera un estomac congestionné avec une muqueuse présentant de petits foyers hémorragiques et par places de petites érosions.

Dans deux observations de Lancereaux et de Pineau (2) concernant des érosions hémorragiques chez des malades morts d'urémie, MM. A. Mathieu et Roux (3) rapportent aux troubles cardiaques, survenus chez ces urémiques, l'origine des lésions de l'estomac.

δ. *Ulcérations gastriques dans les maladies chroniques de l'appareil respiratoire.* — C'est aussi par le retentissement sur la circulation et sur le cœur qu'elles peuvent se compliquer tardivement de troubles gastriques et d'érosions hémorragiques.

ε. *Ulcérations gastriques dans les maladies du système nerveux.* — C'est encore par trouble circulatoire que les affections du système nerveux produisent parfois des érosions gastriques. La théorie de Gilles de la Tourette admettant l'existence au niveau de l'estomac d'un trouble trophique analogue au mal perforant plantaire est une hypothèse tout à fait gratuite.

Expérimentalement, Schiff le premier a déterminé des troubles vaso-moteurs, des hémorragies gastriques par lésion de la moelle allongée et des pédoncules. Brown Séquard, Ebstein ont obtenu la production d'érosions gastriques chez des lapins par excitation de la surface de l'encéphale.

Pour ce qui est de la clinique, on sait que Charcot a signalé des ecchymoses gastriques chez des malades morts d'hémorragie cérébrale. On sait aussi que les vomissements striés de sang ne sont pas des faits tout à fait exceptionnels dans le tabes. Peut-être traduisent-ils l'existence à ce moment d'érosions hémorragiques?

Pour ce qui est des pituites hémorragiques des hystériques dont Ferrand (4), Josserand (5), Mathieu (6), et plus récemment Debove ont rapporté plusieurs observations, la pathogénie reste des plus obscures. La connaissance de ces faits est importante au point de vue du diagnostic des hématémèses, mais rien ne permet de supposer qu'il existe une perte de substance de la muqueuse gastrique.

Rappelons enfin que Von Openchowski (7) a observé chez plusieurs sujets présentant des états anémiques ou dyscrasiques des érosions hémorragiques dont il explique la formation par un spasme des vaisseaux se produisant dans ces états-là et amenant l'accumulation dans les veines de globules blancs formant un véritable thrombus, d'où gêne circulatoire et infiltration hémorragique, puis érosion.

b. Ulcérations gastriques résultant d'une gastrite toxique. — α. *Alcoolisme* (1). — Parmi les gastrites toxiques c'est assurément la plus fréquente. Cette gastrique éthylique peut s'accompagner d'érosions de la muqueuse. C'est même dans cette variété de gastrite qu'on rencontrerait le plus souvent, d'après Brinton, des érosions hémorragiques. Les ulcérations sont nombreuses, disséminées, mais de petites dimensions. Souvent linéaires elles sont parsemées de taches noires hémorragiques [Lancereaux (2)].

D'après M. Marfan on peut invoquer pour leur production deux processus parallèles. Il y aurait à la fois inflammation interstitielle et dégénérescence graisseuse des éléments nobles. C'est cette dernière qui produit les taches blanchâtres, opaques, que l'on peut observer sur la muqueuse gastrique, taches « qui affectent une certaine ressemblance avec des plaques de muguet et qui, examinées au microscope, sur des coupes perpendiculaires à la surface, montrent une dégénérescence graisseuse des glandes et de l'épithélium » (Cornil et Ranvier). Le suc gastrique agira sur ces plaques comme sur les parties altérées par un infarctus et par leur destruction amènera la formation d'érosions.

G. Luys (3) a publié une observation de gastrite éthylique terminée par mort subite par hémorragie où il existait de multiples ulcérations. Enfin Lancereaux, dans quelques cas de gastrite alcoolique, a observé un ulcère unique de plus grandes dimensions et plus profond qu'il appelle l'*ulcère des buveurs*. Les dimensions de cet ulcère pourraient atteindre celles d'une pièce de cinq francs.

Pour M. Mathieu il faudrait, avant de se prononcer définitivement sur la réalité de l'ulcère alcoolique, attendre des études plus complètes. Peut-être se trouve-t-on en présence de la transformation d'une simple érosion en ulcère rond.

On sait que Cruveilhier considérait déjà les érosions hémorragiques produites par l'alcoolisme comme le premier stade de l'ulcère.

La fréquence de l'alcoolisme dans les antécédents des malades porteurs d'ulcère simple a, d'autre part, été signalée par Gilles de la Tourette (4).

Les signes cliniques qui accompagnent les érosions gastriques d'origine alcoolique n'en permettent le plus souvent pas le diagnostic.

En dehors de l'inappétence, des vomissements alimentaires et bilieux qui se présentent dans toute gastrite éthylique, il existerait, dans le cas d'érosion de la muqueuse, une douleur épigastrique spontanée et à la pression, douleur devenant plus vive après l'absorption d'aliments.

Dans quelques cas il peut exister du sang dans les vomissements, et nous avons vu que Luys a signalé un cas d'hémorragie mortelle.

---

(1) Hautecœur. *Troubles et lésions de l'estomac chez les cardiaques.* Th. de Paris, 1891.

(2) Pineau. Th. de Paris, 1899.

(3) A. Mathieu et Roux. Ulcérations urémiques du tube digestif, *Arch. gén. de méd.*, janv. 1902.

(4) Ferrand. Th. de Paris, 1874.

(5) Josserand. *Lyon méd.*, 1893.

(6) Mathieu. Pituite hémorragique des hystériques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, janv. 1896.

(7) Von Openchowski. Zur pathol. Anatomie der Geschwüren, *Arch. für path. Anat. und Phys.*, 1889, Bd CXVII.

(1) Lancereaux. Art. alcoolisme, *Diction. Dechambre.* — Fournier. Art. alcoolisme, *Diction. Jaccoud.* — Bernutz. *Ann. d'hyg.*, nov. 1881, et *Revue d'hyg.*, III, 706. — Leudet. Ulcérations alcooliques, *Cong. de méd.*, Rouen 1863.

(2) Lancereaux. *Atlas d'anatomie pathologique*, pl. I et II, texte pp. 9-11.

(3) G. Luys. Ulcérations gastriques chez les alcooliques, *Bull. de la Soc. anat.*, oct. 1896, p. 660.

(4) Gilles de la Tourette. Discussion à la Soc. méd. des hôpit., 8 juin 1894.

Le traitement nécessitera avant tout la suppression de toute boisson alcoolique. Par le régime lacté on obtiendra le plus souvent la guérison.

β. *Hydrargyrisme.* — Dans l'hydrargyrisme aigu on peut observer des ulcérations gastriques polymorphes, même lorsque le toxique n'a pas agi directement sur la muqueuse stomacale, à la suite par exemple d'une injection sous-cutanée ou d'une friction. C'est ce qui se produisit dans le cas de Taylor où deux frères, atteints de gale, succombèrent à une intoxication aiguë par le mercure pour s'être frottés réciproquement au sublimé.

Dans l'hydrargyrisme subaigu résultant le plus souvent d'une intervention thérapeutique, on peut voir aussi survenir, avec les phénomènes buccaux et de la diarrhée dysentériforme, des vomissements hémorragiques. A l'autopsie on trouvera des érosions hémorragiques sur la muqueuse gastrique.

Dans l'hydrargyrisme chronique, au contraire, les lésions gastriques se limitent à du simple catarrhe de l'estomac.

γ. *Ulcérations gastriques chez les urémiques.* — Chez les urémiques on observe le plus souvent de simples érosions hémorragiques [Treitz, Luton (1)]. Mais on peut voir aussi de véritables ulcérations (2) apparaissant surtout dans les formes lentes (Pilliet), dans les formes aiguës (Mathieu). Elles seraient assez étendues et certaines affecteraient l'aspect de l'ulcère rond.

Récemment MM. Mathieu et Roux (3) ont observé une ulcération analogue chez une jeune fille morte d'urémie, ulcération dont rien n'avait pu faire prévoir l'existence. Il existait en même temps d'autres ulcérations plus petites et moins profondes. A l'examen microscopique de la coupe, cette ulcération gastrique présentait des lésions très analogues à celles qui caractérisent l'ulcère simple.

Ces ulcérations urémiques s'observeraient le plus souvent, d'après MM. Mathieu et Roux, chez des sujets jeunes. Beaucoup plus rares que les ulcérations urémiques de l'intestin avec lesquelles elles coïncident toujours, elles se traduisent par une douleur épigastrique parfois très marquée et quelquefois, mais rarement, par des hémorragies.

Nous avons vu que MM. Mathieu et Roux n'acceptaient pas comme ulcérations urémiques les ulcérations signalées par MM. Lancereaux et Pineau, qu'ils rapportent à une origine cardiaque.

Dans une observation de MM. Lecorché et Talamon il existait, avec un pointillé hémorragique, deux petites ulcérations urémiques allongées superficielles.

δ. *Ulcérations gastriques des nouveau-nés athrepsiques.* — Ici encore, comme dans l'urémie, on peut invoquer une origine toxique aux lésions gastriques. Il semble bien qu'on soit là en présence de manifestations toxémiques.

Les érosions hémorragiques des athrepsiques ont été étudiées surtout par Billard, Rillet et Barthez (4), Vogel, Parrot (5), Hutinel (6). Ce sont de petites ulcérations circulaires taillées à pic. Pour Rindfleisch elles étaient consécutives à l'arrêt de la circulation dans les efforts de vomissements, d'où hémorragie et ulcération. Pour Treitz et Luton, elles sont dues à l'action de l'urée; mais l'urémie n'est pas constante dans l'athrepsie. Parrot fait intervenir à la fois l'altération du sang, l'action du lait mal digéré et du suc gastrique. Il est bien probable qu'il s'agit, là comme dans l'urémie, de lésions toxémiques. Lorsque ces érosions de la muqueuse se produisent on peut voir apparaître dans les vomissements des nouveau-nés athrepsiques des flocons brunâtres. Il peut exister aussi du melæna. Mais ces signes ne sont pas constants et peuvent du reste exister sans qu'il y ait d'érosions gastriques (Parrot).

(1) Luton. Art. estomac dans *Dictionn. Jaccoud*.
(2) Lancereaux. *Atlas d'anat. path.*, pl. I, fig. 7, texte p. 14.
(3) Mathieu et Roux. Ulcérations urémiques du tube digestif. *Arch. gén. méd.*, janv. 1902.
(4) Rillet et Barthez. *Traité des maladies des enfants.*
(5) Parrot. *Athrepsie*, 1877, 12e leçon.
(6) Hutinel. Th. de Paris, 1877, p. 119.

c. Ulcérations gastriques dans gastrites infectieuses. — Elles sont dues soit à l'action de l'agent spécifique lui-même, soit à l'influence des toxines microbiennes; enfin elles peuvent être dues, même dans les affections spécifiques, à une infection secondaire.

α. *Gastrite phlegmonneuse.* — La gastrite phlegmonneuse est très rare puisque Khanoutina en 1895 n'a pu en réunir que 57 observations. Primitive ou plus souvent secondaire à une septicémie ou à une lésion gastrique, elle produit soit un abcès circonscrit, soit une infiltration purulente des tuniques de l'estomac. Ces collections purulentes finissent par s'ouvrir dans l'estomac, donnant lieu ainsi à une petite perte de substance. L'ouverture est généralement unique dans la forme circonscrite. La muqueuse est, au contraire, perforée d'un grand nombre de petits orifices dans la forme diffuse. Les bords de ces ulcérations sont soulevés, décollés, et de l'ouverture insuffisante suinte le pus comme d'une éponge, Au cours d'une septicémie, la présence de pus dans les vomissements et dans les selles, au milieu d'un état général excessivement grave, et en l'absence de toute cause de vomique pleurale ou pulmonaire, devra faire penser à une gastrite phlegmonneuse ouverte dans l'estomac.

La mort en est ordinairement la conséquence par perforation et péritonite ou par hecticité.

β. *Ulcérations dans gastrite typhique.* — Les ulcérations, si fréquentes sur l'intestin grêle dans la fièvre typhoïde, sont rares au niveau de la muqueuse gastrique.

Chauffard (1) dans sa thèse en a réuni cinq cas. Ce qu'on observe le plus souvent ce sont des érosions folliculaires (Chauffard). Mais on a observé aussi des ulcérations plus profondes et plus étendues. Millard a trouvé à l'autopsie d'un typhique une ulcération de 4 centimètres sur 1cm5 à bords irréguliers taillés à pic. Cette ulcération atteignait en profondeur la séreuse même. Dans deux autres cas Cullingwood et M. Josias ont observé des ulcérations gastriques ayant des caractères à peu près analogues.

On peut invoquer avec M. Chauffard pour expliquer la formation de ces ulcérations l'oblitération artérielle, la thrombose des veines que l'on rencontre souvent dans la gastrite typhique. Mais le fait initial c'est la localisation de l'agent infectieux sur les amas lymphatiques de la couche sous-glandulaire de l'estomac. Mais cette localisation du bacille d'Eberth est rare. Ce n'est là qu'un accident de plus au cours d'une fièvre typhoïde; aussi ces ulcérations gastriques n'ont-elles pas d'histoire clinique. Millard a cependant signalé des hématémèses.

γ. *Ulcérations gastriques dans la pneumonie.* — En 1876, Ponfick décrit des infarctus, des érosions hémorragiques de la muqueuse gastrique chez des malades morts de pneu-

(1) Chauffard. *Étude sur les déterminations gastriques de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1882.

monie. Jaksch, Engel, Dittrich avaient été frappés par la fréquence des érosions et même des ulcérations gastriques à l'autopsie des pneumoniques. Ces faits ont été confirmés par Brinton, Berthold, mais c'est surtout M. Dieulafoy et ses élèves qui ont bien étudié cette détermination du pneumocoque.

M. Dieulafoy (1) a décrit des petites érosions coïncidant avec des suffusions sanguines. Ces érosions sont multiples. Il en existe jusqu'à 10 à 12 par centimètre carré. Si petites qu'on a de la peine à les apercevoir tout d'abord, elles atteignent parfois 2 à 3 millimètres de diamètre. La petite perte de substance intéresse la couche glandulaire, elle laisse intacte la muscularis mucosæ. Les pneumocoques fourmillent au niveau de l'ulcération.

Ces lésions de l'estomac se traduisent par des nausées, des vomissements, des hématémèses assez abondantes parfois pour amener la mort comme dans un cas de M. Dieulafoy. Lorsqu'il existe du melæna, il traduit en général des lésions intestinales concomitantes. L'ulcération peut aussi passer complètement inaperçue [Griffon (2)]. Que deviennent ces ulcérations? Elles peuvent guérir, mais peut-être aussi peut-on émettre avec M. Dieulafoy l'hypothèse que dans certaines conditions elles pourront devenir le point de départ d'un ulcus. Besançon et Griffon (3) ont vu se produire des ulcérations gastriques dans la pneumococcie expérimentale chez le cobaye. Les pneumocoques existaient en grand nombre au niveau des érosions.

δ. *Ulcérations dans gastrite tuberculeuse.* — Les troubles gastriques dans la tuberculose ont fait le sujet d'une importante thèse de M. Marfan (Thèse de Paris, 1887). Il a montré que si les troubles gastriques sont fréquents chez les phtisiques, en réalité les lésions tuberculeuses de l'estomac sont d'un grande rareté. On peut assez fréquemment, il est vrai, rencontrer des érosions folliculaires de la muqueuse gastrique à l'autopsie des phtisiques, mais elles sont le résultat de la gastrite développée dans les derniers jours ou les derniers mois, alors qu'il existe des cavernes, et elles reconnaissent pour cause des infections secondaires. Il existe cependant réellement des lésions tuberculeuses de l'estomac, mais elles sont loin d'être fréquentes. Dans sa thèse, M. Marfan avait réuni 14 observations; il en existe actuellement une trentaine.

L'infection de la muqueuse gastrique, primitive dans quelques cas (Rokitansky, Forster), est presque toujours secondaire (crachats déglutis). Si elle n'est pas plus fréquente c'est que le bacille tuberculeux serait tué par le suc gastrique (Millard).

Le bacille peut aussi arriver à la muqueuse par la voie sanguine et on aurait observé des ulcérations gastriques dans des cas de granulie, surtout chez des enfants. Quoi qu'il en soit, la tuberculose de l'estomac s'accompagne toujours de tuberculose intestinale et les lésions sont toujours plus avancées sur l'intestin.

On peut trouver sur la muqueuse gastrique une ou plusieurs ulcérations. En général il n'en existe qu'une; elle peut siéger n'importe où, mais elle se présente surtout au niveau de la grande courbure et dans le voisinage du pylore. Ronde le plus souvent, mais aussi ovalaire et même étoilée, elle peut ne pas dépasser les dimensions d'un grain de millet ou atteindre et dépasser même celles d'une pièce de deux francs.

Le bord est épaissi, formant « comme un rempart » (Eppinger); sur le fond jaunâtre on peut apercevoir des granulations tuberculeuses. Autour de l'ulcère on peut trouver aussi des nodules tuberculeux et assez souvent des bacilles de Koch (1). Dans un cas rapporté par Weinberg (2) il existait une fissure longitudinale siégeant sur la face postérieure de l'estomac. Peu profondes, en général, les ulcérations tuberculeuses atteignent tout au plus la musculeuse, ce qui les différencie des ulcères simples que l'on peut rencontrer chez des tuberculeux, la tuberculose pulmonaire se développant volontiers chez les sujets affaiblis par un ulcère rond. Peut-être du reste dans ces cas pourrait-on se demander si l'ulcère n'était pas déjà le résultat d'une manifestation tuberculeuse locale.

Dans des cas exceptionnels on a observé des ulcérations allant jusqu'à la perforation. En général, lorsqu'il existe une perforation de l'estomac, elle se produit plutôt de dehors en dedans, elle est le fait soit de l'évolution d'une granulation péritonéale, soit de l'ouverture dans l'estomac d'un ganglion tuberculeux. Les ulcérations tuberculeuses de l'estomac, très rares du reste, sont presque toujours méconnues, ce sont des trouvailles d'autopsie. Aucun signe spécial ne vient s'ajouter aux symptômes gastriques si fréquents chez les tuberculeux, même pas la douleur épigastrique accompagnant habituellement les ulcérations de la muqueuse gastrique. Cette indolence relative si paradoxale est considérée par M. Mathieu (3) comme une particularité tout à fait curieuse et s'expliquerait peut-être par la faible teneur en acide chlorhydrique du suc gastrique dans ces estomacs presque toujours atteints de gastrite interstitielle. Le seul signe, mais bien inconstant, c'est l'hématémèse, peu abondante en général, mais qui dans quelques cas cependant a pu entraîner la mort. Encore ne pourra-t-on affirmer la nature tuberculeuse de l'ulcération, puisque la gastrite terminale des phtisiques non tuberculeux peut s'accompagner d'érosions hémorragiques, capables de donner du sang en assez grande quantité.

ε. *Ulcérations dans la syphilis de l'estomac* (4). — Les lésions syphilitiques de l'estomac sont rares. Chiari sur 243 autopsies de sujets syphilitiques n'a trouvé de lésions spécifiques de l'estomac que dans 3 cas. On ne doit pas considérer en effet comme lésions syphilitiques de la muqueuse gastrique les érosions hémorragiques consécutives aux lésions syphilitiques du foie. Les premières observations de syphilis de l'estomac sont dues à Cornil et à Klebs. Dans les deux cas il s'agissait de gommes. Il existait plusieurs gommes non ulcérées dans le cas de Cornil. Au contraire dans le cas rapporté par Klebs, il y avait dans le voisinage du cardia, sur la face postérieure de l'estomac, une ulcération arrondie de 2 centimètres de diamètre, ayant creusé jusqu'au niveau de la couche sous-muqueuse la paroi gastrique épaissie et indurée. Birch-Hirschfeld a rapporté 4 observations de gommes de la muqueuse gastrique ramollies et ayant donné naissance à une ulcération en général superficielle.

Ces ulcérations peuvent provoquer des douleurs très vio-

(1) Dieulafoy. Gastrite ulcéreuse pneumococcique, *Presse méd.*, nov. 1899.

(2) Griffon. Ulcération hémorragique de l'estomac au cours d'une pneumonie suppurée, *Bull. de la Soc. anat.*, juin 1899.

(3) Bezançon et Griffon. *Bull de la Soc. anat.*, mai 1899.

(1) J. Coats. *Glascow med. Journ.*, 1886, et *Rev. sc. méd.*, 1887.

(2) Weinberg. Ulcère tuberculeux de l'estomac, *Bull. de la Soc. anat.*, juin 1896.

(3) Mathieu. *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin*, p. 723.

(4) Galliard. Syphilis gastrique et ulcère d'estomac, *Arch. gén. de méd.*, 1886, p. 66.

lentes, comparables à celles de l'ulcère simple. Elles peuvent s'accompagner d'hématémèses assez abondantes comme chez la malade dont l'histoire fut rapportée par M. Fournier à l'Académie de médecine. L'hématémèse, dans le cas de Murchison cité par Galliard, fut si abondante qu'elle entraîna la mort du malade. A l'autopsie on trouva au centre de l'ulcération une artériole ouverte. Dans un cas, à cause de la tumeur perceptible et des hématémèses, la syphilis gastrique a pu simuler le cancer.

Le traitement spécifique, frictions ou injections mercurielles, suivies de l'administration d'iodure de potassium, modifie rapidement l'état de la muqueuse gastrique et amène presque toujours la guérison. Aussi devrait-on toujours le tenter dans les cas où il y a doute sur la nature de l'ulcération lorsque le sujet est notoirement syphilitique.

Quant aux rapports des ulcérations syphilitiques de l'estomac et de l'ulcère simple, ils sont différemment appréciés. Murchison, Fioupe ont publié deux cas d'ulcère rond typique, chez des syphilitiques autopsiés. Gilles de la Tourette admet cette étiologie de l'ulcère rond dans quelques cas. Pour lui en effet la pathogénie de l'ulcère rond ne doit pas être univoque. Pour M. Galliard cependant la syphilis se relève rarement dans les antécédents des sujets porteurs d'ulcus.

On peut encore rencontrer des ulcérations de la muqueuse gastrique, mais d'une façon tout à fait exceptionnelle, dans les maladies infectieuses suivantes.

ζ. *Ulcérations gastriques dans la grippe.* — On a vu quelquefois des hématémèses survenir au cours de la grippe. Jürgens, Weichselbaum ont observé des ulcérations plus ou moins étendues de la muqueuse gastrique. Plus récemment Dumont (1) a signalé des gastrorragies consécutives à la grippe paraissant bien le fait de la maladie générale et non de la coïncidence d'une affection locale, car il existait en même temps des métrorragies.

η. *Ulcérations gastriques dans l'érysipèle de la face.* — On a trouvé dans quelques cas, chez des érysipélateux, des exulcérations de la muqueuse gastrique presque toujours accompagnées d'ulcérations intestinales. « Elles sont dues sans doute à des embolies microbiennes semblables à celles que j'ai observées dans les petits vaisseaux gastriques ou intestinaux de femmes atteintes d'infection puerpérale » [Widal (2)]. Cliniquement elles passent inaperçues le plus souvent, ne déterminent guère que quelques douleurs gastriques et ne provoquent jamais ni hémorragie abondante, ni perforation.

θ. *Ulcérations gastriques dans la variole.* — Dans la variole, l'éruption, qui frappe quelquefois la bouche et le pharynx, n'atteint que rarement l'œsophage et est tout à fait exceptionnelle au niveau de la muqueuse gastrique. Certains nient même absolument les lésions gastriques de la variole. Les ulcérations observées par quelques auteurs ont été considérées comme consécutives à de véritables pustules varioliques stomacales. Ce serait là une erreur pour M. Marfan, qui considère ces ulcérations comme des érosions folliculaires ou hémorragiques, consécutives à l'inflammation gastrique, si fréquente dans la variole d'après Cornil et Ranvier.

ρ. *Ulcère rond aigu dans pyohémie à staphylocoques* (3). — A la suite d'un durillon suppuré, MM. Widal et Meslay ont observé une ulcération circulaire du volume d'une pièce de deux francs ayant abouti à la perforation. Autour de l'ulcération existaient des staphylocoques dorés que l'on ne retrouvait pas au niveau du fond. Pour les auteurs c'était le résultat d'une exulcération microbienne à laquelle l'action du suc gastrique avait donné secondairement les caractères d'un ulcère rond.

(1) Dumont. De quelques manifestations peu ordinaires de la grippe, *Gaz. des hôpit.*, 1900, n° 100.

(2) Widal. Érysipèle de la face in *Traité de médecine*, t. I, p. 560.

(3) Widal et Meslay. Soc. méd. des hôpit., mars 1897.

κ. *Ulcération dans infection puerpérale.* — Comme le staphylocoque, le streptocoque est capable de produire des ulcérations gastriques. Les ulcérations seraient dues, pour Widal (1), aux microbes charriés et venant déterminer dans les veines des embolies microbiennes et la thrombose de ces vaisseaux.

λ. *Ulcération gastrique dans le choléra.* — On voit parfois survenir dans le choléra des hématémèses. On a signalé des ulcérations de petites dimensions. La plus grande, dans le cas de M. Galliard (2), avait un centimètre. Quelques-unes étaient punctiformes.

Ces lésions sont fort rares du reste.

μ. *Ulcérations gastriques du charbon.* — On a, dans quelques cas de charbon, signalé l'existence sur la muqueuse gastrique, au niveau de la région pylorique, de petites ulcérations, d'aspect gangréneux, occupant le sommet de saillies ecchymotiques. Straus y a retrouvé en grande quantité des bactéridies charbonneuses.

ν. *Ulcérations gastriques dans la trichinose.* — Cornil et Ranvier (3) ont rapporté une observation d'ulcération gastrique dans un cas de trichinose généralisée dû à Ebstein.

ξ. *Ulcérations gastriques dans le favus.* — Kundrat (4) a observé, dans un cas de favus généralisé, la production d'escares sur la muqueuse gastrique. Par places il existait des ulcérations masquées par un enduit fibrineux les recouvrant, qui prenait absolument l'aspect d'une fausse membrane. Le champignon a été retrouvé dans cet enduit fibrineux.

ο. *Ulcérations gastriques dans le pemphigus.* — Dans les formes aiguës du pemphigus « on a trouvé sur la muqueuse de l'estomac des ulcérations noirâtres superficielles qui paraissent être survenues sous l'influence des mêmes causes que les bulles de la peau » (Cornil et Ranvier). Dans la bouillie brunâtre qui recouvre ces ulcérations, on a trouvé souvent l'oïdium albicans. Quant aux gastrorragies observées dans l'appendicite (5) et désignées par M. Dieulafoy (6), qui en rapporté 6 observations personnelles, sous le nom de vomito negro appendiculaire, rien n'indique, jusqu'à présent, du moins, qu'elles soient le fait d'une lésion ulcéreuse de la muqueuse gastrique. On sait que M. Dieulafoy leur attribue une origine toxi-infectieuse.

Comme on le voit, les causes susceptibles d'amener la production d'ulcérations de la muqueuse gastrique sont très nombreuses. Le nombre des ulcérations symptomatiques, si mal connues il y a peu de temps encore, s'accroît chaque jour. De nouvelles observations viendront encore

(1) Widal. Th. de Paris, 1889.

(2) Galliard. Ulcérations multiples de l'estomac chez un cholérique, *Soc. méd. des hôpit.*, 18 nov. 1892.

(3) Cornil et Ranvier. Loc. cit., 2e édit., t. II, p. 293.

(4) Kundrat. Ueber gastroenteritis favosa, *Wiener med. Blätter*, 1884, n° 49.

(5) Charlot. *Hémorragies dans l'appendicite*, Th. de Paris, 1900.

(6) Dieulafoy. Des hématémèses appendiculaires, Acad. de méd., fév. 1901.

enrichir ce chapitre de pathologie et éclairer peut-être la pathogénie de l'ulcère simple. On tend, en effet, de plus en plus à admettre aujourd'hui, avec MM. Letulle, Dieulafoy, Chantemesse et Widal, Wurtz et Leudet, comme origine de l'ulcus, les ulcérations symptomatiques que nous venons de passer en revue. Cette théorie séduisante a pour elle de nombreux faits d'observation et d'expérimentation.

Dans des conditions spéciales d'acidité du suc gastrique accompagnant certaines lésions histologiques des tuniques de l'estomac, ces ulcérations pourraient acquérir les caractères de l'ulcère simple. Plus rarement on pourrait voir se produire des ulcérations que M. Dieulafoy a décrites sous le nom d' « exulceratio simplex » et qui ne sont, en somme, qu'un stade de début de l'ulcère simple. Elles ont pour caractéristique d'être assez étendues sans s'étendre beaucoup en profondeur. Elles attaquent cependant la muscularis mucosæ, ce qui les différencie des simples érosions. Elles restent absolument latentes pendant une partie de leur évolution, mais se traduisent à un moment donné par une hémorragie foudroyante de sang rouge produite par l'ulcération d'une artériole sous-jacente à la muqueuse.

VI

Traitement. — Le traitement des ulcérations gastriques, lorsqu'on est parvenu à les diagnostiquer, doit consister avant tout dans un repos absolu de l'organe. Tout au plus pourra-t-on permettre l'absorption de quelques cuillerées de liquide, lorsque la soif se fait sentir d'une façon trop pénible. Pour soutenir le malade, on fera usage de lavements alimentaires et d'injections de sérum artificiel. L'alimentation ne devra jamais être reprise avant dix à quinze jours après la cessation des accidents; contre les hémorragies, on emploiera la glace intus et extra, les injections d'ergotine, le chlorure de calcium et le sérum gélatiné suivant la méthode de P. Carnot. Dans certains cas l'intervention chirurgicale pourra être indiquée. C'est le seul traitement de l'exulceratio simplex pour M. Dieulafoy, on ne devra pas négliger dans la suite le traitement de l'anémie post-hémorragique. Pour cela on emploiera les injections de sérum, les préparations ferrugineuses.

SUR UN CAS D'ULCÈRE TROPHIQUE DE LA CORNÉE

(KÉRATITE NEURO-PARALYTIQUE)

Par MM. E. Berger, correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique, et Robert Lœwy, ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'existence des nerfs trophiques n'est pas encore prouvée. Nombre de physiologistes et de cliniciens veulent expliquer sans eux certains faits expérimentaux et cliniques (trophonévroses, ulcères trophiques). La question du rôle des nerfs trophiques a été agitée souvent à propos de la kératite qui survient après section du trijumeau, et l'interprétation de Magendie (lésion des nerfs trophiques de la cornée) n'est pas admise par tous les auteurs.

Il nous a semblé intéressant de donner ici une observation de kératite neuro-paralytique qui corrobore l'hypothèse de l'existence des nerfs trophiques cornéens. Nous publierons incessamment une étude détaillée de la kératite neuro-paralytique.

Observation. — M. B... (Jules), âgé de cinquante-six ans, cocher, de grande taille, robuste. Antécédents personnels ou héréditaires : rien de particulier à noter; santé toujours bonne, pas de maladies vénériennes.

B... fut, le 9 janvier 1902, par un accident de voiture, jeté à bas de son siège. On fit un premier pansement dans une pharmacie; B... fut reconduit chez lui, où le docteur Cavalassy lui donna les premiers soins. Voici les renseignements que nous devons à l'obligeance de notre confrère :

« Je trouvai le blessé dans un état comateux, incapable de répondre à mes questions, poussant des gémissements et portant constamment la main à la tête et au côté gauche du thorax.

Plaie ouverte longue de 5 centimètres au moins à la région pariéto-occipitale gauche.

La tête ainsi que l'œil gauche étaient congestionnés; le pouls lent et faible. Constatation d'une fracture des huitième et neuvième côtes gauches.

Le lendemain, je trouve le blessé revenu de son état comateux, mais le visage était congestionné ainsi que l'œil gauche.

Traitement des fractures des côtes.

Le 20 janvier, la conjonctivite est plus intense et augmente.

Trois semaines après l'accident, le malade, encore alité, est pris brusquement d'une céphalalgie gauche très intense, en même temps que se manifeste de l'opacité en certaines régions de l'épithélium cornéen gauche. »

Deux jours après le début de cette céphalalgie, nous constatons une diminution de la sensibilité dans toutes les régions innervées par le trijumeau gauche; difficulté de la mastication, diminution de la sécrétion salivaire du même côté, insensibilité de la caroncule lacrymale de la conjonctive et de la presque totalité de la cornée, sauf la partie temporale.

Celle-ci est le siège d'un ulcère rond d'un diamètre de 3 millimètres, qui empiète sur sa moitié nasale.

Au-dessus de ce grand ulcère est un second ulcère plus petit.

Continuant l'examen du malade, nous notons du côté gauche un affaiblissement de l'odorat pour les odeurs classiquement désagréables, tel l'iodoforme, ce qui est dû à la diminution de la sensibilité du trijumeau; par contre, l'odeur des fleurs est perçue des deux côtés à peu près de la même façon.

Nerf optique. — Acuité visuelle et champ visuel normaux du côté droit; à gauche, le malade compte les doigts à 25 centimètres.

Les troisième et quatrième nerfs ne présentent aucune anomalie.

Sixième nerf : L'œil gauche ne peut être tourné normalement vers la tempe.

Septième nerf : Parésie des muscles animant la joue et les lèvres.

Huitième nerf : Le sujet se plaint d'un affaiblissement de l'ouïe, de bourdonnements et de vertige du côté gauche.

Le docteur Pierre Bonnier, qui a bien voulu examiner le malade, nous donne les renseignements suivants :

« Rien de tympanique; l'aspect du tympan est normal, ainsi que la manœuvre tubo-tympanique. Le vertige se fait vers la gauche.

L'audition est diminuée (un tiers); il n'y a pas de paracousie gauche, c'est-à-dire que l'oreille gauche n'entend pas le diapason placé sur le genou gauche, c'est la droite qui l'entend.

Les sons aigus sont perçus normalement.

Il s'agit donc d'une lésion qui n'a pas porté en dehors de la papille cochléaire, puisqu'il n'y a pas de paracousie. Le nerf a été touché dans le conduit en amont des taches criblées, pas loin du ganglion de Gasser.

D'ailleurs, l'audition semble s'améliorer légèrement, il y a dû y avoir compression du nerf labyrinthique par l'épan-

chement sanguin au moment de la chute, ce qui correspond assez à son histoire. »

Nerf sympathique. — Rien de particulier à noter du côté droit où la pupille, d'un diamètre moyen, réagit bien à la lumière et à l'accommodation; du côté gauche, il y a un léger ptosis, hypotonie, exophtalmos et myose.

Sécrétion lacrymale normale du côté droit, larmoiement du côté gauche, où l'on relève une congestion de la conjonctive.

Après des examens répétés et l'étude radiographique, nous rattachons ces accidents à une hémorragie de la base du crâne du côté gauche; cette hémorragie a provoqué des troubles moteurs, sensitifs, sécrétoires et trophiques du cinquième ainsi que des troubles des sixième, septième, huitième nerfs cérébraux et des fibres sympathiques gauches.

Le traitement consiste en instillations d'eau boriquée, cataplasmes aseptiques, courant continu, iodoforme sur l'ulcère. Les troubles du sympathique disparurent au bout de deux mois, ainsi que la parésie du droit interne, mais l'ulcère continua à présenter les caractères de la kératite neuro-paralytique : amélioration très lente, aggravation survenant par des causes diverses : application de bleu de méthylène, examen médico-légal, etc., ce dernier détermina une congestion intense avec hypopion et pendant quelques jours des opacités en différents points de la cornée.

L'ulcère présenta une forte aggravation après le premier examen radiographique. Après le deuxième examen radiographique (12 mai), apparurent des douleurs atroces pendant la nuit, douleurs irradiant de la cicatrice de l'occiput jusqu'à l'oreille. L'œil, cette fois-ci, ne présenta rien d'anormal. Des accès de névralgie survenant de temps à autre empêchaient le malade de sortir.

Vers le 15 mai, la cornée et la conjonctive étaient redevenues sensibles au toucher en quelques endroits; à la fin d'avril le petit ulcère était complètement guéri.

Le médecin habituel de B..., pensant que l'iodure de potassium pourrait hâter la résorption des épanchements sanguins, l'avait prescrit.

Le 6 juin, le malade fut atteint d'une forte éruption d'acné limitée aux joues et front gauches, en même temps apparaissait une très forte congestion de la conjonctive gauche (phénomènes explicables par la théorie du locus minoris resistentiæ).

Nous fîmes supprimer l'iodure et ces accidents toxiques disparurent rapidement.

Le 19 juin, apparut un érythème trophique des paupières et de la joue gauche, en même temps l'ulcère s'aggrava; deux petites opacités blanchâtres se montrèrent sur la cornée, mais le surlendemain déjà l'amélioration survenait, et les troubles trophiques de la peau disparurent peu à peu.

Le 4 juillet, le malade repartait dans son pays.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(17 DÉCEMBRE 1902)

Arrivé presque au terme de cette longue discussion sur l'appendicite, M. Lucas-Championnière constate que, quoi qu'on en ait dit, l'accord est bien loin de se faire entre les chirurgiens. Après comme avant cette discussion, les uns opèrent tous les cas à chaud, les autres admettent en principe qu'il vaut mieux, sauf indications spéciales et urgentes, opérer à froid.

Au début de l'histoire de l'appendicite, frappé des nombreuses erreurs de diagnostic qui se commettaient et qui faisaient qu'on opérait, pour des appendicites, des obstructions intestinales, des fièvres typhoïdes, des constipations, des névralgies lombo-abdominales, M. Championnière, pour éviter de tomber dans ces erreurs, s'était rangé plutôt parmi les temporisateurs. Mais il n'en pensait pas moins que, si on pouvait avoir un diagnostic précis, il vaudrait beaucoup mieux opérer dès les premiers jours. Depuis cette époque on a fait de grands progrès dans le diagnostic de l'appendicite. Les chances d'erreurs sont moins grandes qu'autrefois, c'est pourquoi M. Championnière a complètement changé de conduite et est d'avis aujourd'hui d'opérer toujours le plus tôt possible. Si, dit-il, vous avez la chance d'être appelé dès le premier ou le second jour, opérez immédiatement les cas légers comme les cas graves et vous sauverez ainsi beaucoup de malades. Si vous n'êtes appelé qu'au quatrième ou cinquième jour, opérez encore. C'est ce que fait M. Championnière; il opère même, dans ces conditions, les cas les plus graves et il a vu guérir plusieurs malades ainsi opérés, qui certainement auraient succombé si on les avait laissés tranquilles. Cette manière de faire noircit un peu les statistiques opératoires, mais on sauve ainsi un certain nombre d'existences très compromises.

Dans sa statistique, M. Championnière compte 44 cas opérés à chaud en pleine suppuration; dans ce nombre, il y a 12 morts, dont 11 survenues chez des malades qui ont été opérés *in extremis*. Sur les 32 autres cas qui ont guéri, 15 étaient très gravement atteints. Sur 85 malades opérés sans suppuration, M. Championnière compte 85 guérisons.

Il est un point sur lequel M. Championnière se trouve en complet désaccord avec ses collègues, c'est celui de la purgation dans le traitement des malades atteints d'appendicite. Il ne croit pas à la nocuité de cette purgation. Il n'est pas le seul d'ailleurs. En Amérique la purgation constituerait le traitement de choix de l'appendicite. Par contre, il croit à la nocuité de l'opium. Il l'accuserait même volontiers de produire lui-même l'appendicite en favorisant l'arrêt des matières. En résumé, si pour M. Dieulafoy il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite, pour M. Championnière, le traitement classique par l'opium et la glace est des plus dangereux. La purgation habituellement proscrite est seule nécessaire. Au reste, tout cela a peu d'importance aux yeux de M. Championnière, puisqu'il ne reconnaît plus, comme M. Dieulafoy, qu'un seul traitement rationnel de toute appendicite, l'opération toujours et quand même.

M. Delbet analyse un travail de M. Héresco (de Bucarest) sur un cas d'hydronéphrose tuberculeuse traitée avec succès par la néphrectomie. Deux points intéressants dans cette communication : la détermination de la valeur fonctionnelle des deux reins par l'expérience du bleu de méthylène et la séparation des urines combinées, puis la déchirure de la veine-cave inférieure traitée par deux ligatures, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la déchirure, sans le moindre trouble circulatoire consécutif.

M. Richelot, à propos d'une communication faite récemment par M. Delbet sur un procédé de périnéorraphie, fait observer que, pour le choix d'un procédé, il faut distinguer les cas de simple déchirure sans procidence des parois vaginales, les cas de procidence sans déchirures et les cas où les deux existent. Pour les simples déchirures, la périnéor-

raphie suffit. Pour les cas avec prolapsus, il fait la colpopérinéorraphie.

M. Moty fait une communication sur les **anomalies des hernies**, sur laquelle nous reviendrons.

M. J.-L. Faure présente un **cancer de la portion intra-thoracique de l'œsophage**, qu'il a enlevé le 12 décembre dernier. Le malade a succombé le lendemain sans hémorragie, sans choc apparent, sans phénomènes pulmonaires, sans température, à des accidents de nature indéterminée.

La portion de l'œsophage réséquée a 11 centimètres de longueur. Il y a, au-dessus et au-dessous du néoplasme, 2 centimètres de muqueuse saine. Il siégeait derrière la partie inférieure de la trachée et la bifurcation des bronches.

L'opération a été relativement simple, grâce à une technique nouvelle : M. J.-L. Faure a opéré à droite, par voie cervico-thoracique, avec résection des six premières côtes près de leur insertion vertébrale. Il insiste beaucoup sur la nécessité absolue qu'il y a à réséquer la première côte. Tant que celle-ci est intacte, le médiastin postérieur est à peu près inaccessible. Dès qu'elle est sectionnée, on a, au contraire, un jour très étendu sur toute la hauteur et il est possible de l'explorer avec soin et d'enlever l'œsophage dans sa presque totalité.

Nul doute, dit-il, qu'on ait avantage à employer cette voie peut-être dans les cas de cancer de l'œsophage au début, et certainement dans les cas de médiastinite suppurée, ou de corps étrangers de l'œsophage, de la trachée et des bronches.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Limoges.* — M. Max Quertant est nommé chef de clinique médicale, et M. Émile Bordessoule, chef de clinique chirurgicale.

Écoles de médecine. — *Caen.* — M. le docteur Gosselin, aucien suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur de physiologie, en remplacement de M. Fayel-Deslongrois.

Limoges. — Sont nommés : MM. Pierre Mousnier, prosecteur; Max Quertant, aide d'anatomie et de physiologie.

Guerre. — MM. les docteurs Cachin et Vincent sont nommés à l'emploi de médecin aide-major de première classe stagiaire dans le corps de santé des troupes coloniales.

Marine. — M. le médecin de première classe Autric, du port de Cherbourg, est désigné pour aller servir à la prévôté des forges de la Chaussade, à Guérigny.

Statistique — Le service de la statistique municipale a constaté pendant la cinquantième semaine 1 018 décès, au lieu de 909 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 956. L'aggravation porte notamment sur les affections de l'appareil respiratoire.

La fièvre typhoïde a causé 9 décès, au lieu de 8 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne (8); le nombre des cas nouveaux (47) est à peu près stationnaire.

La rougeole, toujours rare en automne, a causé 3 décès, comme pendant la semaine précédente (la moyenne est 5); la scarlatine 2 décès, chiffre identique à celui des deux semaines précédentes et à la moyenne; la coqueluche 5 décès, au lieu de 2 pendant la précédente semaine et au lieu de la moyenne (4); la diphtérie, 15 décès, chiffre presque égal à celui que nous avons signalé il y a quinze jours (20) et supérieur à celui de la dernière semaine (6) et à la moyenne (6); le nombre des cas nouveaux (103) est stationnaire et toujours un peu supérieur à la moyenne (90).

On n'a constaté aucun décès par variole; le nombre des cas nouveaux (12) est toujours à peu près stationnaire et inférieur à la moyenne (32).

La diarrhée infantile a causé 30 décès de 0 à 1 an, au lieu de 36 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 23.

En outre, 25 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 223 décès, au lieu de 160 pendant la semaine précédente, **et au lieu de 193, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 11 décès** (au lieu de la moyenne 20); **bronchite chronique, 35** (au lieu de la moyenne 27); **pneumonie, 44** (au lieu de la moyenne 40); les autres maladies de l'appareil respiratoire, 133 (au lieu de la moyenne 106), **dont 64 sont dus à la congestion pulmonaire et 49 à la broncho-pneumonie. En outre, 4** décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 205 décès ; la méningite tuberculeuse, 21 ; la méningite simple, 8; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 12 décès; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 69; les maladies organiques du cœur, 74; le cancer a fait périr 47 personnes; la hernie et l'obstruction intestinale ont causé 7 décès; la cirrhose du foie, 15; la néphrite, 35; enfin, 41 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Laporte (de Bessines).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas-manuel de gynécologie, par O. Schaeffer. Édition française, par le docteur J. Bouglé, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-16 de 333 p., avec 90 pl., contenant 207 fig color. et 62 photograv., relié maroquin souple, tête dorée. — Prix : 20 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traité des maladies épidémiques, étiologie et pathogénie des maladies infctieuses, par le docteur A. Kelch, médecin inspecteur de l'armée, membre de l'Académie de médecine, t. II. — Premier fascicule : Des fièvres éruptives. 1 vol. in-8° de 300 pages avec tracés dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Consultations médico-chirurgicales, publiées sous la direction de F. Combemale, professeur de clinique médicale, doyen de la Faculté de médecine de Lille, par MM. Ausset, Caumartin, Charmeil, Combemale, Dubar, Folet, Gaudier, Ingelrans, de Lapersonne, Le Fort, Oui, Potel, Surmon, professeurs, professeurs agrégés, chefs de clinique à la Faculté de médecine de Lille. 1re série, 1 vol. in-16 jésus, cart. toile, de 564 pages. Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas jeudi.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Marseille.* — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Pons, Peaudeleu, Valette, Combe et Condo.

Guerre. — Par décision ministérielle du 19 décembre 1902, M. le médecin aide-major Honorat est désigné pour servir hors cadres à la Grande Comore.

M. le médecin aide-major Bernel est affecté au 2e d'artillerie coloniale, à Cherbourg.

— Par décision ministérielle du 20 décembre 1902, MM. Delange et Hénaut ont été nommés médecins stagiaires dans le corps de santé des troupes coloniales.

Marine. — Par décret, en date du 19 décembre 1902, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal Ortal.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe de Gouyon de Pontouraude et Legrand.

Au grade de médecin de prmière classe. — MM. les médecins de deuxième classe Avérous, Madon et Poix.

Leçons pratiques de syphiligraphie. [Les notions fondamentales de la syphiligraphie. (Diagnostic et traitement.)] — M. le docteur Leredde commencera, le dimanche 11 janvier, à dix heures, une série de huit leçons publiques de syphiligraphie et les continuera les dimanches suivants à la même heure (Établissement dermatologique, 4, rue de Villejust).

Première et deuxième leçons : Diagnostic de la syphilis en activité.

Troisième leçon : Diagnostic rétrospectif de la syphilis.

Quatrième et cinquième leçons : Le traitement mercuriel. Technique du traitement; technique des injections mercurielles.

Sixième leçon : Traitement iodopotassique. Le traitement de la syphilis normale.

Septième leçon : Traitement des syphilis graves. Le traitement mercuriel intensif.

Huitième leçon : Traitement du tabes et de la paralysie générale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 5 AU 10 JANVIER 1903)

Examens de doctorat.

LUNDI 5 JANVIER, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Legueu et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Hayem, Bezançon et Legry; — M. Rémy, suppléant.

MARDI 6 JANVIER, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Marion et Auvray; — (2e partie) : MM. Raymond, Vaquez et Dupré; — M. Guiart, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Chassevant, suppléant.

MERCREDI 7 JANVIER, à une heure. — 1er (ancien régime), *Salle Richet* : MM. Gariel, Blanchard et Richaud.

2e, *Salle Pasteur* : MM. Gautier, Richet et Rémy.

3e (oral. 2e partie), *Salle Béclard* : MM. Hayem, Widal et Legry.

4e, *Salle Thouret* : MM. Joffroy, Landouzy et Wurtz; — M. Cunéo, suppléant.

JEUDI 8 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Hartmann et Thiéry.

2e, *Salle Thouret* : MM. Pouchet, Launois et Langlois.

3e (oral, 2e partie), *Salle Béclard* (1re série) : MM. Dieulafoy, Achard et Jeanselme; — *Salle Richet* (2e série) : MM. Raymond, Thiroloix et Gouget.

4e, *Salle Pasteur* : MM. Proust, Thoinot et Vaquez; — M. Marion, suppléant.

VENDREDI 9 JANVIER, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Walther et Legueu; — (2e série) : MM. Kirmisson, Mauclaire et Gosset; — M. Rémy, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Cunéo, suppléant.

SAMEDI 10 JANVIER, à une heure. — 1er (oral), *Salle Broussais* : MM. Poirier, Thiery et Auvray.

3e (oral, 1re partie), *Salle Richet* : MM. Le Dentu, Marion et Potocki; — (2e partie), *Salle Thouret* : MM. Hutinel, Achard et Thiroloix; — M. Chassevant, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Demelin; — M. Gouget, suppléant.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les leucocytes; technique (hémato-cytologie), par MM. J. COURMONT, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon, et V. MONTAGARD, préparateur du cours d'hygiène. (N° 31 de l'Œuvre médico-chirurgical.) 1 broch. gr. in-8°. — Prix: 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

TRAITEMENT DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC A ÉVOLUTION AIGUE

Par MM. Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX.

Si l'on en croit le résultat des autopsies, les ulcérations aiguës de l'estomac se produisent, évoluent et guérissent bien souvent à l'insu du malade et du médecin. Une découverte d'autopsie révèle la lésion cicatrisée chez un malade n'ayant aucun passé gastrique (1).

Il n'y a dans ces faits rien de très étonnant, la sensibilité de l'estomac est peu développée : sur l'animal on peut produire des lésions graves de la muqueuse sans provoquer des douleurs conscientes, et dans le domaine clinique, rien n'est plus fréquent que d'observer, au cours des infections et des intoxications, des lésions gastriques silencieuses n'entraînant aucun trouble subjectif. Nous ne savons même pas très bien pourquoi certaines ulcérations revêtent des caractères si douloureux ; il est probable que la sommation des excitations et le spasme réflexe du pylore doivent jouer ici un rôle important.

Dans la très grande majorité des cas, c'est une hématémèse, survenant au cours de troubles dyspeptiques plus ou moins nets, qui vient indiquer au médecin et au malade la vraie nature de l'affection, et leur imposer un traitement sévère.

La thérapeutique doit alors répondre à plusieurs indications (2) : 1° arrêter l'hémorragie ; 2° calmer les douleurs s'il en existe ; 3° aider à la réparation et à la cicatrisation de l'ulcère. Un même moyen, *la cure de repos absolu*, répond à ces trois indications : il faut immobiliser le malade au lit et suspendre totalement le travail fonctionnel de l'estomac afin de mettre l'ulcération à l'abri de tout traumatisme extérieur et intérieur.

L'immobilisation au lit dans le décubitus dorsal est peut-être un des meilleurs moyens thérapeutiques en notre possession : sa simplicité la fait négliger trop souvent. On expliquera donc au malade le grand inconvénient que peut avoir tout effort et tout mouvement, pour obtenir de son consentement l'immobilité le plus complète. Si le malade est par trop indocile, on fera bien d'appliquer sur la région gastrique une vessie de glace qui en dehors de son effet certain sur la douleur et de son action problématique sur l'hémostase, a pour résultat de maintenir le malade dans le décubitus dorsal : une vessie de glace parvient souvent à maintenir l'immobilité alors que les plus vives exhortations du médecin étaient restées sans effet.

Le repos n'est absolu qu'autant que l'estomac est lui-même dispensé de tout travail et à l'abri de toute excitation. Il est donc de toute nécessité de supprimer l'alimentation par voie buccale. Certains médecins intransigeants interdisent même la déglutition de la plus petite quantité d'eau : c'est pousser un peu loin les choses, on ne peut s'opposer à ce que le malade déglutisse sa salive et le mucus œsophagien, dès lors à quoi bon interdire une petite quantité d'eau qui permet de supporter mieux la diète absolue? Un tiers de litre d'eau, donné dans les vingt-quatre heures par cuillerées à bouche espacées, est sans effet nuisible et combat la sécheresse souvent pénible de la bouche et du pharynx.

Pour assurer l'alimentation de l'organisme, tout au moins son hydratation suffisante, il faut avoir recours à la voie rectale et l'on introduit dans le rectum, préalablement débarrassé des matières fécales, de petits lavements dits alimentaires, composés d'eau ou de lait salés, d'œufs, de peptones, etc., suivant des formules que l'on trouvera dans tous les manuels de thérapeutique. Mais il ne faut pas attacher à la partie alimentaire de ces lavements une importance trop considérable : les lavements alimentaires ont fort peu d'action pour arrêter la marche de l'amaigrissement, ils agissent surtout par l'eau et les sels qu'ils contiennent (1).

Cette eau est parfaitement absorbée, comme le démontre avec évidence le bocal d'urine où le niveau monte ou baisse suivant que le malade garde bien ou mal ses lavements : il faut, par eux, assurer largement la circulation de l'eau dans l'organisme et ne jamais laisser tomber au-dessous de 500 à 600 grammes la quantité d'urine excrétée en vingt-quatre heures. Au besoin, si les lavements étaient mal supportés, on aurait recours aux injections de sérum artificiel sous la peau.

Dans bien des cas, si l'inanition absolue ne doit être maintenue que quelques jours, il vaudra mieux, croyons-nous, se contenter des lavements d'eau salée toujours bien supportés, les divers aliments qu'on incorpore aux lavements irritant souvent le rectum sans utilité.

Sous l'influence du repos absolu de l'estomac, la gastrorragie s'arrête, en général en peu de jours; mais il est possible par quelques moyens thérapeutiques de faire une hémostase plus rapide et plus complète.

Comme le conseille Tripier, on se trouvera bien d'user des lavements d'eau chaude à la température de 48 degrés environ, donnés au moins trois fois par jour et plus souvent s'il le faut : ils semblent agir en provoquant un spasme réflexe des artérioles dans tout le domaine splanchnique. Ils diminuent ainsi l'hémorragie et permettent au caillot de se former et de s'organiser.

Le *chlorure de calcium*, qui augmente la coagulabilité du sang *in vitro*, peut avoir aussi quelque utilité. On le donne à la dose d'un à deux grammes de chlorure de calcium, dans deux ou trois cents grammes d'eau : le malade boit cette solution par petites gorgées dans le courant de la journée.

Il est bien rare que l'hémorragie ne cède pas à ces moyens thérapeutiques : mais ce n'est pas évidemment une règle absolue, l'hémorragie tue en effet une fois sur 16, dans l'ulcère de l'estomac.

L'intervention chirurgicale, qui a été préconisée au début dans ces grandes hémorragies, est loin de donner autant de succès que le traitement médical : sur 15 interventions de ce genre, rapportées dans la thèse de Savariaud (2), le malade n'a survécu que cinq fois. Plusieurs causes expliquent ces résultats médiocres : la difficulté de découvrir l'ulcère et de pratiquer l'hémostase, la facilité avec laquelle le péritoine peut s'infecter, et enfin la faiblesse des malades

(1) Le résultat des interventions chirurgicales qu'a fait pratiquer M. Soupault dans des formes, bénignes en apparence, du syndrome de Reichmann, démontre aussi la fréquence jusqu'ici inconnue de l'ulcère simple de l'estomac.

(2) Nous ne prétendons pas exposer dans ces articles cliniques très condensés les questions dans tout leur développement. A propos du traitement de l'ulcère aigu, nous indiquons seulement notre façon de faire, en indiquant les raisons qui nous ont conduits à adopter telle ou telle conduite.

(1) J.-Ch. ROUX. Les lavements alimentaires, *Gaz. des hôpit.*, 1899.

(2) SAVARIAUD. De l'ulcère hémorragique de l'estomac et de son traitement chirurgical, Th. de Paris, 1898.

opérés en pleine hémorragie, ce qui interdit toute intervention de longue durée. Aussi à l'heure actuelle, réserve-t-on le traitement chirurgical pour les hémorragies chroniques rebelles à tout traitement médical et se répétant sans cesse pendant des mois : la gastro-entérostomie dans l'ulcère pylorique détourne le cours des aliments et suffit souvent à faire cesser les hémorragies ; l'excision de l'ulcère permet dans certains cas de mettre un terme à toute nouvelle perte de sang.

Lorsque le malade présente des douleurs très vives et que la cure de repos absolu ne suffit pas à les calmer, le sous-nitrate de bismuth, employé à haute dose, donne d'excellents résultats.

Nous prescrivons le sous-nitrate de bismuth à la dose de 20 grammes par jour, 10 grammes le matin et 10 grammes le soir. L'expérience clinique nous a montré qu'on obtient des résultats meilleurs en donnant 10 grammes de sous-nitrate de bismuth matin et soir qu'une dose massive de 20 grammes le matin en une seule fois, comme le font la plupart des auteurs.

Le malade prend cette poudre diluée dans un quart de verre d'eau tiède, le matin à jeun et le soir l'estomac étant vide, c'est-à-dire si le malade est au régime lacté absolu deux à trois heures après la dernière prise de lait. La dose est avalée d'un trait, le malade se couche ensuite successivement un quart d'heure sur le côté droit, le côté gauche, le ventre et le dos, de façon à répartir autant que possible la poudre inerte sur toute la face interne de l'estomac. En dehors de son action remarquable sur les phénomènes douloureux, cette médication paraît rendre plus rapide la cicatrisation de l'ulcère (1).

Les premiers accidents aigus, hémorragie, douleurs, vomissements, étant ainsi calmés, combien de temps convient-il de maintenir le malade au lit et à l'alimentation rectale ?

En général, l'exclusion de toute alimentation buccale doit être prescrite pendant huit à dix jours, il n'y a à cela aucun inconvénient, mais on peut dépasser de beaucoup ces limites; Fournier fait prolonger le jeûne douze à vingt jours, Donkin deux à trois semaines. Lorsqu'on arrive à des périodes d'inanition aussi prolongées, il faut suivre avec la balance la diminution du poids du malade pour ne pas dépasser les limites de résistance de l'organisme. D'après les physiologistes, l'individu à jeun est en danger lorsqu'il a perdu 30 p. 100 de son poids : le poids du malade n'est pas celui qu'il a au commencement du traitement, mais celui qu'il avait au début de la maladie avant de maigrir. Il ne faut pas trop se hâter d'alimenter le malade ; toute alimentation trop précoce risque de compromettre les avantages obtenus par la cure d'inanition. Le repos prolongé de l'estomac est le meilleur traitement de l'ulcère. La preuve en est dans le résultat de la gastro-entérostomie, qui amène presque toujours la guérison de l'ulcère : elle agit en mettant à un repos relatif la région pylorique où siège l'ulcère ; une cure d'inanition prolongée peut avoir les mêmes avantages, sans faire courir au malade les mêmes risques.

Toutefois, nous pensons qu'il suffit, en général, de soumettre le malade à la diète buccale, pendant huit à dix jours. On évite ainsi les conséquences regrettables d'une inanition trop prolongée.

L'alimentation ne sera reprise qu'avec une extrême prudence, progressivement ; elle sera composée d'aliments liquides, pendant longtemps : nous avons l'habitude de maintenir le malade pendant six semaines ou deux mois au régime lacté absolu, après que s'est produit un accident grave de l'ulcus.

C'est grâce à l'observation de ces pratiques rigoureuses que l'on pourra s'opposer à une récidive de l'ulcère de l'estomac, accident qui se produit beaucoup plus souvent qu'on ne le croit. Dans près de la moitié des cas l'ulcère aigu passe à l'état chronique. Ainsi, deux auteurs américains, Greenbough et Soslin (1), ont pu suivre pendant cinq ans après leur sortie de l'hôpital 114 malades atteints d'ulcère de l'estomac. Au bout de cinq ans, 46, soit 40 p. 100, pouvaient être considérés comme guéris, 41 *avaient eu une récidive*, soit 36 p. 100 ; 23, soit 20 p. 100, étaient morts d'une complication ou d'une suite de l'ulcère. Enfin 4 étaient morts de cause inconnue.

Tous les efforts thérapeutiques doivent donc tendre, non seulement à éviter les accidents immédiats, mais aussi à prévenir une récidive, toujours grave par elle-même et par ses conséquences indirectes, puisque l'ulcère chronique est un terrain sur lequel se greffe souvent le cancer du pylore.

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DU NYSTAGMUS

Par le docteur F. Terrien,
Ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté.

Aspect clinique. — Le nystagmus, on le sait, est caractérisé par l'apparition de mouvements rythmiques des globes oculaires et indépendants de la volonté. Mais à côté de ce syndrome capital, on peut observer d'autres symptômes qui pourront quelquefois permettre de rattacher le nystagmus à sa véritable cause. Il est donc important de les rechercher et nous y reviendrons après avoir décrit le nystagmus proprement dit.

Il peut se présenter sous plusieurs aspects ; dans une première variété, la plus fréquente, les mouvements se font dans le sens *horizontal* ; le globe oculaire est porté successivement en adduction et en abduction sous l'influence de la contraction alternative des muscles droits interne et externe. Beaucoup plus rarement ces mouvements ont lieu dans le sens *vertical* et sont sous la dépendance des muscles élévateurs et abaisseurs. Dans les deux cas, le nystagmus est dit *oscillatoire*. Exceptionnellement ils peuvent avoir lieu suivant le diamètre *oblique*.

Une autre variété, qui, pour être moins fréquente que le nystagmus horizontal, n'est cependant pas très rare, est caractérisée par le *nystagmus rotatoire*. Le trouble musculaire, au lieu de se rapprocher comme tout à l'heure des mouvements normaux, est caractérisé par des mouvements de roue. La rotation a lieu suivant une étendue plus ou moins grande autour de l'axe antéro-postérieur du globe oculaire et se fait aux dépens de la contraction des muscles obliques.

Enfin on peut observer en même temps deux espèces d'oscillations à la fois, suivant le diamètre horizontal et aussi suivant le diamètre vertical ; l'œil subit alors comme un

---

(1) Dans un travail récent, un auteur étranger, Walko, déclare s'être très bien trouvé de l'administration de l'huile dans l'ulcère de l'estomac ; il emploie l'huile d'olive, et la donne d'abord par cuillerées à bouche, puis par doses plus considérables, trois fois dans la journée. (Ueber die Behandlung des ulcus ventriculi mit olivenol., *Centrabl. f. inner. Med.*, oct. 1902.)

(1) Gastric ulcer at the Massachusetts general hospital, 1888-98, *Boston med. and surg. Journ.*, vol. CXLI, 1900.

véritable mouvement de circumduction, et le nystagmus est dit *mixte*.

Tout d'abord il importe de ne pas méconnaître l'affection. Les mouvements sont parfois si rapides, de si peu d'amplitude et le déplacement imprimé au globe oculaire si restreint qu'ils peuvent passer inaperçus. C'est ainsi que, dans un cas de Coursserant, l'examen ophtalmoscopique révéla une sorte de vacillement rapide de l'image de la papille et mit sur la voie d'un nystagmus horizontal méconnu jusque-là.

Nous venons d'observer un cas semblable à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. le professeur Gaucher, chez un sujet âgé de dix-neuf ans, jouissant d'une bonne acuité visuelle et atteint d'hérédo-syphilis. Le nystagmus avait passé inaperçu et c'est l'examen ophtalmoscopique qui nous le révéla. Un moyen bien simple de ne pas méconnaître l'affection en pareil cas, sur lequel a bien insisté Parinaud, consiste à porter le globe oculaire dans les positions extrêmes du regard. Plaçant le doigt très en dehors, à droite où à gauche du sujet, on demandera à celui-ci de le fixer sans détourner la tête. Les oscillations nystagmiformes s'exagèrent alors beaucoup et le diagnostic devient évident.

La rapidité de ces oscillations est d'ailleurs très variable et leur fréquence est en raison inverse de leur amplitude. Leur nombre ne dépasse guère 160 par minute. Elles se produisent quelle que soit la direction du regard.

Il s'en faut beaucoup que le rythme en soit toujours uniforme, et différentes causes peuvent l'influencer. C'est ainsi qu'il peut être retardé ou même suspendu pendant le sommeil et la narcose complète. Il est naturellement sous la dépendance des différents états psychiques d'excitation ou de dépression. L'abus de l'alcool semble le retarder. La volonté est au contraire sans influence sur lui. Cependant Raehlmann et d'autres l'ont vu suspendu par l'effort de la volonté, mais ce n'est pas la règle. L'irritation des nerfs sensitifs et sensoriels et l'intensité de l'éclairage ont aussi une influence directe. C'est ainsi que l'occlusion de l'un des deux yeux ou que certaines directions du regard, par exemple les efforts de convergence, accélèrent les oscillations.

Le nystagmus est presque toujours bilatéral et les mouvements sont associés : c'est ainsi que lorsqu'un œil est en abduction, l'autre est en adduction, preuve qu'il s'agit bien là d'un trouble d'origine centrale, ayant son siège dans les centres moteurs; nous aurons l'occasion d'y revenir. Exceptionnellement on a noté du nystagmus d'un seul côté (Reuss, Eversbusch, Bouchaud) et des mouvements dissociés (Reuss, Laan).

Vision des nystagmiques. — Il y a lieu de distinguer ici entre le nystagmus pur, apparaissant de très bonne heure, généralement appelé congénital, et le nystagmus tardif ou acquis.

Dans la première variété, la vision n'est guère troublée ou bien la diminution de l'acuité visuelle, si elle existe, n'est pas la conséquence directe de nystagmus, mais d'autres lésions existant en même temps. Le sujet ne perçoit aucun mouvement apparent des objets. Bien plus, placé devant un miroir, il n'aperçoit même pas les mouvements anormaux de ses globes oculaires, si ce n'est lors de nystagmus unilatéral. Le nystagmus en lui-même paraît donc n'avoir aucune influence sur la perception visuelle. Il est cependant intéressant de se demander quel retentissement il pourrait avoir sur la vision si ces mouvements pouvaient être arrêtés tout à coup.

Dans les cas rares où l'acuité visuelle est bonne, la vision binoculaire est normale; l'interposition d'un prisme entre l'objet fixé et l'un des deux yeux provoque l'apparition de la diplopie et les deux images restent immobiles et ne sont animées d'aucun mouvement; de même la vision stéréoscopique est bien conservée.

On ne peut expliquer autrement que par le développement très précoce de l'affection cette absence de troubles visuels et de déplacement des images. Car, normalement, à chaque déplacement du globe oculaire correspond un déplacement correspondant de l'image rétinienne et on comprend mal que l'objet fixé ne semble pas animé de mouvements et soit vu immobile. Sans doute se passe-t-il ici quelque chose d'analogue à ce que nous observons dans le strabisme. Celui-ci ne s'accompagne jamais de diplopie, alors que le premier symptôme de la paralysie ou même de la parésie de l'un des muscles de l'œil est la vision des objets en double. C'est que, là encore, le strabisme apparaissant de bonne heure et se développant lentement, l'un des yeux fait abstraction de la fausse image.

Aussi, lorsque le nystagmus se développe à un âge plus avancé, le sujet a le sentiment très net du déplacement et perçoit un mouvement apparent des objets correspondant aux oscillations du globe oculaire, d'où l'apparition de vertiges, quelquefois même de nausées qui gênent beaucoup les malades.

Symptômes concomitants. — Il n'est pas rare d'observer en même temps que les oscillations des globes oculaires, des mouvements involontaires de la tête et du cou. Considérés autrefois comme la conséquence directe du nystagmus, on leur avait attribué un rôle compensateur et on expliquait par eux l'absence de déplacement des images visuelles. Ces mouvements avaient pour but de maintenir constamment l'image rétinienne sur la macula. Comme ces mouvements ne sont pas isochrones à ceux du globe oculaire, mais plus lents, et comme ils font souvent défaut, l'explication donnée est tout hypothétique et ne repose sur aucune base solide.

Le plus ordinairement, le déséquilibre musculaire n'est pas le seul trouble existant, et on constate en même temps des lésions de l'un ou des deux globes oculaires : myopie, hypermétropie, astigmatisme très fort, leucomes de la cornée, cataractes congénitales et troubles des milieux réfringents, lésions du fond de l'œil, restes de maladies fœtales : chorio-rétinite, rétinite pigmentaire, cécité pour les couleurs, albinisme, etc.

Ces lésions, nous le verrons, ne sont pas sans influence sur l'apparition du nystagmus, mais elles n'en sont pas la cause directe. D'autant plus qu'elles n'existent pas toujours, et qu'on rencontre quelquefois des nystagmiques avec une bonne acuité visuelle. Nous y reviendrons à propos de la pathogénie de l'affection.

Essai de classification. — La présence ou l'absence de lésions oculaires concomitantes nous permet de diviser en deux grandes classes les différentes variétés de nystagmus qu'on peut rencontrer : l'un d'origine intra-oculaire et l'autre d'origine extra-oculaire.

Nous désignerons donc sous le nom de *nystagmus d'origine intra-oculaire* celui accompagné de lésions, de malformations du globe, par opposition à l'autre. Non pas que les lésions soient la cause directe du nystagmus comme certains l'ad-

mettent; mais de même que les vices de réfraction dans le strabisme, elles peuvent favoriser beaucoup son apparition et doivent être certainement retenues à titre de causes occasionnelles.

C'est ce nystagmus, accompagné de lésions du globe, qui est généralement désigné sous le terme de congénital, alors que l'autre qui apparaît tardivement est dit acquis. Sans doute ce nystagmus, soi-disant congénital, apparaît de très bonne heure, dans les premières années de la vie ou même dans les premiers mois, mais il est inexact de parler en pareil cas d'affection congénitale.

Sans nier que, dans quelques cas très rares, le nystagmus ne puisse être réellement congénital, il semble que presque tous les cas de nystagmus infantile soient des nystagmus acquis, dans lesquels l'affection est apparue de très bonne heure, dès les premiers mois de la vie extra-utérine, et dans lesquels l'incoordination motrice a pu être favorisée par la présence de lésions concomitantes du globe oculaire, celles-ci mettant obstacle à la vision binoculaire.

Le nystagmus, à part quelques cas exceptionnels, serait donc toujours une affection acquise. Cette manière d'envisager la question nous paraît plus conforme à la réalité des faits, et nous pouvons dès maintenant établir parmi les nystagmiques deux grands groupes : ceux chez lesquels existent des lésions du globe oculaire et ceux qui n'en présentent pas.

A. Nystagmus intra-oculaire. — C'est celui que l'on décrit ordinairement sous le nom de nystagmus congénital et nous venons de donner les raisons pour lesquelles ce terme doit disparaître. Sans doute, l'affection s'accompagne presque toujours de lésions concomitantes de l'œil, mettant obstacle à la vision binoculaire et entraînant une diminution plus ou moins considérable de l'acuité visuelle, mais aucun fait sérieux ne nous permet d'admettre qu'elle existe toujours dès la naissance.

Il s'agit là très probablement d'un processus analogue à ce qui existe dans le strabisme. On sait que ce dernier est un trouble de la convergence, d'ordre central, mais dans le développement duquel les vices de réfraction jouent un rôle considérable, en exagérant ou en diminuant la tendance naturelle des yeux à converger ou à diverger, suivant qu'il s'agit d'hypermétropie ou de myopie.

Nous croyons qu'il en est de même pour le nystagmus. Les lésions concomitantes du globe oculaire entraînent une diminution quelquefois considérable de l'acuité visuelle, mettent obstacle au libre fonctionnement de la vision, ne permettent pas la vision binoculaire et entravent le jeu régulier des muscles de l'œil. Les mouvements associés des deux yeux ne peuvent s'établir; ceux-ci sont abandonnés à eux-mêmes et l'indiscipline musculaire d'où résulte le nystagmus fait son apparition.

On a imaginé, pour expliquer la pathogénie de ce nystagmus, différentes hypothèses. D'après Arlt, les oscillations nystagmiques se produiraient uniquement dans l'intérêt de la vision. On sait, en effet, que, lorsque nous éprouvons une certaine peine à distinguer un objet, le déplacement de cet objet devant l'œil permet de le voir plus nettement; le même résultat serait atteint dans le nystagmus par le déplacement des globes oculaires. L'explication est ingénieuse, mais, à supposer qu'elle soit exacte pour un certain nombre de cas, elle se trouve en défaut lorsque le nystagmus coïncide avec une acuité visuelle presque normale.

Les auteurs qui voient dans les lésions du globe oculaire la cause déterminante de l'affection et font de cette variété un véritable *nystagmus optique*, expliquent ainsi la pathogénie lorsque l'acuité visuelle est bonne : il n'est pas rare d'observer chez les nouveau-nés des hémorragies rétiniennes; elles existeraient dans 10 p. 100 des cas d'après Königstein. Elles se résorbent d'ailleurs rapidement sans laisser de traces, mais pourraient, dans les premiers mois de la vie, favoriser chez les sujets prédisposés le développement du nystagmus par l'obstacle qu'elles apportent à la vision.

L'explication est tout hypothétique; ces hémorragies sont fréquentes et le nystagmus est une affection rare. Il faut donc autre chose. D'autant plus qu'il n'est pas rare de constater pour des raisons diverses (taies anciennes de la cornée, leucomes adhérents, lésions de chorio-rétinite) une vision très défectueuse sans la moindre trace de nystagmus; et cependant, en pareil cas, les sujets se trouvaient placés dans les conditions voulues pour que le jeu régulier des muscles de l'œil ne puisse s'établir et pour que le nystagmus se développe.

C'est qu'en réalité il s'agit là d'une affection d'ordre central dans le développement de laquelle la lésion concomitante du globe oculaire ou le vice de réfraction n'intervient qu'à titre de cause occasionnelle. Et de même que le vice de réfraction n'est pas nécessairement lié au strabisme et peut faire défaut, de même les lésions concomitantes de l'œil chez les nystagmiques ne doivent pas être considérées comme la cause déterminante de l'anomalie. Ces lésions, comme le nystagmus lui-même, dérivent d'une seule et même cause et ne sont que des manifestations diverses d'une même affection névropathique de nature encore indéterminée. Il s'agit avant tout de sujets nerveux et la présence seule du nystagmus témoigne d'une déchéance organique. C'est ainsi que, dans un travail récent, Huguenin a réuni 125 observations de syphilis héréditaire indéniable avec altérations du fond de l'œil et autres manifestations et a constaté treize fois le nystagmus, soit une proportion de 10,4 p. 100 (1).

Bernheimer a décrit un nystagmus réflexe qu'il a observé chez deux personnes hypermétropes et qui montre bien l'influence du nervosisme: il l'attribue à l'irritation du trijumeau. Les yeux se mettaient à trembler si la lecture était prolongée un certain temps et la correction de l'hypermétropie fit disparaître le tremblement (2).

En résumé il est inexact de parler de nystagmus congénital et de nystagmus acquis. Tous, à part de très rares exceptions (nystagmus héréditaire), sont des nystagmus acquis, si la symptomatologie est un peu différente dans les deux cas, c'est que l'un apparaît de très bonne heure et coïncide le plus souvent avec des lésions oculaires, tandis que l'autre apparaît à un âge déjà avancé. Il n'y a donc pas à proprement parler de nystagmus d'origine intra-oculaire et extra-oculaire, les lésions du globe n'intervenant dans le premier cas qu'à titre de cause occasionnelle. Il s'agit en réalité d'une seule et même affection présentant des modalités diverses et apparaissant dans des conditions différentes; si nous conservons cette dénomination, c'est seu-

(1) Huguenin. Uber hereditär-syphilitische Augenhintergrundsveränderungen, *Beiträge zur Augenheilkunde*, 51 H., 1902.

(2) Bernheimer. Nystagmus reflexe, *Soc. d'ophtalm. de Heidelberg*, 5-7 août 1901.

lement pour la commodité de la description et pour différencier ces deux variétés de nystagmus, l'un accompagné de lésions du globe, l'autre sans lésions. C'est ce dernier qu'il nous faut maintenant étudier.

B. Nystagmus extra-oculaire. — L'aspect clinique est identique à celui précédemment décrit. Ce sont des oscillations rythmiques involontaires du globe oculaire qui là encore peuvent se montrer sous différentes formes mais le type le plus fréquent est le nystagmus oscillatoire. Diverses causes peuvent le produire et il diffère du précédent à la fois par l'absence de lésions concomitantes du globe oculaire et aussi par ce fait que le sujet a conscience du trouble musculaire; la vision est gênée et le malade perçoit un déplacement des objets correspondant au déplacement des images rétiniennes. Il en résulte des sensations vertigineuses et nauséeuses qui gênent beaucoup les malades.

Ceci s'explique par le développement tardif de l'affection, sur un sujet ayant joui jusque-là d'une bonne vision, alors que tout à l'heure elle apparaissait chez le tout jeune enfant, avant le développement de la vision binoculaire. Mais cette différence n'est d'ailleurs que relative; et de même que dans le strabisme paralytique la diplopie finit par disparaître à la longue, l'image fausse n'étant plus perçue, de même le nystagmique, après un temps variable et lorsque l'affection est de longue durée (sclérose en plaques, maladie de Friedreich), finit par ne plus avoir conscience du trouble musculaire et par ne plus percevoir le déplacement des objets.

Ce nystagmus extra-oculaire est toujours symptomatique et doit immédiatement faire soupçonner une lésion auriculaire ou des centres nerveux. Toutefois il y a une variété de nystagmus, n'apparaissant que dans certaines professions déterminées, et qui mérite d'être mentionnée à part, c'est le nystagmus professionnel ou nystagmus des mineurs. Nous le décrirons tout d'abord rapidement, car il n'a guère d'intérêt clinique en raison de sa rareté, et étudierons ensuite le nystagmus d'origine centrale et auriculaire.

a. Nystagmus des mineurs. — L'affection semble purement professionnelle et n'apparaît généralement qu'à un âge avancé, chez des ouvriers travaillant dans les galeries depuis un temps plus ou moins long. Il offre ce caractère particulier de survenir par accès; il est périodique et le passage d'un lieu sombre à la grande lumière, l'élévation du regard au-dessus du plan horizontal favorisent beaucoup son apparition.

Dans la majorité des cas, il affecte le type rotatoire et le nombre des oscillations varie suivant les sujets et chez le même individu; on peut en compter jusqu'à cent quarante par minute. Elles sont généralement de peu d'amplitude et les mouvements du corps, quelquefois même la simple rotation de la tête, suffisent à les produire. Comme l'a remarqué Dransart, l'état général exerce une influence directe sur le nystagmus; des troubles digestifs, des excès de boisson en augmentent l'intensité. En même temps les nystagmiques se plaignent de maux de tête, surtout pendant le travail à la mine; la diplopie a été notée une fois sur trois et la parésie de l'accommodation est presque la règle. Enfin il existe d'ordinaire des sensations vertigineuses qui gênent beaucoup les malades et résultent de ce fait que, pendant l'accès, les objets paraissent eux-mêmes animés de mouvements rythmés. Dans quelques cas on a noté aussi de l'héméralopie.

Divers facteurs ont été invoqués pour expliquer la pathogénie de cette affection, dont la fréquence est d'autant plus grande que l'éclairage dans les fosses est plus défectueux; elle oscillerait entre 0,25 et 7 p. 100 d'après Nieden.

On a incriminé l'héméralopie, l'influence toxique des gaz se dégageant des fosses sur les centres oculo-moteurs. La première ne peut être mise en cause, car l'héméralopie proprement dite est rare chez les mineurs et en outre le nystagmus ne s'observe presque jamais chez les véritables héméralopes. Sans doute le séjour dans un milieu impur très humide, surchargé d'acide carbonique, dans lequel les ouvriers se trouvent exposés à de brusques changements de température, constitue une condition très défavorable. Il est souvent le point de départ de névralgies, de rhumatismes, de congestions du poumon, de palpitations cardiaques, d'hémoptysies ou même d'hémorragies cérébrales; mais souvent aussi le nystagmus s'observe chez des sujets sains, ayant conservé un état général excellent. D'autant plus que l'amélioration est quelquefois très lente et même peut faire entièrement défaut, alors que les malades ont cessé depuis longtemps le travail et sont soumis à un traitement convenable. Ces causes ne sont donc pas suffisantes.

Un élément important dans la genèse de l'affection est le manque d'éclairage nécessitant un effort d'accommodation plus considérable et rendant l'adaptation rétinienne difficile (de Lapersonne). C'est ainsi qu'on a signalé des cas de nystagmus professionnel, entièrement comparable à celui des mineurs, chez des couturières travaillant à un mauvais éclairage (Magelsen et Wilbrand).

Magnus a rapporté l'observation d'une petite fille atteinte d'un nystagmus double qui se manifestait surtout lorsque le regard se portait en haut. La chambre où elle vivait, très obscure, n'avait qu'une fenêtre insuffisante et nécessitait l'emploi d'une lampe à gaz qui brûlait constamment. La petite fille regardait la lumière avec persistance et il en était résulté une crampe permanente de ses muscles des élévateurs du globe.

Mais c'est surtout la position anormale que doivent occuper les yeux des mineurs pendant le travail qui joue un rôle considérable dans l'étiologie du nystagmus. Comme l'a montré Dransart, on l'observe surtout en effet chez les ouvriers qui travaillent à la *veine*; ces derniers travaillent fréquemment le corps penché en avant et à genoux et sont obligés de diriger constamment le regard au-dessus du plan horizontal. Cette convergence asymétrique avec élévation du regard entraîne très probablement une surexcitation puis un relâchement de l'appareil nerveux oculaire. Le professeur de Lapersonne dans un travail récent a bien insisté sur ce point. Ainsi s'explique pourquoi les mouvements rythmiques se reproduisent presque exclusivement lorsque le sujet regarde en haut.

Enfin, suivant une opinion exprimée tout récemment par Trombetta, il faudrait ajouter à ces causes l'irritation labyrinthique à laquelle sont exposés les mineurs travaillant dans les galeries (modifications continuelles de la pression atmosphérique, courants d'air, bruit constant résultant des coups de pioche, etc.). Cette irritation retentirait sur les noyaux d'origine des muscles de l'œil et entraînerait une incoordination fonctionnelle des mouvements des globes. Ceci paraît purement hypothétique; d'autant plus que la cessation du travail n'entraîne pas une amélioration immédiate, et la guérison est quelquefois très longue ou même peut ne pas survenir. Le pronostic sera donc toujours réservé. Dans le cas de Magnus le changement de chambre et

d'éclairage a suffi à guérir le nystagmus et c'est là la première indication à remplir. Enfin les sujets névropathes y sont particulièrement prédisposés et on devra tenir compte du tempérament plus ou moins nerveux du sujet. Notons que les cas graves ne s'observent que chez les sujets présentant d'autres altérations antérieures (de Lapersonne).

b. A côté de ce nystagmus des mineurs, il nous faut étudier le véritable *nystagmus symptomatique*, beaucoup plus important au point de vue clinique et pouvant résulter d'une lésion de l'oreille ou des centres nerveux.

1° *Nystagmus auriculaire.* — Sa connaissance est de date relativement récente et à part quelques cas isolés publiés antérieurement, il a surtout été bien étudié dans ces dernières années par Jansen, Urbanschitsch et Bonnier. Laurens, dans son intéressant travail sur les relations entre les maladies de l'oreille et celles de l'œil, l'a bien décrit.

Le nystagmus peut apparaître spontanément au cours des affections aiguës de l'oreille, mais le plus ordinairement il survient sous l'influence d'irritations mécaniques portant sur les parties profondes de l'oreille (pression sur le tragus, lavages, injections d'eau froide, cathétérisme de la trompe). On l'a observé souvent à la suite de tentatives d'extraction ou de mobilisation de polypes auriculaires, d'otites moyennes aiguës suppurées et surtout dans les affections de l'oreille interne, spécialement des canaux semi-circulaires, ou dans la maladie de Ménière. Il se rencontre dans les phlébites des sinus consécutives aux suppurations otiques. Enfin il peut être provoqué par de simples pressions acoustiques, par un son déterminé ou même par certaines notes de musique (Urbantschitsch, Burkner).

Il est toujours bilatéral et revêt la forme oscillatoire dans le sens horizontal. Il survient généralement par accès; comme dans tout nystagmus acquis et apparaissant tardivement, le sujet a conscience des mouvements des globes par le déplacement apparent des objets, d'où la fréquence de sensations vertigineuses accompagnant l'affection.

D'intensité variable, il peut être à peine marqué et passer inaperçu, d'autant plus que ces mouvements nystagmiques sont en général passagers et ne durent que quelques secondes. Dans quelques cas rares on les a vus persister plusieurs mois et même plusieurs années.

La pathogénie de l'affection est encore discutée. Elle est très probablement différente suivant que l'affection auriculaire est compliquée ou non de lésions cérébrales ou de thrombose des sinus.

Lorsqu'il n'existe pas de complications de voisinage, le nystagmus doit être considéré comme un trouble réflexe résultant d'une augmentation de pression dans l'oreille interne et de l'irritation labyrinthique qui en est la conséquence, les terminaisons ampullaires du nerf acoustique étant alors excitées. Cette hypothèse repose sur la physiologie expérimentale et semble conforme à la réalité des faits.

Si l'affection auriculaire est compliquée de lésions cérébrales et de thrombose des sinus, le nystagmus peut être le résultat de la compression directe des circonvolutions occipitales, comme on le voit dans les abcès extra-duraux, ou de la thrombose des sinus au niveau du lobe occipital.

Quoi qu'il en soit, le point important à retenir est que le nystagmus est assez fréquent au cours des maladies de l'oreille et doit être recherché. Généralement passager, il peut persister et devra quelquefois faire songer à une thrombose des sinus au voisinage du rocher ou à une méningite d'origine otique.

2° *Nystagmus d'origine centrale.* — Il se rencontre comme symptôme isolé ou associé à d'autres troubles oculaires au cours d'affections cérébrales ou médullaires. Signalé pour la première fois par Mackenzie à la suite d'une compression cérébrale par un épanchement sanguin résultant d'une fracture du crâne, on le rencontre aussi au cours d'hémorragie ou de ramollissement cérébral. En pareil cas, on observe en même temps une déviation conjuguée des yeux et une rotation de la tête du côté correspondant; mais le nystagmus est passager et ne dure que quelques jours, alors que la déviation conjuguée des yeux persiste généralement beaucoup plus longtemps. L'apparition du nystagmus ne semble pas aggraver le pronostic de l'hémorragie cérébrale. Elle témoigne d'une lésion des couches optiques, du quatrième ventricule, des tubercules quadrijumeaux ou du cervelet. C'est ainsi qu'on peut le rencontrer dans les hémorragies ou dans les abcès du cervelet.

Certains de ces abcès ne donnent lieu à aucun trouble, mais souvent aussi on rencontre le nystagmus associé ou non à d'autres symptômes : otite suppurée, céphalée, état nauséeux, vomissements, titubation fréquente, étourdissements au cours desquels le malade s'affaisse sans perdre connaissance, fièvre, etc.

Raehlmann l'a noté aussi dans certains vices de conformation de la tête et du cerveau et on l'a signalé dans les tumeurs cérébrales (Spencer). Il peut apparaître pendant l'agonie et au cours de la respiration de Cheyne-Stokes.

Parmi les affections médullaires, on le rencontre surtout dans la *sclérose en plaques*. Il est quelquefois peu prononcé et il importe alors de le rechercher avec soin, en prenant les précautions indiquées plus haut. Il est presque toujours horizontal; Uhthoff a cependant observé un cas de nystagmus vertical. Il y a lieu d'ailleurs de distinguer avec cet auteur le nystagmus vrai, sous la dépendance d'une lésion directe du cerveau ou du bulbe, des secousses nystagmiformes. Celles-ci, beaucoup plus fréquentes, n'apparaissent que dans les positions forcées du regard et proviendraient d'un léger état parétique disséminé des nerfs de la musculature oculaire.

Le tabès ne s'accompagne jamais de nystagmus, contrairement à la maladie de Friedreich, dans laquelle il existe dans la majorité des cas. Mais il apparaît assez tardivement, deux ou trois ans après le début de l'affection principale. Comme le tremblement de la sclérose en plaques, il est peu prononcé ou même disparaît souvent à l'état de repos. Il s'exagère au contraire beaucoup dès que le malade veut fixer un objet ou est contraint à faire un effort, par exemple si on l'engage à porter le regard latéralement, ce qui est un bon procédé, nous l'avons vu pour rechercher le nystagmus.

Enfin, il peut apparaître, en même temps que d'autres troubles nerveux : chorée, tics de la face, tremblements, etc. Sa coexistence avec le tremblement a fait supposer qu'il pouvait avoir une même origine. On sait, par exemple, que dans la sclérose en plaques, la lésion siège surtout dans les centres nerveux; mais, on peut aussi observer des plaques sur les nerfs périphériques, au voisinage des centres nerveux; on en a même trouvé sur le nerf optique. La lésion porte toujours sur la gaine myélinique qui est détruite en certains points. Partant de ce fait, et comparant les fibres

nerveuses à des fils électriques, leur gaine de myéline à l'enveloppe isolante de ceux-ci et l'influx nerveux à un courant, Charcot fut amené à penser que, par suite de la destruction des gaines, les fibres ne sont plus suffisamment isolées et il se produirait alors des fuites de courant qui, physiologiquement, se traduiraient par des tremblements.

L'hypothèse est ingénieuse et on peut appliquer cette pathogénie au nystagmus comme l'a fait Knies qui croit, en pareil cas, à une absence de développement de la gaine myélinique des fibres nerveuses, comme cela s'observe dans la maladie de Parkinson.

Dans une clinique toute récente, le professeur de Lapersonne insistait sur ce point et rapprochait également le nystagmus de l'athétose. On sait que l'athétose est caractérisée par des mouvements involontaires des extrémités, mouvements qui s'exécutent notamment autour des articulations métacarpo et métatarso-phalangiennes, de manière à faire passer successivement les doigts de la flexion à l'extension et de l'abduction à l'adduction; quelquefois même, il s'agit de mouvements athétosiformes généralisés. Il faut, en pareil cas, incriminer l'hérédité névropathique et le trouble paraît relever d'une lésion de la zone psychomotrice, due au développement d'une polio-encéphalite suivie, le plus souvent, de sclérose et d'atrophie des cellules de la substance grise. Appliquant ces données au nystagmus, le professeur de Lapersonne supposait qu'il pouvait s'agir, dans quelques cas, d'une lésion semblable au niveau du cunéus, au voisinage du pli courbe, si bien que le nystagmus ne serait alors, pour lui, dans ce cas particulier, que « l'athétose de l'œil ».

C'est là une comparaison séduisante. Quoi qu'il en soit, le point important à retenir est que le nystagmus, quelle qu'en soit la variété, ne se développe que chez les sujets névropathes. C'est ainsi que, même pour le nystagmus professionnel ou nystagmus des mineurs, des troubles sérieux n'apparaissent que chez les sujets nerveux ou ayant déjà une tare antérieure, par exemple, des lésions du globe oculaire (taies de la cornée, vices de réfraction, astigmatisme, etc.) qui en favorisent le développement (de Lapersonne). On sait, d'ailleurs, que Legrand du Saulle le considérait déjà comme l'un des signes d'une hérédité cérébrale et que cet état particulier se rencontre presque toujours chez ceux qui sont issus de familles incorrectes, au point de vue mental. Qu'à ces causes générales vienne s'ajouter un trouble quelconque de la vision ou une altération des milieux de l'œil, et l'incoordination motrice pourra s'établir. Il en est de même, nous l'avons vu, pour le strabisme, trouble fonctionnel, d'ordre central, mais dans lequel les vices de réfraction interviennent à titre de cause occasionnelle et jouent un rôle considérable. En résumé, le nystagmus est, avant tout, un signe d'hérédité cérébrale et de déchéance nerveuse.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(19 DÉCEMBRE 1902)

M. Soupault présente à la Société deux fragments d'estomac extirpés par M. Hartmann chez des malades atteints de **gastrosuccorrhée pure sans rétention alimentaire**, affection qui ne peut être diagnostiquée que par le cathétérisme de l'estomac à jeun. Sur ces deux pièces on voit des ulcères en activité au nombre de trois ou quatre, de dimensions variables; sur l'une d'elles on voit en même temps que les ulcères vrais, creusent des ulcérations multiples superficielles, groupés côte à côte au nombre de dix ou douze; ces ulcères sont des ulcères en activité. Dans la première observation, il n'y a plus de rétraction cicatricielle des parois de l'estomac. Dans l'autre l'ulcère en activité est accompagné de sténose cicatricielle.

L'auteur croit que toujours la gastrosuccorrhée sans stase a comme raison causale nécessaire un ulcère de la région du pylore. Il ne croit pas que cette lésion agisse uniquement en provoquant une sténose capable de mettre obstacle à la sortie des aliments hors de l'estomac. Il se produit sous l'influence de l'irritation locale de l'ulcère, et de l'excitation nerveuse générale, des phénomènes de spasme musculaire et des phénomènes vaso-moteurs intenses amenant de l'œdème des parois gastriques et de l'hypersécrétion du suc gastrique.

On peut tirer de cette doctrine pathogénique des conclusions thérapeutiques. Le traitement chirurgical est indiqué dès que le traitement médical est insuffisant. Et en fait il donne des résultats remarquables. Sur douze malades observés par l'auteur ayant subi l'intervention chirurgicale, tous les douze ont guéri et l'amélioration a persisté pour tous, même pour ceux qui ont été opérés depuis plus de cinq ans. La pylorectomie est peut-être préférable à la gastro-entérostomie; en ce sens que le chimisme gastrique est plus profondément modifié après la première et que l'estomac est mis à un repos plus complet.

M. Louis Rénon, à propos de la récente communication de M. Netter, revient sur la question des injections d'argent métallique; il rappelle que, depuis six ans, M. Follet (de Paris) utilise les **injections d'argent métallique dans le traitement de diverses maladies, et notamment de la tuberculose**, avec des résultats très intéressants.

En 1896, cet auteur, en faisant des cultures microbiennes sur pommes de terre, vit qu'elles ne poussaient point quand il isolait avec un fil d'argent le milieu de culture des parois du tube de verre. Il remarqua de plus que les plaies suturées avec des fils d'argent se cicatrisaient plus rapidement que les autres. Dès lors, il essaya les injections d'argent dans les maladies les plus diverses. Les injections sont faites dans les muscles de la région fessière et répétées une à deux fois par semaine.

L'injection est préparée de la manière suivante : on fait chauffer dans une capsule du sérum artificiel, on y ajoute 1 gramme de poudre d'argent réduit porphyrisé dans un petit mortier. Le tout est émulsionné avec un mélange de sérum artificiel et d'huile au gaïacol et à l'eucalyptol (sérum artificiel, 60 grammes; huile au gaïacol et à l'eucalyptol, 10 grammes). La quantité entière du mélange est injectée chaque fois.

M. Follet fait remarquer lui-même que dans ses injections la présence du gaïacol et de l'eucalyptol peut avoir une action utile, mais il pense que c'est à l'argent qu'on doit attribuer la plus grande part des résultats obtenus. D'ailleurs il a appris qu'en 1901, M. Thomas J. May traitait à Philadelphie avec succès les tuberculoses par l'injection de solutions d'argent.

MM. Louis Rénon et Louste rapportent ensuite un exemple de l'emploi du **collargol dans la fièvre typhoïde**. Il s'agit d'une fièvre typhoïde traitée à partir du second septenaire par une friction quotidienne de pommade au collar-

gol à 15 p. 100. Ce diagnostic fut établi par l'existence des taches rosées, par la réaction d'Ehrlich et par le séro-diagnostic, tous deux positifs; le malade est en traitement depuis cinq jours. La température s'abaissa dès la seconde friction, et après la quatrième friction la maladie, qui s'annonçait grave, sembla jugulée : la température tomba en trois jours de 40°2 à 38 degrés le soir et de 38°4 à 36°8 le matin.

MM. Louis Rénon et Louste présentent un homme de quarante-sept ans atteint d'**adipose douloureuse à forme nodulaire**. Chez ce malade, le syndrome de Dercum a débuté, il y a vingt ans, à la suite d'un traumatisme lombaire; c'est à partir de cette époque que paraissent s'être développées des nodosités lipomateuses sur les bras, le tronc, le thorax, l'abdomen et les cuisses. Les tumeurs étaient accompagnées ou précédées de phénomènes douloureux constants à chaque nouvelle apparition ou à chaque augmentation de volume. En même temps que ces deux symptômes, douleur et tumeur sous-cutanées, sont apparues des troubles psychiques, changement de caractère, inappétence intellectuelle, perte de mémoire. Ce sont les seuls points intéressants à relever dans cette observation.

MM. Moizard et Grenet rapportent une curieuse observation de **méningite cérébro-spinale accompagnée d'une surdité temporaire et terminée par la guérison après une évolution de deux mois**. Il convient d'ajouter que la maladie présenta une haute gravité apparente et que plusieurs rechutes se produisirent, sans qu'il y eût ni écarts de régime, ni interruption du traitement mis en œuvre (emploi systématique des bains tièdes, donnés toutes les quatre heures).

Signalons, enfin, deux malades présentés par MM. Duflocq et Rose : le premier de ces malades est atteint d'un **anévrisme de l'aorte développé aux dépens de la portion ascendante de l'artère**; la tumeur, sans provoquer le moindre signe de compression, est extrêmement volumineuse, puisqu'elle occupe tout le côté gauche du thorax; — le second est atteint d'un **rétrécissement sous-aortique d'origine rhumatismale**.

PRATIQUE MÉDICALE

Plusieurs théories ont été émises pour expliquer le mode d'action des antiseptiques pulmonaires dont l'un, la créosote de hêtre, a toujours paru le plus actif. Les uns l'expliquent par une action directe sur le bacille, d'autres par une action sur la toxine. Sans aller si loin dans ces hypothèses, il convient de rappeler les remarquables travaux du professeur Arloing (de Lyon). Il a démontré que la créosote, à dose modérée, a la propriété d'augmenter le pouvoir agglutinatif du sang envers le bacille de Koch, de soutenir l'organisme dans la lutte en augmentant la résistance contre le bacille envahisseur.

Le seul reproche que les cliniciens aient fait à la créosote, c'est d'être caustique et d'irriter les organes digestifs. Cet inconvénient n'est pas à redouter par l'usage des capsules Dartois qui se prennent de préférence aux repas et dans lesquelles la *véritable* créosote de goudron de hêtre est suffisamment dissoute dans l'huile de foie de morue, produit toujours utile bien qu'à dose minime. Deux ou trois capsules à chaque repas suffisent pour amener une amélioration chez les catarrheux et les tuberculeux même très avancés.

LE BANQUET POIRIER

Plus de 400 convives, tant confrères que maîtres, amis ou élèves, ont répondu, samedi soir, à l'appel des organisateurs du banquet offert à M. Poirier à l'occasion de sa nomination de professeur d'anatomie à la Faculté de médecine. La grande salle du Palais-d'Orsay était encore trop petite pour contenir tous ceux qu'un courant de vive sympathie avait attirés autour du jeune maître. Il a dû être satisfait, le jeune maître, car il a été loué simplement, sincèrement, amicalement. C'est d'abord le doyen de la Faculté, M. Debove, qui a vanté les hautes qualités que possède M. Poirier, les dons précieux dont il est doué. Il a aussi parlé de ses défauts, mais sans dire lesquels. Ce sont ensuite MM. Quénu, Ricard, ses camarades, qui ont rappelé les luttes dans les concours auxquels ils ont pris part avec lui. C'est M. Launois qui, histologiste, a loué avec infiniment d'esprit l'anatomiste, la physiologie, a-t-il dit, ayant toujours à se louer des succès de l'anatomie. C'est son élève et collaborateur M. Cunéo qui a levé quelque peu le voile de la vie privée en montrant comment Poirier a trouvé moyen de mener à bonne fin un travail colossal entre de fréquentes incursions dans les restaurants des Champs-Élysées ou d'ailleurs. C'est M. Amedo qui l'a remercié, au nom des élèves étrangers, de son bienveillant accueil et de son fructueux enseignement. C'est M. Letourneur, Granvillais comme M. Poirier, qui a parlé au nom de ses concitoyens et qui a fort heureusement évoqué le souvenir de la vieille mère à laquelle il sera heureux de raconter le triomphe de son fils Paul, car pour tout Granville, Poirier, c'est M. Paul. C'est, enfin, M. Waldeck-Rousseau qui, le connaissant depuis vingt-cinq ans, a rappelé dans quelles circonstances plutôt joyeuses, étant lui-même jeune avocat à Rennes, il a fait la connaissance de Poirier, alors au service de la patrie comme infirmier de deuxième classe. M. Waldeck-Rousseau a terminé par une haute appréciation du professorat et par un chaleureux éloge du jeune professeur qui a su conquérir la confiance et l'affection de tous ceux qui l'ont approché. Puis M. Poirier s'est levé à son tour et, dans un discours plein d'humour et d'esprit, a remercié ses maîtres, ses amis, ses élèves. S'adressant ensuite à M. Waldeck-Rousseau, il a fait allusion aux soins qu'il lui a donnés avec Babinski et Galippe et il rappelle avoir trouvé en lui un malade exceptionnel, calme, patient et fort, puisqu'il a résisté à deux médecins et à un chirurgien. En terminant, M. Poirier a invité tous les convives à lever leur verre dans le même sentiment de profonde gratitude envers la Faculté « notre mère commune ».

La presse n'a rien dit, mais elle a déjà beaucoup écrit et s'associe de tout cœur au grand succès du jeune et sympathique professeur d'anatomie.

Dr B.

Guide de thérapeutique obstétricale, par le docteur P. Puech, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, lauréat de l'Académie de médecine; préface du docteur J. Grynfeltt, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Montpellier. In-16. — Prix : 3 fr. 50. — Montpellier, Coulet et fils; Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décret du 21 décembre 1902, M. le médecin aide-major de première classe auxiliaire David a été nommé médecin aide-major de première classe dans le corps de santé des troupes coloniales et maintenu en service à la Guyane.

Marine. — M. le médecin principal de Gouyon de Pontouraude (L.-E.), nouvellement promu, est appelé à continuer ses services au port de Cherbourg.

MM. les médecins de première classe Avérous, en service à Indret, et Poix, détaché en mission aux affaires étrangères, sont maintenus dans leur situation respective.

M. le médecin de première classe Madon est appelé à servir au port de Cherbourg.

M. le médecin principal Alix (Léon), du port de Brest, est désigné pour aller servir à la prévôté d'Indret.

La radiologie dans les hôpitaux. — La Société médicale des hôpitaux, informée qu'une commission avait été instituée par M. le directeur général de l'Assistance publique pour étudier la création de vingt centres de radioscopie et de radiographie dans les hôpitaux, a discuté cette question en comité secret et voté à l'unanimité les vœux suivants qui ont été transmis aussitôt à M. le directeur général :

« La Société médicale des hôpitaux est reconnaissante à M. le directeur de l'Assistance publique de vouloir doter les hôpitaux parisiens de salles d'exploration au moyen des rayons de Röntgen, comme en possèdent à l'étranger tous les hôpitaux des grandes villes. Elle remercie M. le directeur de l'Assistance publique de prendre sur cette question si importante l'avis de médecins et de chirurgiens chefs de service.

La Société médicale des hôpitaux exprime les vœux suivants, dont elle attend avec confiance la prochaine réalisation de la sollicitude généreuse et éclairée du Conseil municipal de Paris en faveur des malades indigents.

Elle souhaite :

1° Que chaque hôpital soit pourvu d'une salle destinée à l'exploration radiologique suivant ses deux modes, examen radioscopique et radiographie, l'un et l'autre indispensables;

2° Que dans le local affecté à cette salle d'exploration on réserve l'emplacement nécessaire aux opérations photographiques proprement dites, spécialement un cabinet noir pour le développement des clichés;

3° Que le maniement des appareils d'exploration radiologique soit confié, dans chaque hôpital, sous le contrôle des chefs de service, à un jeune homme, possédant, avec les notions théoriques et techniques indispensables, une solide instruction médicale, de préférence un interne ou ancien interne en médecine nommé au concours, et qu'on lui donne pour aides, suivant l'importance de l'hôpital, une ou plusieurs infirmières chargées de l'entretien des appareils en bon état et de ce qu'il est permis d'appeler la cuisine photographique ;

4° Que pour restreindre autant que possible les dépenses nouvelles nécessitées par ces salles d'exploration, l'examen radioscopique soit préféré à la radiographie ou tout au moins la précède dans tous les cas où il sera permis de supposer qu'il peut suffire au diagnostic, et que seuls les véritables indigents puissent bénéficier de la radiographie gratuite. »

Maladies mentales et nerveuses. — M. le docteur Voisin commencera son cours sur les maladies mentales et nerveuses le jeudi 8 janvier 1903 à dix heures, section Esquirol, et les continuera tous les jeudis à la même heure.

Société médicale du IXe arrondissement. — Le bureau pour 1903 est ainsi composé :

Président, M. Ozenne; — Vice-président, M. Jullien ; — Secrétaire général, M. Dagron; — Secrétaire adjoint, M. Olivier ; — Trésorier, M. Duboys de Lavigerie ; — Secrétaires des séances. MM. Barbellion et Guillemot.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort subite de M. le docteur Adrien Lemaire, docteur ès sciences naturelles, professeur au lycée de Nancy et à l'École nationale d'agriculture de Tomblaine, ancien président de la Société des sciences de Nancy, membre de la Société botanique de France, officier de l'Instruction publique. Notre regretté confrère s'était fait connaître par ses nombreuses publications sur les diatomées, la flore des eaux salées de Lorraine et des hauts plateaux des Vosges, etc. ; et celle de M. le docteur Zienowicz, de Laveline (Vosges).

Avis. — Les médecins créanciers de la Compagnie d'assurances l'Espérance peuvent confier la défense de leurs intérêts au *Sou médical* qui met à leur disposition son organe, pour représenter et défendre leurs droits, dans les conditions prévues par les statuts de la Société.

S'adresser au secrétaire général le docteur de Grissac, à Argenteuil, 9, boulevard Pontoise; à Paris, le jeudi de quatre à six heures, 23, rue de Dunkerque.

REVUE GÉNÉRALE

Le diplostreptocoque du rhumatisme.

EXPOSÉ DES TRAVAUX BACTÉRIOLOGIQUES DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES; RÉSULTATS EXPÉRIMENTAUX; ESSAIS THÉRAPEUTIQUES

Par M. H. TRIBOULET, médecin des hôpitaux.

I

Dans l'étude bactériologique actuelle du rhumatisme, et particulièrement dans ce qui va suivre, il s'agit uniquement de cocci, et presque exclusivement du diplococcus. Derniers venus dans la série bactériologique rhumatismale, les diplocoques ont, aujourd'hui, presque exclusivement fixé l'attention, et c'est leur histoire, à peu près suivie pas à pas dans ces trois ou quatre dernières années, qui va faire l'objet de ce travail. Je me réserve d'ailleurs, à propos de la discussion des faits et des opinions, de reprendre quelques considérations sur les variétés microbiennes qu'on peut rencontrer au cours des recherches bactériologiques sur le rhumatisme.

II

Résumé des travaux sur le diplococoque. — EN FRANCE. — Dès la fin de 1897, nous avons, Coyon et moi, posé certaines conclusions de nos recherches bactériologiques devant la Société médicale des hôpitaux; nous les avons formulées également au Congrès international de 1900. Je renvoie, d'ailleurs, à la monographie que nous avons composée en 1900 (1). Ce que j'en veux retenir ici, c'est la variabilité des résultats bactériologiques, et, en ce qui concerne le diplocoque, la proportion dans laquelle nous l'avons rencontré, qui fut de 8 sur 20. C'est-à-dire qu'un peu plus d'un tiers des polyarthrites rhumatismales nous parut en relation possible avec le diplocoque en question. Je dirai plus loin comment, à mon avis, il faut comprendre ces relations; mais, tout d'abord, il serait indispensable d'en fixer la fréquence par des chiffres plus étendus que ceux que nous avons pu donner par notre statistique personnelle, et de voir ce qu'ont obtenu dans le même sens les différents chercheurs. Or, si je rappelle qu'en 1898, Apert a signalé le diplocoque dans une chorée avec rhumatisme (2), qu'en 1899, Oppenheim et Lippmann (3) ont constaté sa présence dans le sang de *trois* rhumatisants, et dans le liquide pleural d'un sujet en plein rhumatisme, et qu'enfin, en 1902, « on a rencontré dans le liquide d'une pleurésie rhumatismale des diplocoques isolés et en chaînettes (4), » j'aurai à peu près passé en revue l'historique du sujet en France, et l'on avouera qu'une telle statistique est vraiment bien faible pour nous appuyer. Cette insuffisance de documentation est d'autant plus curieuse à constater chez nous, ainsi que je l'ai dit, que, dans le court espace de deux années, de 1899 à 1901, des constatations et des expériences positives nombreuses ont été faites en Allemagne, en Angleterre, en Italie et en Russie, pour l'Europe, et aussi aux États-Unis. N'ayant connaissance qu'à titre de communications isolées des travaux russes, italiens et américains, je les signalerai tout d'abord, en simple énumération, réservant de plus longs développements pour les œuvres d'outre-Rhin et d'outre-Manche, dont je possède, pour la plupart, l'exposé *in extenso*.

(1) TRIBOULET et COYON. *Le rhumatisme articulaire aigu*, Paris, 1900.
(2) APERT. Soc. de biol., fév. 1898.
(3) OPPENHEIM et LIPPMANN Soc. de biol., 8 fév. 1900.
(4) JARVIS. *Les pleurésies rhumatismales*, Th. de Paris, 1902.

EN ITALIE. — En ce qui concerne les travaux italiens, je suis réduit pour ma documentation à me servir d'une petite indication bibliographique imprécise, qui relate, d'après G. B. Allaria (*Rev. crit. di clin. med.*), des recherches bactériologiques et expérimentales à propos de plusieurs cas de rhumatisme. Trois faits cliniques auraient débuté par de l'angine; et celle-ci aurait fourni deux cas de contagion. Les constatations bactériologiques ont révélé, sur les amygdales d'une part, l'existence d'un staphylocoque non pathogène, d'autre part, la présence d'un diplostreptococcus à courtes chaînettes, se développant bien sur l'agar au sang, et rappelant nettement le streptodiplococcus de F. Meyer. Allaria inocula plusieurs *cobayes*, et chez quelques-uns de ces animaux, on vit se développer, *au quatrième ou cinquième jour*, une fluxion articulaire à tendances spontanées vers la guérison. L'auteur ayant tué plusieurs animaux, à la période d'état, trouva dans les jointures un épanchement de sérosité qui, par culture, fournit les diplococci d'inoculation.

EN RUSSIE. — Predtetchensky (1) a poursuivi l'étude bactériologique de 5 cas *typiques* de rhumatisme articulaire aigu; il a recherché, en même temps, le bacille d'Achalme et le coccus décrit par Wassermann. (Voyez travaux allemands.)

Dans ces 5 cas, l'auteur n'a pas observé une seule fois le bacille d'Achalme. Dans 3 cas, les cultures restèrent absolument stériles; mais, dans 2 cas, il a pu mettre en évidence un microcoque spécial. Au bout de vingt-quatre heures, le lait du tube préparé pour la culture du bacille d'Achalme commença à se coaguler, et au bout de quarante-huit heures, le caillot était très net. On obtint une culture pure d'un microcoque disposé en séries de deux, trois ou quatre éléments, facultativement aérobie ou anaérobie, formant des chaînes allongées quand il pousse sur un milieu liquide, et des chaînes courtes sur milieu solide.

Inoculé aux cobayes, ce microcoque détermina une affection se rapprochant beaucoup du rhumatisme articulaire aigu de l'homme. Les animaux maigrissaient, avaient de la fièvre, présentaient du gonflement des grosses articulations, et mouraient. A l'autopsie, on trouvait des modifications inflammatoires péri-articulaires, et, dans les articulations, un liquide à peine louche. Chez un cobaye, on trouva une endocardite aortique nette. Le microcoque fut retrouvé à l'état de pureté dans le sang du cœur et dans le liquide articulaire. Dans l'Obs. IV, il est intéressant de remarquer que, le malade ayant fait une rechute, on retrouva le même microcoque.

L'auteur conclut de ses recherches que le microcoque qu'il a isolé est bien l'agent causal de la maladie; il ne peut affirmer que ce microcoque soit identique à celui décrit par Wassermann; d'ailleurs, il se demande si le rhumatisme articulaire aigu est toujours produit par le même agent.

AUX ÉTATS-UNIS. — Le compte rendu d'une séance de l'Académie de médecine de New-York, du 21 mai 1901, nous fait connaître, au nom du docteur Nathan E. Brill, et du docteur E. Libman, des détails bactériologiques au sujet

(1) PREDTETCHENSKY. *Vratch* n° 24, p. 761, 1901 (rés. in *Presse méd.*, oct. 1901, p. 283).

d'une variété de streptocoque que le docteur Libman rapproche du coccus de Wassermann. Injectées à trois lapins, les cultures ont, au troisième jour, provoqué de la boiterie, et une sensibilité réelle, mais sans gonflement. Deux lapins furent tués; l'autopsie fut négative, mais chez le troisième on constata des végétations sur les piliers du cœur. Rien dans les articulations. Chez le cobaye, les inoculations ont paru sans effet. Je me hâte d'ajouter qu'à la lecture de l'observation clinique du malade, qui avait fourni le microbe étudié par les auteurs américains, il semble plutôt qu'on ait affaire à un pseudo-rhumatisme infectieux qu'au rhumatisme vrai.

En Allemagne. — Dès 1895, Leyden et Goldscheider avaient vu dans certaines endocardites du rhumatisme un diplococcus qu'ils ont signalé comme d'une vitalité très éphémère, et comme particulièrement difficile à obtenir par cultures. Il ne semble pas que les recherches, alors poursuivies, aient abouti, et les bactériologistes allemands ne rompent le silence qu'en 1899, année où Wassermann, Westphal et Malkoff publient une note sur un cas de chorée avec rhumatisme (1). A l'autopsie, Wassermann a trouvé sur les valvules mitrales, un diplocoque dont la morphologie est identique à celle du diplocoque signalé par Leyden et par nous. Ce détail a, du reste, peu d'importance; ce qui en a davantage c'est que, dans l'expérimentation sur les animaux, ce diplocoque provoque de multiples inflammations, et du gonflement aigu des articulations et qu'il est possible de faire des inoculations positives, en série. « Je possède encore ce microorganisme, dit Wassermann à la Société de médecine de Berlin [janv. 1901 (2)], et, après deux ans bientôt, il conserve *encore la même propriété de se porter vers les articulations*, ainsi que vous pourrez facilement vous en convaincre sur les animaux que mon collègue Schütze aura l'amabilité de montrer à ceux que la question peut intéresser. »

Depuis 1899, s'est poursuivie, en Allemagne, une série d'études dont les communications de janvier 1901 nous font connaître les résultats.

Menzer a étudié 4 cas de rhumatisme (3 de polyarthrite prononcée, et 1 d'angine rhumatismale avec polyarthrite).

« Dans les 4 cas, dit-il, j'ai obtenu du streptocoque retiré une fois des articulations, une fois des articulations et des amygdales, deux fois, des amygdales. Sur plusieurs inoculations au lapin (injections veineuses), j ai pu reproduire la polyarthrite (3). A la section les cartilages et les synoviales apparaissaient plus ou moins rouges, le liquide articulaire était augmenté. Dans un cas, le sang et le liquide articulaire d'un des animaux inoculés fournirent le même streptocoque. »

Toutefois, tout en ayant produit expérimentalement des épanchements pleuraux et péricardiques, et une fois l'endocardite, Menzer n'a pu poursuivre avec succès les inoculations en série. Le streptocoque en question se présente sous forme de *diplocoque*, formant des chaînes, courtes ou longues, suivant le milieu de culture, diplocoque prenant bien le Gram. « C'est bien le diplostreptocoque de Fritz Meyer, de Wassermann, dit-il, mais, est-ce le microbe du rhumatisme? Je suis, pour ma part, trop prudent pour l'affirmer. »

Ne s'en tenant plus à cette sage réserve, Fritz Meyer a bien d'autres prétentions. Ce médecin rapporte effectivement des succès expérimentaux qu'il déclare et qu'autour de lui on proclame décisifs : il aurait réussi, *sans traumatisme préalable* à provoquer, par injection sous-cutanées, *l'inflammation articulaire et l'endocardite.*

« Trouver un streptocoque, voire même un diplostreptocoque dans la gorge, ce n'est, certes, pas une rareté ; on en rencontre dans 80 p. 100 des cas. L'essentiel de mes recherches ne réside pas là, mais dans ce fait d'avoir isolé une espèce qui, vis-à-vis des animaux, se comporte d'une manière spéciale, c'est-à-dire affecte une affinité particulière pour les articulations, pour les séreuses, et pour l'endocarde. Comme le professeur Wassermann l'a confirmé, ce sont là des bactéries qui n'ont pas tendance à venir dans la circulation, puisque j'ai trouvé constamment le sang stérile; mais apportées directement dans le sang, par injection, leur tendance caractéristique est d'aller dans les articulations. »

Ce diplocoque se présente sous forme de chaînettes courtes dans l'enduit amygdalien, et sous celle de chaînettes allongées dans les cultures. Il se colore par les procédés habituels.

Les expériences faites sur les animaux avec des cultures de ce diplocoque ont donné le résultat suivant : l'injection sous-cutanée de 8 centimètres cubes d'une culture sur bouillon provoque chez le lapin la formation d'un foyer d'induration qui aboutit à la nécrose, mais ne suppure pas, ce qui différencie ce diplocoque du streptocoque ordinaire. Au bout de six à dix jours, apparaît, la tuméfaction articulaire, avec formation d'un exsudat séreux ou trouble, dans lequel l'examen microscopique ne permet pas de découvrir de bactéries. La tuméfaction articulaire, accompagnée de fièvre, persiste d'ordinaire pendant trois ou quatre jours. Cette tuméfaction articulaire frappe trois ou quatre articulations à la fois, et de préférence celles des membres. La fièvre est assez vive au début, atteignant ordinairement 40 à 41 degrés, le lendemain de l'injection, pour retomber ensuite à 39 degrés.

Chez les animaux qui ont succombé (au nombre de huit), on a trouvé des lésions rappelant celles du rhumatisme articulaire aigu, à savoir de la péricardite séreuse (8 fois), de la péritonite (3 fois), de la pleurésie (1 fois); de plus, dans un cinquième des cas dans lesquels l'injection sous-cutanée de cultures avait provoqué une tuméfaction articulaire, il existait de l'endocardite valvulaire, en partie verruqueuse, en partie ulcéreuse. Deux fois on retrouva dans les dépôts valvulaires les diplocoques injectés, lesquels diplocoques, cultivés de nouveau et injectés à des lapins, provoquèrent chez eux des polyarthrites. L'exsudat péritonéal, péricarditique et pleural ne contenait pas de bactéries. De même le sang de tous ces animaux fut constamment trouvé stérile.

F. Meyer n'hésite pas à croire que le diplocoque qu'il a rencontré est l'agent du rhumatisme articulaire aigu.

Leyden, pour sa part, n'en est pas moins convaincu, et Litten se joint à lui pour confirmer cette assertion.

Jusqu'à ce jour, dit Litten, bien que, pour moi, le rhumatisme articulaire aigu doive être tenu pour une maladie spécifique, j'ai eu pour opinion que personne n'avait encore trouvé l'agent pathogène. La découverte de Wassermann (1899) ne m'avait pas fait changer d'avis; et lors de la com-

(1) Wassermann. *Berlin klin. Wochens.*, 1899, n° 29, p. 639.
(2) *C. r. Soc. méd. Berlin*, 7 et 14 janv., 1901.
(3) Mais Menzer a dû favoriser cette localisation par le traumatisme préalable, ce qui fausse l'expérimentation, ainsi que le lui reproche assez aigrement F. Meyer.

munication de F. Meyer, j'ai exprimé le regret qu'il n'ait pas extrait son microbe de l'exsudat articulaire, et non des amygdales. Mais, aujourd'hui (14 janvier 1901), après examen de plus nombreux cas, et après mûre réflexion, je reviens à une appréciation plus favorable.

J'ai justement observé dernièrement deux cas, l'un de polyarthrite fébrile, avec endocardite, l'autre, jusqu'à présent sans complication, et tous deux avec une légère rougeur du pharynx, et une minime inflammation des amygdales. J'ai pris de petits morceaux d'amygdale, et, dans les deux cas, j'ai réussi à cultiver des diplocoques qui se sont disposés en chaînes.

Pour l'inoculation aux animaux, chez les uns, sous-cutanée, chez les autres, intra-veineuse, je pris la peine d'éviter soigneusement l'écueil des trop fortes doses. Cette fois, nous avons inoculé un grand nombre de lapins, et ils ont tous reçu une dose différente. Ceux qui avaient reçu plus d'un demi-centimètre cube du premier cas, sont morts rapidement (tout au plus en quarante-huit heures). Aussi, comme il était facile de le prévoir, n'a-t-on rien trouvé chez eux, à l'autopsie. Un troisième animal, qui a reçu une faible dose intra-veineuse, a présenté, au septième jour, des manifestations articulaires qui se sont nettement confirmées depuis.

En Angleterre. — Parallèlement et, pour la plupart, antérieurement aux recherches allemandes, se poursuivait à Londres une série de travaux de clinique et de laboratoire, conduisant à des résultats bactériologiques sur la plupart des points, quasi-identiques aux nôtres et à ceux qui précèdent. Et, pendant que l'expérimentation leur donnait de brillants succès, les auteurs anglais appuyaient leurs constatations bactériologiques sur des examens d'histologie pathologique humaine, très comparables à ce que leur fournissait l'histologie comparée dans leur suite expérimentale.

En 1901, MM. J. Poynton, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, et de M. Al. Paine, son assistant, me firent aimablement parvenir une série de publications sur l'étude bactériologique du rhumatisme commencée par eux au début de 1899. En juillet 1902, j'ai eu l'extrême bonne fortune de passer une journée dans le laboratoire de MM. Poynton et Paine, et ce dernier, avec une amabilité infinie, me fit passer en revue la collection déjà très riche de pièces anatomiques, de préparations histologiques et bactériologiques, ainsi que les cultures.

Je vais céder la parole à nos collègues, en traduisant leurs textes officiels, et les textes officieux qu'ils m'ont gracieusement remis à plusieurs reprises.

« Nous avons actuellement (il y a un mois), m'écrit le docteur Poynton, poursuivi nos recherches dans 22 cas. 20 d'entre eux étaient pour tout observateur des fièvres rhumatismales franches, non douteuses; 2 cas concernaient des arthrites pour lesquelles la réaction au salicylate de soude sembla confirmer le diagnostic d'abord un peu hésitant.

17 de ces cas furent *mortels*, et dans tous le diagnostic fut confirmé par l'autopsie.

Dans un seul cas (c'était une péricardite), le résultat de culture resta négatif (probablement à cause de la durée extrême de la période asystolique intermédiaire entre la mort et l'attaque du rhumatisme). La péricardite était d'ailleurs plus exsudative qu'inflammatoire.

Sur les 22 cas il y eut 17 cas d'endocardite et 12 cas de péricardite.

Dans 6 observations nous avons noté l'existence de nodules rhumatismaux; une fois, la chorée accompagnait le rhumatisme.

Treize fois, nous avons trouvé le « diplocoque » en culture pure; quelques-unes des autopsies n'ayant pu être faites dans les vingt-quatre heures, il y eut des cultures souillées de proteus ou de coli-bacille. Nous avons pratiqué l'inoculation expérimentale intraveineuse chez le lapin dans *seize* de nos cas cliniques, ce qui nous a donné *onze* résultats positifs, et *cinq* négatifs.

Le microbe par nous étudié est un diplocoque qui pousse sur les milieux liquides en chaînes streptococciques, et sur les milieux solides en amas staphylococciques. Il nous paraît analogue au microbe décrit antérieurement (1898) par Triboulet et Coyon, et dans les recherches contemporaines aux nôtres, par Wassermann et Malkoff.

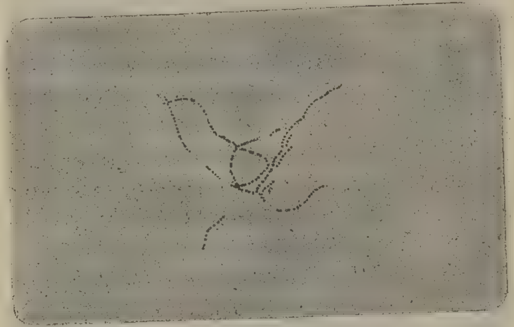


Fig. 1 (1). — *Le diplocoque en chaînettes.*

En 1901, F. Meyer a publié les résultats de ses études bactériologiques sur l'angine aiguë rhumatismale, et a également isolé un *diplocoque* qui ressemble à bien des égards, et, notamment, par les succès d'expérimentation, à celui que nous avons décrit, et avec lequel nous avons obtenu des résultats analogues.

Nous avons poussé le détail de nos recherches plus loin que les autres n'ont fait, mais quoique les auteurs aient employé des milieux différents, il semble bien que, dans tous les cas, il s'agisse du même microorganisme. Ainsi, par exemple, quoique Meyer se soit servi des milieux fortement alcalins, et nous de milieux faiblement acides, dans les deux cas, le microorganisme a bien poussé sur l'agar au sang, qui n'est que faiblement alcaline. Nous estimons important de faire connaître le milieu qui nous a fourni les résultats les plus concluants : c'était un mélange de lait et de bouillon acidifié légèrement par l'acide lactique. Cet emploi de l'acide lactique n'était nullement théorique (théorie de la fièvre rhumatismale d'origine lactique) mais, pratiquement, il nous parut le meilleur moyen d'acidifier légèrement le milieu.

Nous avons toujours eu beaucoup de difficultés à maintenir la virulence du germe, et quand il fut nécessaire de faire la séparation par boîtes dans les cultures impures, le pouvoir pathogène du microbe nous a paru diminuer considérablement par les procédés d'isolement.

Les inoculations intra-veineuses chez le lapin ont déterminé l'endocardite, la péricardite, la dégénérescence graisseuse du myocarde, la polyarthrite, les formations nodu-

(1) Les trois figures qui suivent proviennent des *Transactions of the Pathol. Soc. of London*, vol. LII, part. I, 1901, dont les clichés m'ont été obligeamment fournis par M. le docteur Poynton. — T.

laires, la pleurésie et même des mouvements choréiques.

L'urine, alcaline chez le lapin à l'état de santé, devient acide et chargée d'urates au cours de l'expérimentation. En aucun cas, il n'y eut de suppuration viscérale. L'anatomie des lésions est identique chez l'animal et chez l'homme; ce que nous avons prouvé *chez l'homme* pour le péricarde viscéral et pariétal, pour les valvules cardiaques, pour les exsudats pleuraux et péritonéaux, pour les amydales, pour les nodules rhumatismaux et pour les jointures; et *chez le lapin*, pour les valvules du cœur, pour le péricarde, pour le liquide articulaire, pour les reins, pour le foie, pour le tissu conjonctif et, aussi, pour la pie-mère et pour le liquide cérébro-spinal.

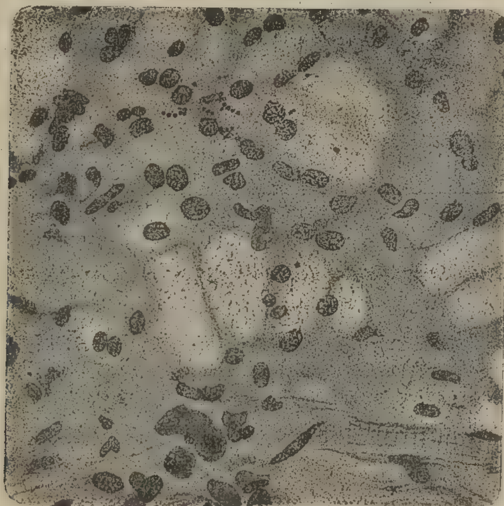


Fig. 2. — *La péricardite rhumatismale chez l'homme.*

Mettre les microbes en évidence dans les tissus humains n'est pas chose facile, parce qu'ils sont rapidement détruits *in situ*; d'ailleurs, ils sont grêles, s'accolent intimement aux fibres conjonctives, et le fait de ne pas garder le Gram, de façon absolue, les rend difficiles à différencier dans les tissus.

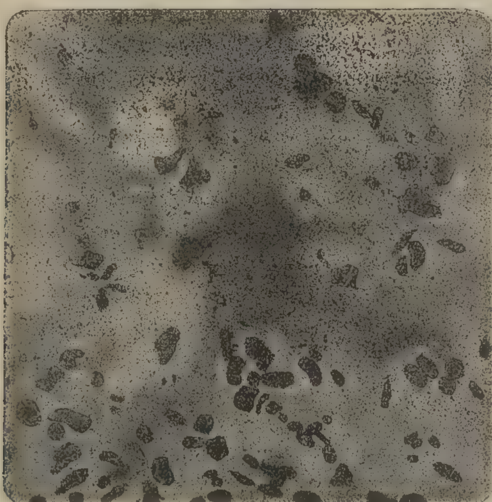


Fig. 3. — *Endocardite mitrale chez l'homme.*

Toutefois, nous avons mis en évidence le diplocoque dans l'exsudat articulaire, chez le lapin, et l'avons également rencontré chez les rhumatisants. Les microorganismes sont rapidement englobés par les cellules endothéliales et par les polynucléaires, ce qui, peut-être, rend compte de la difficulté d'en révéler l'existence dans le rhumatisme articulaire de l'homme, d'ordinaire bien moins sévère que les arthrites reproduites expérimentalement chez le lapin. La présence de microorganismes dans une telle forme d'arthrites (expérimentales) rapproche les polyarthrites aiguës rhumatismales des arthrites septiques, gonococciques, pneumococciques, etc.

A propos de quelques cocci. — Nous avons tenu à exposer tout d'un trait ce qui a été dit et fait avec le diplostreptocoque supposé agent microbien spécial du rhumatisme; mais il y a lieu de rappeler que, parallèlement, des constatations microbiennes, « moins spécifiques » peut-être, mais fort importantes cependant, ont été faites de différents côtés. Dans quelque pays qu'on ait abordé l'étude du rhumatisme, les cocci ont été rencontrés dans le sang des rhumatisants avec une notable fréquence, et les variétés de staphylocoques ont été signalées par Bouchard, par Sahli, par Guttmann, par Triboulet, par Singer, comme pouvant jouer un rôle étiologique de valeur.

En raison de leur continuité et des statistiques considérables sur lesquelles ils s'appuient, les travaux de Singer méritent d'être rappelés dans leur teneur essentielle.

En Autriche. — Dès 1898, Singer, privat docent à Vienne, a publié un grand travail auquel j'ai moi-même, par ailleurs, fait allusion; et, dans ce travail, établi sur près de cent observations, Singer (1) a dénoncé toute l'importance du staphylocoque et du streptocoque dans le rhumatisme. Il faut avoir heurté à chaque pas les difficultés de la voie bactériologique en ce qui concerne la recherche des cocci dans le rhumatisme, pour comprendre les hésitations de Singer sur la classification décisive : staphylocoque ou streptocoque (2).

Plus tard, grâce au perfectionnement de sa méthode, Singer a reconnu la fréquence et l'importance des formes *diplostreptococciques*. Dans une brochure que je dois à la gracieuse pensée de l'auteur, celui-ci montre, avec appui de figures histologiques nombreuses, que, depuis trois ans, lui aussi a rencontré et signalé chez le rhumatisant, dans les humeurs et dans les tissus, des cocci dont les auteurs allemands, notamment Wassermann et F. Meyer, ont l'air de prétendre avoir seuls le monopole... mais, dit en terminant Singer (3), « vu à la lumière du jour, leur streptocoque n'est autre que notre vieux streptocoque. »

III

Essais thérapeutiques. — Cette enquête bactériologique, incessamment renouvelée par les auteurs désireux d'établir définitivement l'état-civil du germe supposé arthropathogène, bien qu'il en parût, et quel que fût le désir des divers chercheurs, n'est, semble-t-il, nullement close et Menzer

(1) Singer. *Etiologie et Etude clinique du rhumatisme articulaire aigu*, Vienne, Braumüller, 1898.

(2) Pour nous qui avons manié staphylocoque et ses variétés, et diplostreptocoque, il y a toujours lieu de nous demander si, en raison des difficultés de cultures et de certaines apparences morphologiques, on n'a pas confondu parfois diplostreptocoque et staphylocoque; l'aspect staphylococcique sur les milieux solides, diplostreptococcique en chaînettes en milieux liquides est, à ce point de vue, éminemment trompeur. Voyez déjà nos propres réflexions à ce sujet dans notre monographie sur le rhumatisme; voyez celles de Rosenthal sur l'entérocoque, et, en général, celles de tous les bactériologistes contemporains sur la confusion actuelle dans le monde des cocci.

(3) Singer. *Wiener. klin. Wochens.*, 1901, n° 20.

qui la poursuit de son côté avec grande ardeur, vient de la rouvrir. Cet auteur a, dans le courant de 1902, publié deux travaux importants dont je viens de prendre connaissance, le premier travail étudie l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu (1); en voici les principales conclusions :

« En premier lieu, le rhumatisme articulaire aigu, tout comme ce qu'on nomme pseudorhumatisme, est un syndrome, dont une des expressions saisissables est l'infection sanguine ;

Les portes d'entrée de l'agent provocateur du rhumatisme articulaire aigu sont le nasopharynx, les amygdales, et, éventuellement aussi, la trachée supérieure.

Les agents qui provoquent le rhumatisme ne sont pas des microbes spécifiques, mais ce sont les microbes parasites ordinaires de la cavité buccale, devenus pathogènes sous certaines conditions, et parmi ces germes se rencontrent presque exclusivement les streptocoques. Ceux-ci sont de beaucoup les causes les plus fréquentes des diverses formes d'angine, et aussi bien de l'angine appelée *rhumatismale.* »

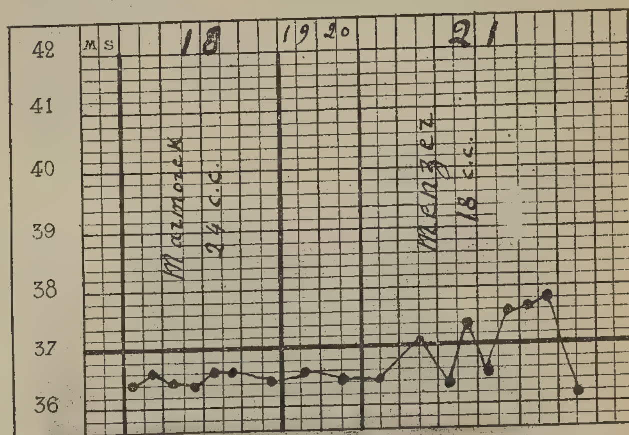
Ces streptocoques rencontrés dans le rhumatisme *ne sont pas par eux-mêmes spécifiques*: ce qui l'est — spécifique — c'est la réaction organique provoquée par l'infection généralisée, streptococcique.

De cette notion étiologique, si l'on veut déduire une conclusion thérapeutique, ce sera de tenter, par exemple, une sérothérapie qui sollicite les forces réactionnelles organiques, et Menzer nous fait connaître ses tout derniers résultats expérimentaux.

Dans son deuxième travail (2), Menzer rappelle que l'idée de la sérothérapie du rhumatisme a déjà donné lieu à des essais thérapeutiques. Sans parler des tentatives de Weiss qui s'est servi, pour inoculer des rhumatisants à l'état aigu, de sérum de convalescents de rhumatisme, Menzer signale les statistiques importantes de Krumbein et Tavel (3); comme ces derniers, il rejette la pratique de Marmorek (passages du streptocoque chez plusieurs animaux successivement, pour exalter la virulence). Ainsi, disent les trois auteurs cités, on modifie la virulence et on s'éloigne des conditions biologiques humaines : aussi, pour eux, faut-il inoculer les grands animaux directement avec des cultures de streptocoques humains (nasopharynx, par exemple), développées sur milieux spéciaux se rapprochant des milieux humains. La partie matérielle de ce travail a été conduite par la maison Merck, de Darmstadt, sous la haute direction du docteur Landmann.

Quant aux observations cliniques, au nombre de 30, elles ont été suivies dans le service du professeur Senator.

« Voici, dit Menzer, qui va montrer que ma sérothérapie est capable d'influencer puissamment l'évolution des processus morbides du rhumatisme. Inoculons à un rhumatisant 20 centimètres cubes d'un sérum animal normal, on n'obtient rien, ou à peine une réaction thermique de 0°5. De même, réaction nulle avec le sérum de Marmorek, et avec le sérum antistreptococcique que fournit en dernier lieu l'institut Pasteur. Par contre, avec même quantité de mon sérum, on remarque gonflement, rougeur et chaleur sur les articulations prises chroniquement, cela quatre à six heures après l'inoculation, rien sur les tissus sains. A noter encore — et je donne cela comme un moyen de diagnostic, sinon absolu, du moins d'une certaine valeur — on n'obtient rien au cas de rhumatisme blennorragique. Voici un graphique démonstratif :



Il s'agit d'un rhumatisme datant de huit semaines, et pour lequel on avait épuisé la série des moyens thérapeutiques, 24 centimètres cubes de sérum de Marmorek, le 18 mars, sont restés sans effet ; le 21, 18 centimètres cubes de mon sérum donnent, avec 37°8 de température, une réaction locale : douleur, rougeur, et un gonflement appréciable d'un centimètre à la mensuration. Ensuite, détente, et avec le dégonflement de l'article, un retour progressif de la mobilité. »

Plus loin, dans son travail, Menzer donne une série de 8 courbes, dont je donnerai quelques-unes des plus caractéristiques.

« Si, dit le médecin allemand, je vous donne la théorie de ces faits, je constate d'abord, comme l'a bien vu Tavel, que l'élévation de température est logiquement nécessaire, et traduit une *réaction* (voyez plus loin son explication théorique du rhumatisme) ; et je reconnais que cette réaction vient de ce que mon sérum a la propriété d'exalter le *pouvoir bactériolytique* de l'organisme. — En outre, sans que je puisse le prouver expérimentalement, à côté des propriétés bactériolytiques, il y a un pouvoir antitoxique.

J'ai recherché l'agglutination, et j'ai vu que dans le sérum normal, ou dans le sérum faiblement immunisé, on observait de belles chaînettes, tandis que dans le sérum fort, on voit une agglutination caractérisée par das amas persistants, mal colorés. »

Des faits étudiés, et des résultats thérapeutiques, Menzer déduit une théorie du rhumatisme et de ses manifestations qui peut se formuler par les propositions suivantes :

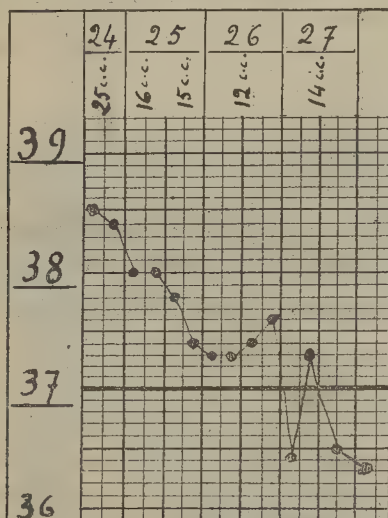
Chez les rhumatisants, les microbes, parasites du nasopharynx, sous l'effet de l'affaiblissement de l'organisme, sont rendus capables, après avoir triomphé des défenses locales (anneaux lymphatiques), de pénétrer dans le courant sanguin, avec toute leur virulence, et de se localiser dans divers organes (synoviales, séreuses, endocarde). Si ces localisations se font, ce n'est pas en raison de la spécificité microbienne, mais bien plutôt en conséquence d'une *réaction* de tissus possédant une véritable *spécificité* de structure. Il ne s'agit pas dans le rhumatisme d'une fièvre de septicémie — le sang est stérile, les jointures aussi ; ce qui encore empêche d'admettre qu'il y ait passages microbiens d'une jointure à une autre — il ne s'agit pas d'une *fièvre d'infection*, mais d'une *fièvre de réaction*.

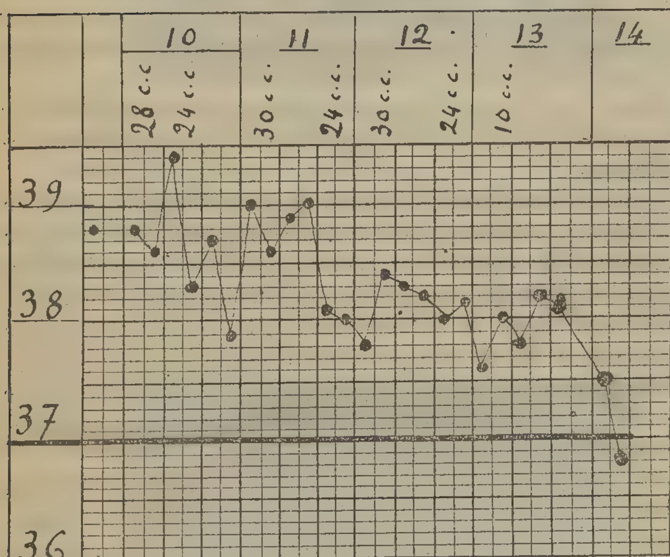
(1) Menzer. *Étiologie du rhumatisme articulaire aigu*, Bibl. v. Coler, Berlin, 1902.

(2) Menzer. Sérothérapie du rhumatisme, *Zeitsch. f. klin. Med.*, 1902. Band. 47, Heft II, p. 109 et suiv.

(3) Tavel v. Krumbein. *Corresp. f. Schweizer Aerzte*, 1901, n° 8.

Avec ces considérations préalables, on s'explique l'évolution relatée par Menzer : sous l'influence du traitement sérothérapique, la douleur et le gonflement se ravivent aux jointures, puis se montre une réaction à la gorge, avec céphalée, température, accroissement des troubles cardiaques, renforcement des bruits du cœur, puis, alors, défervescence en lysis. Parfois, avec apparition de manifestations diverses (érythèmes, urticaire), on voit une légère reprise thermique, avec gonflements articulaires ou tendineux, puis guérison.





Dans les courbes de Menzer, j'ai choisi ces deux-ci comme les plus typiques, au point de vue thermique : elles nous montrent le passage de la période d'état aigu à la défervescence — *avec des injections de sérum.* Je me réserve de discuter dans un autre article cette efficacité thérapeutique *spécifique*. (?)

Pour en revenir à la théorie de Menzer, toutes les manifestations du rhumatisme témoignent d'un phénomène : *la réaction.* Il en va de même de l'endocardite. « Je ne viens pas dire, écrit Menzer, qu'on ne pourra par voie thérapeutique, empêcher le développement de la maladie de cœur, mais, au moment où nous voyons les malades, la réaction que le corps entreprend pour rendre l'agent pathogène inoffensif, s'est déjà révélée sous forme d'endocardite. Pour nous, la question ne doit pas être : COMMENT EMPÊCHER L'ENDOCARDITE ; mais bien : QUEL MOYEN DE TRAITEMENT DONNE LA CHANCE LA PLUS FAVORABLE DE GUÉRISON DE L'ENDOCARDITE. »

On peut, dans une certaine mesure, accepter ces propositions de Menzer, mais encore ce savant devrait-il nous fixer sur la valeur de son traitement sérothérapique à l'encontre des localisations endocardiaques chez les rhumatisants ; ce point, il m'a semblé, reste insuffisamment éclairci par ses statistiques.

Sur une première série de 7 cas, nous voyons bien que 6 des malades sont sortis absolument indemnes de cardiopathie, bien qu'ayant eu tous une certaine excitation fonctionnelle ; sur une deuxième série de 4 cas, 1 des malades est sorti avec un souffle systolique. (Dans ses 11 cas, il s'agissait de première atteinte rhumatismale.) Chez 7 autres malades ayant eu déjà antérieurement du rhumatisme, trois ont présenté des modifications du cœur, et, notamment, un souffle systolique ; un seul a conservé son souffle.

Il semblerait donc que, sur un total d'une vingtaine de cas, on n'ait à noter que deux faits de cardiopathie, dont un seul définitif, ce qui est assurément peu ; mais ce peut être en conséquence d'une série heureuse, rien ne nous dit que ce soit sous l'effet de la sérothérapie. Menzer, dans ses conclusions, ne le donne pas à entendre de façon assez explicite.

« Mes constatations, dit-il, ne datent que de six semaines environ, mais j'en puis conclure : que la fièvre rhumatismale est notablement écourtée, qu'il n'y a pas de rechute fébrile, et que le cœur apparaît comme restant normal, ou à peine modifié d'une façon insignifiante. »

IV

En résumé, l'étude des cocci a pris dans ces quatre ou cinq dernières années une place prépondérante dans l'histoire bactériologique du rhumatisme.

Dans plusieurs centres scientifiques différents et même distants, on aurait rencontré avec fréquence, avec constance même, disent les plus fortunés chercheurs, un *diplococcus* qui paraît bien être celui qu'ont mis en évidence nos premiers travaux français de 1897.

Ce diplostreptocoque est envisagé par les uns comme un streptocoque quelconque (Singer); par les autres, comme un streptocoque ayant gagné, par son séjour et son passage sur le milieu humain, une quasi-spécificité, plus humorale que microbienne (Menzer); pour d'autres enfin, ce diplostreptocoque est vraiment l'agent pathogène *spécifique* du rhumatisme articulaire aigu (Leyden, Litten, Wassermann, F. Meyer en Allemagne, Poynton et Paine, en Angleterre).

Pour prouver cette spécificité, les derniers auteurs que je cite invoquent un argument expérimental irréfutable : les uns comme les autres, en Allemagne comme en Angleterre, auraient *reproduit expérimentalement le rhumatisme articulaire aigu.*

Bien qu'ayant envisagé la spécificité sous un aspect un peu différent de la conception ordinaire, Menzer prétend justifier ses idées par un argument décisif, celui de la thérapeutique étiologique; et par le maniement du streptocoque morbifère et par le passage dans des milieux chimiques et vivants choisis avec discernement, il arrive à la production d'un sérum curatif de la fièvre rhumatismale et de ses complications.

On voit que, tandis qu'en France nous paraissons nous être momentanément désintéressés des recherches sur le rhumatisme articulaire aigu, la question a trouvé à l'étranger un accueil des plus favorables, bien justifié, il faut le reconnaître, si on en juge par les résultats que nous venons d'énoncer.

Il reste à voir dans quelle mesure tant et de si grandes choses sont d'acquisition définitive, et en quoi « ce vrai peut être vraisemblable ». Aussi reviendrai-je dans une étude prochaine à la discussion critique de ces dernières données sur le rhumatisme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 23 décembre 1902.
Présidence de M. Guyon.

Les académiciens se désintéressent de plus en plus de cette séance dite solennelle. A peine une trentaine sont venus occuper leurs fauteuils; il y a quelques dames dans la salle.

M. le docteur Vallin, secrétaire annuel, a lu le rapport général sur les prix décernés en 1902.

M. le président a pris la parole pour la proclamation de ces prix et l a donnée ensuite à M. Magnan qui a prononcé un très bel éloge de Baillarger. Voici la liste des prix décernés.

PRIX DÉCERNÉS EN 1902

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) (800 francs). — Le prix est décerné à M. G. Legros, interne des hôpitaux de Paris. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Courtade (de Paris).

Prix Amussat (1000 francs). — Un encouragement de 500 francs est accordé à M. le docteur Robert Lœwy, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Prix François-Joseph Audiffred (Un titre de 24000 francs de rente). — L'Académie accorde à titre d'encouragement une somme de 2000 francs à MM. les docteurs Fernand Bezançon, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et Vincent Griffon, chef-adjoint de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu.

Prix Baillarger (2000 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs Pactet, médecin à l'asile de Villejuif, et H. Colin (de Paris).

Prix Barbier (2000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. docteur Alexandre Marmorek, de l'Institut Pasteur (de Paris).

Prix Charles Boullard (1200 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur P. Colollian (de Paris).

Prix Mathieu Bourceret (1200 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Em. Cavazzani, professeur à l'Institut de physiologie de l'Université de Ferrare. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Castaigne (de Paris).

Prix Henri Buignet (1500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Lesage, maître de conférences de botanique à la Faculté des sciences, professeur suppléant à l'École de médecine et de pharmacie de Rennes.

Prix Campbell Dupierris (2300 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs N. Hallé et B. Motz (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs J. Castaigne (de Paris) et P. Ravaut; et P. Aubourg, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Capuron (1000 francs). — Question : *Rapports des tumeurs fibreuses de l'utérus avec la grossesse.* — L'Académie accorde un encouragement de 200 francs à M. le docteur V. Bué, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Lille.

Prix Civrieux (800 francs). — Question : *Des diverses formes de la démence.* L'Académie accorde des mentions honorables à MM. les docteurs A. Marie, médecin en chef des asiles publics de la Seine, et Jacquemart (de Paris).

Prix Clarens (400 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Paul Godin, médecin-major de première classe, médecin-chef de l'hôpital mixte de la Fère.

Prix Desportes (1300 francs). — L'Académie accorde : une récompense de 400 francs à MM. les docteurs M. Deguy et Benjamin Weill (de Paris); des récompenses de 300 francs à MM. les docteurs A Billet, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Constantine; A. Darier (de Paris) et J. Vires (de Montpellier).

Concours Vulfranc-Gerdy. — L'Académie a versé, en 1902, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 2000 francs à M. Gauchery; 2000 francs à M. Du Pasquier; 1500 francs à M. Beauvy; 1500 francs à M. Vivier.

Prix Ernest Godard (1000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Louis Spilmann (de Nancy); des mentions très honorables sont accordées à MM. les docteurs E. Apert, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris; Georges Rosenthal (de Paris).

Prix Herpin (de Metz) (1200 francs). — Question : *Traitement abortif du tétanos.* Le prix est décerné à M. le docteur L. Debrand (de Paris).

Prix Théodore Herpin (de Genève) (3000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Raymond Cestan (de Paris). L'Académie accorde en outre : une première mention honorable à M. le docteur Vires, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier; une deuxième mention honorable à M. le docteur Alexandre Pâris, médecin en chef du service des femmes de l'asile d'aliénés de Meurthe-et-Moselle, à Maréville.

Prix Laborie (5000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Jaboulay, agrégé, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Prix du baron Larrey (500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Liétard (de Plombières). Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Bergounioux, médecin-major de première classe, hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé; Cassedebat, médecin-major de première classe au 23ᵉ régiment d'artillerie, à Toulouse; Graal, médecin-inspecteur du corps de santé des colonies; Lafeuille, médecin-major de deuxième classe au 26ᵉ régiment d'artillerie, au Mans; Ch. Rayer, médecin en chef de l'hôpital des Andelys.

Prix Laval (1000 francs). — Le prix est décerné à M. Joseph-Félix Marsan, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Henri Lorquet (300 francs). — L'Académie accorde la somme de 300 francs à titre d'encouragement à M. le docteur Eugène-Bernard Leroy (de Paris).

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) (2600 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Marage (de Paris).

Prix Adolphe Monbinne (1500 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs Ehlers (de Copenhague) et Cahnheim (de Dresde).

Prix Oulmont (1000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Alfred-Pierre Duval, interne en chirurgie des hôpitaux de Paris.

Prix Saintour (4400 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur L. Testut, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon.

Prix Stanski (1400 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Vincent Griffon, chef adjoint de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, à Paris. Une mention honorable est accordée à MM. les docteurs La Bonnardière, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth, et Xanthopulidès, inspecteur sanitaire à Beyrouth.

Prix Tarnier (3000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur V. Bué, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Lille.

Prix Vernois (700 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs Fluteau, médecin principal de première classe, directeur du service de santé de la division d'occupation de Tunisie; Tostivint, médecin-major de deuxième classe, adjoint au directeur du service de santé, et Lafforgue, médecin aide-major de première classe, chargé du laboratoire de l'hôpital militaire du Belvédère à Tunis. Des mentions honorables sont accordées à M. le docteur Borel, directeur adjoint du lazaret de Camaran, et M. le docteur E. Sacquépée, médecin aide-major de première classe, chef du laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire de Rennes.

(Nous donnerons dans un prochain numéro les récompenses accordées pour les services des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine.)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(24 DÉCEMBRE 1902)

L'appendicite, nous dit M. Schwartz, est une maladie chirurgicale. Il serait à souhaiter que ce fût toujours le chirurgien qui soit appelé dès le début de la maladie. Il peut en effet y avoir grand avantage à ce que la décision d'une intervention soit prise dès l'apparition des premiers symptômes. Si toute appendicite aiguë devait se terminer par perforation et par gangrène, nous devrions opérer tout de suite tous les cas qui se présentent. Mais il est aussi difficile, dans bien des cas, de faire un diagnostic précis au début que de porter un pronostic quelconque. On cite des cas dans lesquels le début était très sévère : douleur intense, température à 40, et dès le lendemain tout était rentré dans l'ordre. M. Schwartz cite des exemples de ce genre. Il y a aussi des cas d'appendicite compliquée à pronostic impossible. Chaque fois qu'avec des signes classiques d'appendicite apparaît un plastron péritonéal, M. Schwartz n'intervient pas immédiatement et attend de pouvoir opérer à froid. Trois signes principaux lui font prendre le bistouri : 1° l'intensité et la diffusion de la douleur; 2° l'aspect général du malade; 3° la fréquence du pouls. La discordance du pouls et de la température indique généralement une grave infection. M. Schwartz a eu deux décès après une intervention immédiate dans ces cas. L'opération faite à froid est d'une immunité absolue dans le présent comme dans l'avenir. En somme, M. Schwartz est pour l'expectation armée avec une surveillance constante du malade. Il n'est pas pour les formules intransigeantes, il croit qu'il faut obéir aux indications. Voici sa statistique des trois dernières années : 111 cas d'appendicites, 35 opérations à chaud, 29 guérisons, 6 morts; 72 opérations à froid, 72 guérisons; 4 cas compliqués d'annexites, 4 guérisons.

La parole est à M. Jalaguier, qui, l'un des premiers, en France, étudia très attentivement l'appendicite et dont la compétence, en cette matière, est universellement reconnue. Aussi l'écoute-t-on dans un religieux silence, bien que ses conclusions ne soient pas pour plaire à tout le monde. Depuis dix ans, M. Jalaguier n'a pas changé d'opinion, depuis dix ans, il soutient la même thèse et son expérience est aujourd'hui basée sur un nombre de cas assez respectable pour que cette opinion pèse d'un grand poids dans cette discussion comme dans toutes celles qui ont précédé. Pour M. Jalaguier, l'intervention est très rarement indiquée dès le début de l'appendicite. Le traitement médical (il en est un) consiste, pour M. Jalaguier, d'abord dans l'absence de tout purgatif, de tout lavement, dans l'immobilisation, la glace et l'opium. Ce traitement possède, à ses yeux, une action très sérieuse et très efficace sur l'appendicite aiguë. Très exceptionnels sont, pour M. Jalaguier, les cas qui réclament l'intervention immédiate.

En 1900, M. Jalaguier a déjà fourni cette statistique : 136 cas d'appendicite aiguë sur lesquels 121 guérisons par résolution à l'aide du traitement médical, 10 opérations à chaud, 3 morts sans opération. Depuis, 107 nouveaux cas de crises aiguës d'appendicite non opérés immédiatement; 91 en ville, 16 à l'hôpital. Sur ces 107 cas, 101 ont été refroidis et opérés ensuite, 3 ont été opérés à chaud, 3 sont morts sans opération.

Sur ce total de 243 malades, 236 ont guéri de la crise aiguë par le traitement médical, et 7 ont succombé, soit un peu moins de 3 p. 100, exactement 2,8 p. 100. M. Jalaguier affirme que, parmi ces cas, il y en avait de fort graves; il en appelle au souvenir de plusieurs de ses collègues qui les ont vus avec lui. Tous ces cas très graves ont été traités par les injections de sérum jointes au traitement classique. Voilà les résultats de M. Jalaguier non interventionniste. Ceux des interventionnistes sont-ils meilleurs? Prenons l'une des meilleures statistiques des interventionnistes, celle de M. Poirier, par exemple; il accuse 8 p. 100 de mortalité. A l'hôpital même, cette mortalité est de 30 p. 100. Ces chiffres se passent de commentaires, et M. Jalaguier laisse aux autres le soin de conclure en se contentant de faire observer qu'il y a, non pas une appendicite, mais des appendicites d'origines variées, de virulences différentes.

Quant à nous, simple spectateur dans cette discussion, nous ne pouvons que signaler ce fait, que de toutes les statistiques publiées jusqu'ici, celle de M. Jalaguier est incontestablement la meilleure, celle qui donne le moins de mortalité, et notons que c'est à peu près le seul qui soit systématiquement temporisateur. M. Jalaguier opère à froid et la mortalité de ces opérations à froid, pour lui comme pour tous ses collègues, est nulle. La conclusion en faveur de l'opération à froid ne s'impose-t-elle pas? L'importance de cette communication n'échappera à personne. Attendons la réponse des interventionnistes.

M. Albarran revient sur le rapport fait dans la dernière séance par M. Delbet dans un cas de néphrectomie avec **blessure de la veine cave** communiqué par M. Heresco (de Bucarest), M. Albarran a relevé tous les cas de blessure de la veine cave connus.

La ligature totale pratiquée par M. Heresco a eu un bon résultat. Dans un autre cas, cette ligature a été suivie de mort par embolie, dans un autre, la ligature latérale de la veine cave a été suivie de mort. Il existe un cas de mort également à la suite de la ligature latérale. Dans un cas d'Israel deux pinces ont été laissées à demeure; l'opéré a succombé. Il y a 2 cas de ligature de la rénale à la sortie de la veine cave avec 2 guérisons; il existe 2 cas de résection de la veine cave avec suture latérale. En relevant tous ces cas, M. Albarran arrive à cette conclusion que 2 cas de ligature latérale ont donné 1 guérison et 1 mort, que 3 cas de ligature de la rénale à sa sortie de la veine cave ont donné 3 guérisons, que 4 cas de suture ont donné 2 guérisons et 2 morts rapides, mais celles-ci peuvent être mises sur le compte de la longue durée de l'opération qui avait entraîné la déchirure de la veine cave; 2 cas de ligature totale ont donné 1 guérison et 1 mort.

M. Pauchet (d'Amiens) communique 5 cas de **rupture de la rate** avec splénectomie. 1er cas : un gendarme de trente-quatre ans reçoit un coup de pied de cheval sur sa giberne; aucune trace de traumatisme, mais choc, défense musculaire de la paroi abdominale, pouls filant progressivement, laparotomie vingt heures après l'accident; incision verticale, latérale gauche, puis seconde incision transversale, splénectomie facile, ligature à la soie, mort subite par embolie le dixième jour.

2e cas : un jeune homme de vingt-quatre ans reçoit un coup de timon de voiture, choc, signes d'hémorragie interne, défense de la paroi, laparotomie latérale, transversale dix-huit heures après l'accident, splénectomie, pinces à demeure, guérison rapide, état général parfait quatre mois après.

Le bureau de la Société, pour l'année 1903, est ainsi constitué : président, M. Kirmisson; vice-président, M. Peyrot; secrétaire général, M. Segond; premier secrétaire, M. Félizet; second secrétaire, M. Delorme; trésorier, M. Walther; archiviste, M. Broca.

Il n'y aura pas de séance mercredi prochain 31 décembre.

Manuel de technique chirurgicale des opérations courantes, par le docteur G. MARION, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. in-8° de 541 p., avec 448 fig. — Prix : 7 francs. — Paris, Maloine.

Vade-mecum des maladies médico-chirurgicales du tube digestif, à l'usage des médecins praticiens, par le docteur Henri FISCHER. 1 vol. in-18 cart. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 147 — MARDI 30 DÉCEMBRE 1902. 75e ANNÉE. MARDI 30 DÉCEMBRE 1902. — N° 147.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du Jour de l'An, le journal ne paraîtra pas jeudi.

PARALYSIE ASCENDANTE AIGUE

NÉVRITE RADICULAIRE SANS ALTÉRATION MÉNINGÉE ABSENCE DE LYMPHOCYTOSE DANS LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Par MM. F. WIDAL et L. LE SOURD (1).

Nous avons eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un malade chez qui nous avions pu suivre pendant la vie l'évolution d'une paralysie ascendante aiguë.

Localisée d'abord aux membres inférieurs, cette paralysie s'est élevée d'un coup aux muscles de la face, respectant au passage les muscles des membres supérieurs qu'elle n'a frappés qu'à la période terminale, par une sorte de mouvement de retour.

Une radiculite localisée surtout aux racines antérieures fut la seule lésion caractéristique révélée à l'autopsie par l'examen histologique. Les nerfs périphériques n'étaient pas altérés, les méninges étaient intactes et la moelle, examinée par les divers procédés de coloration en usage et par la méthode de Nissl, en particulier, ne présentait pas de lésions capables d'expliquer les symptômes observés pendant la vie.

L'exploration méningée, renouvelée deux fois, n'avait pas permis de déceler de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Ce résultat négatif, chez un sujet atteint de lésions radiculaires si intenses, nous permet de répondre à une question posée ici-même, dans la dernière séance.

Voici d'abord l'observation de notre malade.

OBSERVATION. — Notre malade était un employé de commerce âgé de quarante-cinq ans, ne présentant aucun antécédent héréditaire. Il disait ne plus boire depuis un certain temps, mais avouait quelques libations alcooliques antérieures ; à certaines périodes de sa vie, il avait bu jusqu'à cinq et six petits verres par jour.

Quinze jours avant son entrée dans notre service cet homme avait été pris de maux de tête, de courbature et de toux. Ces symptômes durèrent une dizaine de jours.

Huit jours avant l'entrée, alors que l'état de malaise que nous venons de décrire était à son déclin, le malade éprouva pour la première fois des troubles de la marche. Le soir, en revenant de son travail, il s'aperçut que ses jambes étaient lourdes ; en entrant chez lui, il fut obligé de s'appuyer au mur ; il avait perdu la notion de la résistance du sol.

Ces troubles paralytiques au niveau des membres inférieurs étaient plus marqués du côté gauche. Ils augmentèrent avec une telle rapidité que huit jours après leur début, le 11 avril, jour de l'entrée dans notre service, la paraplégie était complète. L'inertie des membres inférieurs étant absolue, le malade était dans l'impossibilité de leur communiquer le moindre mouvement spontané.

La sensibilité au toucher, à la douleur et à la chaleur était conservée. Les réflexes rotuliens et les réflexes plantaires étaient abolis. Pas de troubles de l'accommodation. Pas de signe d'Argyll Robertson.

On ne note aucun trouble de la motilité, ou de la sensibilité, au niveau des membres supérieurs ou de la face.

Le 13 *avril*, on remarque pour la première fois des troubles du côté de la face. La bouche est déviée à gauche et le malade ne peut plus fermer l'œil droit. Le sourcilier de ce côté est paralysé, en même temps que l'orbiculaire.

La sensibilité est diminuée au niveau de la région antéro-externe des deux jambes.

Anesthésie plantaire complète à gauche, simple diminution de la sensibilité plantaire à droite. Le réflexe pharyngien est conservé.

Le 14 *avril*, les symptômes de paralysie de l'orbiculaire et du sourcilier du côté droit augmentent d'intensité. Le frontal commence également à se paralyser.

La déviation de la bouche du côté gauche est plus marquée que la veille. Le malade se plaint de douleurs dans la région sus-hyoïdienne.

Les phénomènes d'anesthésie plantaire sont restés ce qu'ils étaient la veille.

Le 15 *avril*, l'œil droit ne peut plus se fermer, le frontal ne peut plus se contracter et l'orbiculaire du côté gauche commence à être pris. Le malade éprouve de la difficulté à boire.

Pas de troubles intellectuels.

Le 18 *avril*, le malade se plaint de douleurs dans les deux membres inférieurs, surtout le long du trajet des sciatiques. Ces douleurs ont commencé à éclater hier soir à quatre heures. On note le signe de Lasègue.

Des mouvements sont revenus dans l'orbiculaire de la paupière droite. Le sourcilier et le muscle de la face à droite reprennent de la contractilité.

(1) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux (séance du 28 novembre 1902).

La force est toujours diminuée dans le bras du côté droit, surtout par rapport au bras du côté gauche.

20 *avril*. A l'électrisation faradique des muscles de la face, on constate que pour un même courant les muscles du côté gauche se contractent beaucoup plus que ceux du côté droit. Sous l'influence d'un même courant faradique les muscles de la jambe se contractent plus lentement que ceux de la cuisse.

26 *avril*. Les yeux, qui se fermaient bien, recommencent à ne plus se fermer complètement. Le malade contracte un peu ses muscles sourciliers et ses zygomatiques.

On constate toujours le signe de Lasègue; toujours les douleurs le long du trajet des sciatiques. Le malade ne peut étendre la jambe sur la cuisse.

Le pouls est à 116.

La température, normale jusque-là, s'élève pour la première fois à 38°2.

Troubles de la déglutition. — Pas de troubles de la respiration.

27 *avril*. Le malade a été pris hier soir de douleurs intenses dans les jambes et dans le creux poplité. Les mains ont presque perdu toute force. Impossibilité de boire. Les battements du cœur sont rapides. Le pouls est fuyant, filant, presque incomptable.

A l'examen par les courants faradiques, les muscles se contractent plus mal que précédemment. — A l'examen galvanique, pas de réaction de dégénérescence.

Le malade ne peut plus du tout fermer les yeux. Les paupières ne s'abaissent qu'à moitié sur les globes oculaires.

La température s'élève à 38°4.

Le malade meurt à sept heures de l'après-midi.

La ponction lombaire avait été pratiquée deux fois, le 12 et le 16 avril.

Le point cryoscopique du liquide céphalo-rachidien était la première fois — 0°60, et la seconde fois — 0°58.

Dans le liquide recueilli à chaque ponction, on ne put déceler de lymphocytose.

A l'autopsie. — On n'a constaté qu'un peu de péri-hépatite au niveau du sommet du lobe droit.

On a noté quelques adhérences sur la face externe du poumon droit.

L'enamen de la moelle épinière et de ses enveloppes, du bulbe rachinien et du cerveau n'a révélé aucune lésion appréciable à l'œil nu.

La colonne vertébrale, examinée au niveau des apophyses épineuses et des corps vertébraux, est intacte sur toute sa hauteur.

Examen histologique. — MM. Philippe et Cestan ont fait l'examen histologique de la moelle, des racines, du cerveau et des nerfs périphériques; voici la note qu'ils nous ont remise à ce sujet:

A. *Substance grise de la moelle épinière et du bulbe.* — La substance grise a été examinée par la méthode de Nissl, aux principaux étages de la moelle et du bulbe (moelle sacrée; renflement lombaire; moelle dorsale; renflement cervical; noyaux du pneumogastrique, du spinal et du grand hypoglosse). Cette étude, faite sur un grand nombre de coupes colorées par le bleu polychrome d'Unna ou par le bleu de méthylène, nous a donné des résultats absolument négatifs : cellules radiculaires, cellules cordonales et cellules des colonnes de Clarke, sont partout intactes. Dans toutes ces catégories de cellules, les chromatophiles de Nissl sont abondants, bien régulièrement orientés, suffisamment volumineux. De même, volume et forme des cellules, situation et structure du noyau et nucléole, disposition et grosseur des prolongements, cylindraxiles ou protoplasmiques, charge pigmentaire : tout dénote des éléments normaux.

Sans doute, çà et là dans une corne antérieure, quelques cellules sont atteintes de chromatolyse, périphérique ou centrale. Souvent, ces mêmes cellules présentent le gonflement du corps protoplasmique avec déplacement plus ou moins marqué du noyau, la colorabilité de la substance achromatique, la surcoloration et l'aspect homogène du cylindraxe; mais, de semblables éléments se rencontrent toujours en nombre sensiblement égal dans la moelle humaine qui a subi à la fois les troubles circulatoires terminaux et la cadavérisation. Dans le cas présent, ces légères modifications structurales, limitées à quelques cellules, peuvent être mises, pour une grosse part, sur le compte de la cadavérisation, avec d'autant plus de vraisemblance que nous avons reconnu aisément sur plusieurs coupes, de la moelle lombaire sacrée en particulier, des bacilles assez spéciaux. Ces bacilles ont la forme de bâtonnets réguliers et droits, de 3 à 10 μ, ordinairement réunis deux à deux; à siège variable, souvent placés dans l'espace péricellulaire, parfois aussi plaqués directement contre une cellule nerveuse, d'autres fois interstitiels, ils peuvent également se rencontrer dans les fentes lymphatiques et en plein capillaire; ils prédominent dans la substance grise. A plusieurs reprises, nous avons pu constater de semblables bacilles sur les coupes des moelles manifestement atteintes de cadavérisation prononcée (mollesse spéciale ; surtout porose caractéristique et visible après inclusion); souvent, nous les avons vus former de véritables embolies dans les gros vaisseaux et artérioles péri-médullaires de la région sacrée principalement. En résumé, ces bacilles de la putréfaction sont bien capables d'entraîner à eux seuls les légères modifications structurales signalées plus haut.

D'ailleurs l'*intégrité* des cellules de la colonne grise de la moelle épinière et du bulbe est encore démontrée *indirectement* par les résultats obtenus après emploi de la méthode osmio-chromique de Marchi. Cette méthode ne nous a révélé aucun processus de démyélinisation aiguë dans les fibres nerveuses, collatérales et fibres réticulaires, de la corne antérieure; or, ce processus de démyélinisation aurait certainement existé à un degré plus ou moins marqué, conformément aux lois ordinaires, si les cellules d'origine desdites fibres nerveuses avaient été profondément altérées.

Quant au cerveau, les circonvolutions rolandiques du membre supérieur et inférieur droit ont été examinées avec la méthode de Nissl. Les couches cellulaires sont nombreuses, bien orientées; les cellules pyramidales de toutes dimensions sont intactes.

B. *Système nerveux périphérique.* — Des fragments de plusieurs nerfs périphériques du côté gauche ont été traités par la méthode de Marchi (n. sciatique; n. crural; n. médian), de même que le nerf pneumogastrique gauche. D'autres fragments ont été fixés et colorés par la solution osmiée à 1 p. 100, puis dissociés.

Les coupes transversales et longitudinales et les dissociations ont montré des tubes nerveux absolument sains, sans processus névritique à quelque degré que ce soit.

C. *Lésions des racines rachidiennes* (queue de cheval et moelle). — Déjà, après fixation et durcissement par le formol, nous avions été frappés par l'aspect singulier des racines de la queue de cheval. Ces racines se séparaient difficilement les unes des autres; moins isolables qu'à l'état normal, elles paraissaient former des groupes compacts, collés à la moelle, comme cimentés ensemble par une masse homogène et demi-transparente, coulée à travers les espaces interfasciculaires. — Par contre, les méninges molles, transparentes, se laissaient facilement détacher, et l'espace sous-arachnoïdien ne contenait aucun exsudat en aucun point.

Cette radiculite, déjà visible à l'œil nu, a pu être examinée et suivie sur plusieurs séries de coupes (queue de che-

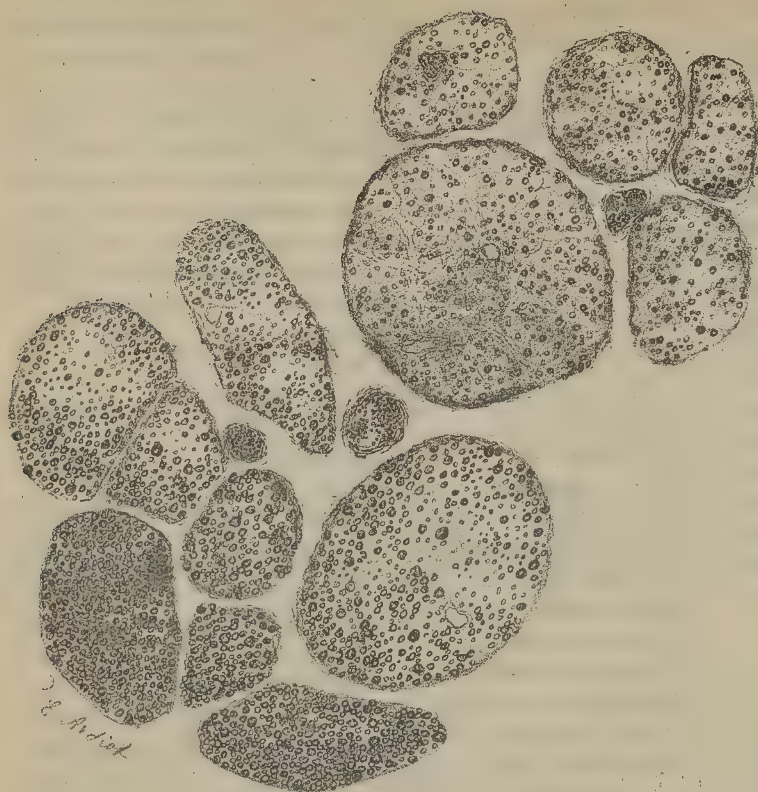


Fig. 1. — Groupe de racines antérieures, région lombaire (troisième segment; coloration par la méthode de Weigert-Pal; obj. 4, ocul. 2). — Les fascicules situés au bas de la figure peuvent être considérés comme normaux; tous les autres présentent une décoloration plus ou moins marquée, exactement proportionnée à la disparition des tubes nerveux. Les vaisseaux, surtout intra-radiculaires, sont dilatés plus qu'à l'état normal.

val; moelle lombo-sacrée; différents niveaux de la moelle dorsale et du renflement cervical).

Ces lésions existent dans toute la hauteur de la moelle; elles sont plus marquées dans les régions inférieures, lombo-sacrées, et elles affectent davantage les racines antérieures. Partout, elles évoluent suivant un processus identique, à la fois interstitiel et parenchymateux, à marche subaiguë.

Lésions interstitielles. — Les préparations montrent de nombreuses cellules rondes qui occupent toute l'étendue de la racine rachidienne, dissociant les tubes nerveux et agrandissant les espaces interstitiels. Ces cellules sont à protoplasma peu abondant, à gros noyau ordinairement unique; plus rarement, elles se groupent en petits amas. Pas de dégénérescence caséuse ou autre.

Les vaisseaux prennent peu de part au processus; les veinules surtout sont dilatées, présentant des amas leucocytaires, souvent riches en éléments polynucléaires faciles à déceler avec la thionine. Il n'y a pas d'endartérite ni de péri-artérite.

Çà et là, se voit une légère condensation du tissu interstitiel, qui arrive à former des nappes peu denses, interstitielles et périvasculaires, colorées en rose par l'éosine, en rouge plus foncé par le picro-carmin. Il y a là de la sclérose, et des exsudats inflammatoires.

Lésions parenchymateuses. — Les tubes nerveux sont malades, et le plus souvent ils sont atteints primitivement au début même du processus, en dehors de toute infiltration cellulaire. Le plus habituellement, les *gaines myéliniques*, très amincies, sont dilatées au point de ressembler à de grosses vésicules distribuées dans l'épaisseur de la racine. Plus rarement, certaines gaines disparaissent par transformation granuleuse, avec formation de véritables corps granuleux, interstitiels ou péri-vasculaires; ce dernier type lésionnel se rencontre principalement dans quelques racines antérieures du renflement cervical. Les *cylindraxes* sont petits, souvent étirés, périphériques; ils manquent dans un certain nombre de tubes, ou du moins ils ne sont plus colorables.

A un stade plus avancé, c'est l'atrophie totale des tubes nerveux, qui disparaissent par îlots, remplacés par une sorte de *tissu fibroïde*, semé de cellules rondes. L'atrophie d'une racine n'est jamais totale; certains fascicules radiculaires peuvent avoir perdu des tubes en nombre considérable, mais ils ne sont jamais complètement vides de fibres nerveuses.

Les *méninges* ne sont pas malades. Les infiltrats cellulaires autour des vaisseaux et dans les fascicules conjonctifs de ces méninges, ne sont pas plus abondants qu'à l'état normal. Cette intégrité des méninges contraste avec les lésions des racines avancées.

La *moelle* n'a pris qu'une bien petite part au processus pathologique. En effet, dans les faisceaux blancs périphériques se voient quelques tubes nerveux à gaine myélinique dilatés et à cylindraxe petit; mais ils sont trop rares pour autoriser le diagnostic de myélite parenchymateuse.

En somme, les lésions se réduisent à une inflammation diffuse, interstitielle et parenchymateuse, des racines rachidiennes dans toute la hauteur de la moelle.

Nous avons ainsi assisté au développement d'une paralysie ascendante aiguë dont l'évolution s'est faite en vingt-quatre jours.

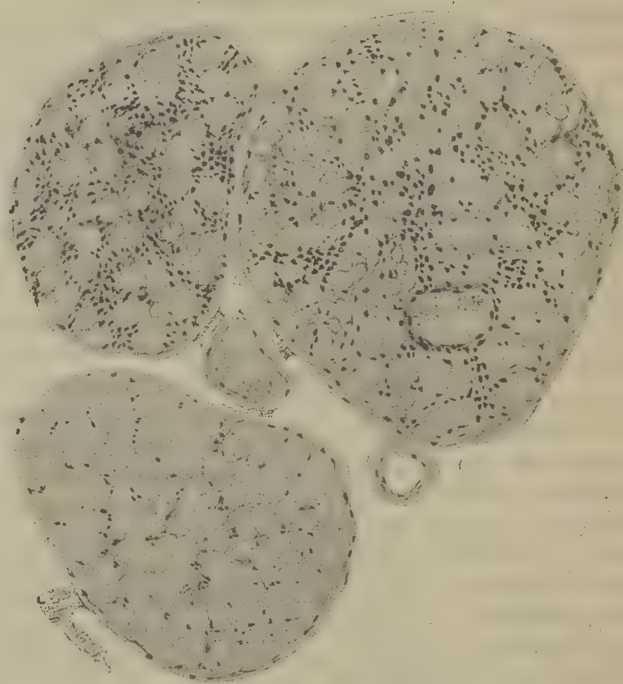


Fig. 2. — Groupe de racines antérieures, moelle lombaire, même niveau que pour la figure précédente (coloration par l'hématoxyline-éosine; obj. 4, ocul. 2). — Le fascicule le plus inférieur peut être considéré comme normal au point de vue de l'infiltration lymphocytaire, alors que les tubes nerveux présentent déjà quelques lésions de névrite parenchymateuse (état vésiculeux de la gaine, mélangé à a fonte granuleuse, lésion plus rare; gonflement des cylindraxes, etc.). — Les autres fascicules présentent une infiltration lymphocytaire marquée, à la fois intertubulaire et périvasculaire, avec des vaisseaux, artérioles et veinules, nettement congestionnés; dans ces fascicules, les tubes nerveux ont disparu par îlots; et à leur place se voit une masse homogène, fortement colorée par l'éosine, masse formée principalement d'exsudats inflammatoires intertubulaires.

Après dix jours de courbature, de fièvre, de céphalalgie, la maladie a débuté brusquement par une paraplégie complète, sans troubles de la sensibilité, durant sa première étape. Onze jours après son début, la paralysie s'est élevée au côté droit de la face. Deux jours plus tard apparaissent des troubles de la déglutition, et seize jours seulement après le début des premiers symptômes surviennent dans les membres inférieurs le long du trajet des sciatiques des douleurs violentes qui avaient été précédées par des phénomènes d'anesthésie plantaire. A cette époque seulement surviennent les premiers troubles moteurs dans les membres supérieurs. Par une sorte de balancement, à ce moment la contractilité volontaire revient en partie dans les muscles de la face. Pendant les trois derniers jours de la maladie, la paralysie réapparaît dans les muscles de la face frappés, cette fois, à gauche comme à droite; elle est complète au niveau des membres supérieurs comme au niveau des membres inférieurs, et le malade meurt avec des troubles de la déglutition, un pouls incomptable et une température de 38°4, mais sans gêne respiratoire. La température n'avait commencé à s'élever au-dessus de 37 degrés que la veille de la mort seulement.

L'examen de la moelle, du bulbe et du cerveau, des racines rachidiennes et des nerfs périphériques, pratiqué à l'aide des méthodes histologiques en usage, nous a montré que la lésion était presque uniquement localisée aux racines rachidiennes. Elle s'étendait à toutes les racines étagées sur la hauteur de la moelle et jusqu'aux nerfs de la queue de cheval. Elle était plus marquée dans les régions inférieures lombo-sacrées, correspondant aux membres inférieurs, qui avaient été les plus frappés dès le début de la maladie; elle portait surtout sur les racines antérieures. Les altérations des racines sont à la fois interstitielles (infiltrations des espaces interstitiels par des cellules rondes) et surtout parenchymateuses (dilatation ou transformation granuleuse des gaines myéliniques, atrophie des cylindraxes). Les méninges périradiculaires sont intactes et ne présentent aucune altération. Il existe un contraste frappant entre l'état des méninges et les lésions avancées de tout le système radiculaire antérieur et postérieur.

Cette radiculite était donc bien la seule lésion du système nerveux nettement constatée à l'autopsie de notre malade, comme le montre l'examen de MM. Philippe et Cestan.

Depuis la thèse de M. Déjerine, il est nettement établi que les lésions des racines existent dans certaines formes de paralysie de Landry. Il est à noter que, dans notre cas, aucune lésion n'a été constatée sur les nerfs périphériques examinés. En général, dans les cas où la radiculite a été observée, on a noté concurremment des lésions de névrite.

On sait d'ailleurs combien sont variables les lésions qui ont été constatées au cours des paralysies ascendantes aiguës. La maladie de Landry est restée inattaquable dans son expression symptomatique, mais, comme l'ont montré les observations qui se sont multipliées en ces dernières années, elle ne répond pas à une topographie anatomique régulière. Elle n'est ni la polyomyélite subaiguë, ni la polynévrite périphérique, ni la radiculite, elle est, comme l'a soutenu M. le professeur Raymond (1), la maladie d'un organe, la maladie du neurone moteur périphérique. Pour lui, la cause nocive, suivant qu'elle agit avec plus ou moins de brutalité, peut ou laisser intacte ou modifier la structure grossière du neurone; elle peut se localiser de préférence et d'une façon plus tangible sur la cellule, c'est-à-dire sur le corps même du neurone, ou sur les nerfs, c'est-à-dire sur les expansions périphériques du neurone. Suivant les cas, l'anatomie pathologique nous révèle ainsi, soit une paralysie aiguë de Landry dite essentielle, soit une polyomyélite antérieure, soit une polynévrite, soit, ajouterons-nous, une radiculite, mais il s'agira toujours de la maladie d'un même organe, du neurone moteur périphérique.

(1) Raymond. La paralysie ascendante aiguë, *Clinique des maladies du système nerveux*, 2e série, p. 51.

Nous n'avons pu trouver les causes de cette paralysie ascendante aiguë chez notre malade. Les bacilles vus sur les coupes de la moelle n'étaient que des germes de putréfaction.

L'examen du liquide céphalo-rachidien pratiqué deux fois, le neuvième et le treizième jour de la maladie, fut toujours négatif au point de vue cellulaire. On ne put déceler de lymphocytose. C'est là un point particulièrement intéressant de notre observation, point sur lequel nous désirons appeler l'attention, parce qu'il permet de répondre à une question posée ici même.

MM. Lamy et Dufour se sont demandé si des lésions névritiques, surtou voisines des centres, ne pouvaient pas retentir sur le liquide sous-arachnoïdien et y déterminer une lymphocytose. Notre observation prouve à l'évidence que des lésions aussi voisines des centres que possible, comme celles des racines rachidiennes, n'occasionnent pas de lymphocytose malgré leur intensité, si la pie-mère qui les enveloppe est indemne.

Ce fait anatomique nous montre une fois de plus qu'en cas de névrite périphérique pure, l'exploration méningée est négative. La lymphocytose est le signe d'une participation des méninges au processus morbide.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(26 décembre 1902)

MM. Vidal et Lemierre lisent une note sur **les suites éloignées de la méningite cérébro-spinale.**

La question des suites éloignées de la méningite cérébro-spinale a été posée ici même par M. Chauffard. On a rapporté des cas où la guérison pouvait être complète par *restitutio ad integrum* et d'autres où l'on a noté certains troubles nerveux (surdité, atrophie musculaire, paralysie incomplète, etc.) persistant quelque temps encore après la guérison de la méningite aiguë. Nous venons d'observer un homme guéri depuis longtemps (quatre ans) d'une méningite cérébro-spinale suppurée et diagnostiquée à cette époque par la ponction lombaire dans le service de M. Chauffard. Depuis sa guérison cet homme a repris son métier pénible de marchand ambulant; mais, à plusieurs reprises, il a été arrêté par des douleurs lombaires et des douleurs dans les membres inférieurs qui l'ont ramené cinq fois à l'hôpital. Lorsqu'il est entré dans notre service, il y a quelques semaines, il souffrait de douleurs lombaires intenses et d'une sciatique de la jambe gauche avec signe de Lasègue et points douloureux classiques.

La ponction lombaire révéla une lymphocytose légère, mais nette, qui témoigne d'une irritation méningée persistante. Il est intéressant de rapprocher cette lymphocytose légère des troubles nerveux qui se renouvellent presque

périodiquement depuis quatre ans, c'est-à-dire depuis la guérison de la méningite cérébro-spinale aiguë.

M. Thibierge présente une malade atteinte de **syphilide pigmentaire de topographie et de proportions anormales.**

MM. Castaigne et Rathery étudient les **néphrites chimiques bilatérales consécutives à des lésions traumatiques d'un seul rein**, et présentent à ce propos des pièces anatomiques très intéressantes.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Grossesse et accouchement, étude de socio-biologie et de médecine légale (1), par le docteur G. Morache, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Cet ouvrage fait suite à celui que l'auteur a publié sur le mariage et il est conçu dans le même esprit. De toutes les questions connexes à la biologie et aux sciences sociales, il en est peu qui mettent autant en relief leurs conditions communes que l'étude de la femme en voie de gestation, puis au moment et après la fin de la grossesse, à la période de l'accouchement. Nombre de questions peuvent se poser à cet égard : elles importent, au plus haut point, à la sécurité de la mère, à celle de l'enfant, et prennent une intensité plus poignante encore si l'on envisage la responsabilité des actions que peut accomplir la femme ainsi placée dans l'anormalité physiologique. Les sociétés humaines émancipées par l'idée scientifique ne peuvent rester indifférentes devant la situation de la femme, alors surtout qu'elle remplit sa mission naturelle au péril de sa santé et parfois de sa vie.

Aussi cette étude de sociologie biologique n'intéresse-t-elle pas seulement les médecins, mais aussi tous ceux qui croient au devoir de l'humanité, de rendre ce qu'elle a reçu et même de faire toujours mieux, afin de ne pas reculer.

La profession médicale (2) au commencement du XX[e] siècle, par le professeur P. Brouardel, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut.

Depuis quelques années, médecins et clients font entendre des plaintes plus ou moins justifiées au sujet des conditions dans lesquelles la médecine s'exerce actuellement. Il est certain que la profession médicale subit une évolution qui a créé une véritable crise. Quelles en sont les causes?

Le rôle du médecin dans la société n'est plus seulement curatif, il est surtout prophylactique.

L'expérience a montré la puissance de son action sur ce nouveau terrain : se protéger collectivement contre la maladie.

Ces transformations, que les médecins appelaient de leurs vœux, à l'accomplissement desquelles ils ont concouru avec une énergie méritoire, ont eu pour le corps médical de cruelles répercussions.

Pour en atténuer les effets, il faut que les médecins aient une connaissance exacte du régime auquel est actuellement soumise la profession médicale. C'est ce que vient de faire, avec son autorité si grande, le professeur Brouardel, en exposant le sens des lois récentes qui intéressent le médecin.

Voici un aperçu des matières traitées dans ce nouveau volume.

Augmentation du nombre des médecins. — Diminution du nombre des malades. — Rôle du médecin. Il y a quarante ans et aujourd'hui. — Intervention de l'Etat de 1848 à 1850; de 1874 à 1902. Protection des enfants du premier âge, loi Th. Roussel. Médecins des écoles. Travail des enfants, des filles mineures et des femmes, dans les établissements industriels : Loi du 2 novembre 1892. Exercice de la médecine, loi du 30 novembre 1892. Garantie contre les dangers que courent les ouvriers dans les établissements industriels, loi du 12 juin 1893. Assistance médicale gratuite dans les campagnes, loi du 15 juillet 1895. Sociétés de secours mutuels, loi du 1[er] avril 1898. Responsabilité dans les cas d'accidents du travail, loi du 9 avril 1898; certificat médical; désignation d'un médecin par le juge de paix; médecins des compagnies d'assurances; honoraires du médecin traitant; appel en conciliation; poursuites devant les tribunaux; simulation; blessures entretenues; complication de blessures; action des maladies antérieures; action des infections antérieures; neurasthénie traumatique; conséquences éloignées de l'accident. Protection de la santé publique, loi du 15 février 1902. Ligues sanitaires. Conférences sanitaires internationales. Œuvres d'assistance et de prévoyance médicales.

La malaria de la population noire en Afrique (1), par le docteur Albert Plehn.

M. Albert Plehn vient de publier une intéressante étude sur la question de la malaria chez les nègres d'Afrique dont voici les principales conclusions : chez presque tous les enfants noirs se rencontrent, dès le jeune âge, de nombreux parasites de la malaria dans le sang, sans que l'état général en soit troublé ou que la fièvre survienne. L'hypertrophie de la rate peut exister, mais peut aussi manquer.

L'immunité contre les accidents causés par le parasite de la malaria est ainsi, dans bien des cas, congénitale.

On retrouve le parasite chez la moitié environ des noirs adultes sans que sa présence se manifeste par les symptômes ordinaires de la maladie; leur rate est grosse, atteignant parfois des dimensions extraordinaires, et cela dans la proportion de 62 p. 100; l'anémie est presque aussi fréquente.

Lors des accès de fièvre dus à la malaria chez les nègres, le parasite manque très souvent dans le sang des vaisseaux périphériques ou celui de la rate, sa constatation ou non dans le sang ne pourrait donc pas servir à caractériser l'état de fièvre.

Ainsi ce ne sont pas les malades seulement, mais les enfants et les adultes de la population côtière de l'Ouest africain que l'auteur a particulièrement étudiée, qui véhiculent le parasite; la seule prophylaxie individuelle consiste dans l'immunité obtenue par l'emploi préventif de la quinine employée systématiquement.

P. V.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Voici la liste des prix décernés pour 1902 :

Prix Montyon. — *Médecine et chirurgie.* — Les trois prix sont décernés à : MM. les docteurs Dejerine, professeur à la faculté de médecine de Paris; à M. G.-H. Roger, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; et P. Ravaut (de Paris). Des mentions honorables sont attribuées à MM. les docteurs Commenge (de Paris); Comby et Guillemonat (de Paris). Des citations sont accordées à MM. les docteurs E. Bodin (de Rennes), V. Griffon (de Paris), E. Fournier (de Paris), Cassaët (de Bordeaux).

Prix Montyon. — *Statistique.* — La moitié du prix est décernée à M. le docteur F. Bordas (de Paris). Des mentions exceptionnellement honorables sont attribuées à MM. les docteurs Liétard (de Plombières) et Peyroux (d'Elbeuf). Des

(1) In-16 de la *Collection médicale*, Prix : 4 francs. — Paris, Félix Alcan.

(2) In-18. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) *Die Malaria der afrikanischen Negerberälkerung besonders mit Bezung auf die Immunitätsfrage*, Fischer, Iena. 1902.

mentions sont accordées à MM. les docteurs R. Leroy (d'Évreux); L. Mayet (de Lyon), Passerat (de Bourg) et Trousseau (de Paris).

PRIX BARBIER. — Ce prix est partagé entre M. le docteur A. Le Dentu, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et M. L. Grimbert, professeur agrégé à l'école supérieure de pharmacie de Paris.

PRIX BRÉANT. — Le prix (arrérages) est attribué à M. le docteur E. Imbeaux (de Nancy).

PRIX BELLION. — Le prix est décerné à M. le docteur P. Lereboullet (de Paris).

PRIX MÈGE. — Le prix (arrérages) est attribué à M. le docteur A. Clerc (de Paris).

PRIX LALLEMAND. — Le prix est partagé entre Mlle Pompilian, docteur en médecine, et M. le docteur G. Hauser (de Paris).

PRIX DU BARON LARREY. — Le prix est attribué à M. le docteur P. Triaire (de Tours). Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Romary, médecin militaire.

PRIX PHILIPEAUX. — Le prix est décerné à M. le docteur P. Bonnier (de Paris).

PRIX POURAT. — Le prix est attribué à M. le docteur J. Tissot (de Paris).

PRIX MARTIN-DAMOURETTE. — Le prix est décerné à M. le docteur H. Blondel (de Joigny), médecin militaire.

MÉDAILLE JANSSEN. — Une médaille en vermeil avec encouragement est accordée à M. le docteur J. Binot (de Paris).

MÉDAILLE BERTHELOT. — Des médailles sont accordées à MM. les docteurs A. Clerc, Imbeaux, F. Bordas, Peyroux et à M. Grimbert.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décret du 25 décembre 1902, ont été nommés dans la réserve du corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Gries, médecin en chef de deuxième classe des colonies, retraité; — M. Reynaud, médecin en chef de deuxième classe des colonies, retraité; — M. Henry, médecin principal de deuxième classe des troupes coloniales, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Mestayer médecin-major de première classe des troupes coloniales, retraité.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Mayolle, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales, retraité; — M. Davillé, médecin de première classe des colonies, démissionnaire; — M. de Fayard, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. Vallet et Allard, médecins aides-majors de première classe des troupes coloniales, démissionnaires.

— Par décision ministérielle du 20 décembre 1902, M. Vincent, médecin-major de première classe au 5e du génie, a été nommé professeur (maladies et épidémies des armées) à l'Ecole d'application du service de santé militaire.

— Par décision du ministre de la guerre du 22 décembre 1902, M. le médecin-major de deuxième classe Cange, des hôpitaux militaires de la division de Constantine, a été placé dans la position hors cadres sans solde, dans les conditions du décret du 29 mai 1902.

— Par décision ministérielle du 24 décembre 1902, ont été affectés en Indo-Chine :

M. le médecin-major de première classe Dumas, en congé à solde coloniale, pour ordre, au 1er d'infanterie coloniale; M. le médecin aide-major de première classe Philippe, au 5e d'infanterie coloniale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de bactériologie médicale, par le docteur Fernand BERLIOZ, professeur à l'Université de Grenoble, directeur du Bureau municipal d'hygiène et de l'Institut sérothérapique. Avec une préface de L. LANDOUZY, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 (Biblioth. Diamant), avec fig. Cart. toile, tr. rouges.— Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

L'énergie de croissance et les lécithines dans les décoctions de céréales, par le docteur Maurice SPRINGER, ancien chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. petit in-8. (Encycl. scient. des Aide-Mémoire.) — Prix : broché, 2 fr. 50; cart., 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Traité des maladies de l'enfance, par le docteur J. COMBY. 4e édition revue et considérablement augmentée. In-8°. — Paris, J. Rueff.

Le traitement rénal des cardiopathies artérielles, par le docteur Paul BERGOUIGNAN, médecin consultant à Évian, avec une lettre préface de M. HUCHARD. 1 vol. in-8° broché.— Paris, J. Rousset.

Les bouilleurs de cru, par M. le docteur A. ANTHEAUME et M. L. ANTHEAUME. 1 vol. in-8°. — Paris, C. Naud.

Krankheiten, par MM. KAYSER, KEHLKOPF, etc. Fasc. II. — Prix : 4 M. 80. — Berlin, S. Karger.

Taschenbuch der Massage, par M. EKGREN. — Prix : 1 M. 50. — Berlin, S. Karger.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

TABLE DES MATIÈRES

1902

A

B

C

D

E

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

X

Z

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1902

M

N

O

P

Q

R

S

T

V

W

X

Z

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

